



**UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN
ESCUELA DE POSGRADO**

TESIS

**ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVA
CONDUCTUAL PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN
EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA BRUNING**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO
DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Autor:

Bach. Gastulo Falen Lisbeth Carmen Delia

<https://orcid.org/0000-0001-6182-1812>

Asesor:

Mg. Pérez Martinto Pedro Carlos

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

Línea de Investigación:

Ciencias de la Vida y Cuidado de la Salud Humana

**Pimentel – Perú
2020**



UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVA CONDUCTUAL
PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA BRUNING”**

AUTOR

Bach. LISBETH CARMEN DELIA GASTULO FALEN

PIMENTEL – PERÚ

2020

**“ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA
PREVENIR LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA BRUNING”**

APROBACIÓN DE LA TESIS



Dra. Carrera Carrera Xiomara
Presidente del Jurado de Tesis



Dra. Chavarry Ysla Patricia del Rocio
Secretario del Jurado de Tesis



Mg. Pérez Martinto Pedro Carlos
Vocal del Jurado de Tesis

Dedicatoria

A Dios por concederme la vida, la salud, y el coraje para afrontar este gran reto profesional.

A mis Padres por motivarme y confiar en mí, a mis demás familiares por su incondicional. Y a los 4 ángeles que desde el cielo me cuidan e iluminan siempre.

Finalmente, A mis tres sobrinos les dedico esta investigación para que recuerden que con esfuerzo y dedicación pueden cumplir sus objetivos a pesar de que el camino encontremos muchos obstáculos y a veces sea difícil llegar a ellos.

Agradecimiento

A las autoridades educativas, quienes me brindaron el apoyo y facilidad para ejecutar mi investigación.

Así mismo a mi asesor Pedro Carlos Pérez Martinto, por sus valioso aportes, sugerencias, comentarios científicos y empíricos en mí.

Por último, a los docentes que compartieron su experticia y conocimientos conmigo en esta trayectoria académica.

Resumen

La investigación, tuvo como objetivo general, elaborar una estrategia psicoterapéutica cognitiva conductual para prevenir la depresión en adolescentes de una Institución Educativa de Chiclayo. El estudio fue descriptivo propositivo. El muestreo fue no probabilística e intencional, teniendo a 60 participantes de ambos sexos pertenecientes de 3ro a 5to de secundaria. Para recolectar los datos, se utilizó el inventario de depresión de Beck, así como la técnica psicométrica. Por consiguiente, referente a la validez del instrumento, se empelo la validez de constructo o denominada correlación ítem test y la consistencia interna se obtuvo mediante el estadístico alfa de crombach para variables de tipo ordinal y respuesta likert. No obstante, la validez de la propuesta fue sometida a juicio de expertos, los mismos que dieron conformidad a su medición. Los principales resultados mostraron que existe mayor porcentaje en los niveles moderado y grave de la depresión, es decir los estudiantes presentan tristeza, llanto, sentimiento de culpa, irritabilidad, pesimismo, indecisión, ideas de fracaso, dificultades para conciliar el sueño y pérdida de apetito, concluyendo también que a nivel afectivo, motivacional, cognitivo, conductual y físico reflejan moderada afectación. Por ello, se realizó la propuesta con la finalidad de prevenir, disminuir y/o erradicar las conductas y emociones depresivas en la población estudiantil.

Palabras Clave: Estrategia, enfoque cognitivo conductual, prevención y adolescentes.

Abstrac

The research had the general objective of developing a cognitive behavioral psychotherapeutic strategy to prevent depression in adolescents from an Educational Institution in Chiclayo. The study was descriptive and purposeful. The sampling was non-probabilistic and intentional, having 60 participants of both sexes from 3rd to 5th grade of secondary school. To collect the data, the Beck depression inventory was used, as well as the psychometric technique. Therefore, regarding the validity of the instrument, the construct validity or the so-called item test correlation was used and the internal consistency was obtained using the crombach's alpha statistic for ordinal type variables and likert response. Notwithstanding the validity of the proposal, it was submitted to the judgment of experts, who agreed to its measurement. The main results showed that there is a higher percentage in the moderate and severe levels of depression, that is, the students present sadness, crying, guilt, irritability, pessimism, indecision, ideas of failure, difficulties in falling asleep and loss of appetite, also concluding that at affective, motivational, cognitive, behavioral and physical level they reflect moderate affectation. Therefore, the proposal was made in order to prevent, decrease and / or eradicate depressive behaviors and emotions in the student population.

Key words: *Strategy, cognitive behavioral approach, prevention and adolescents.*

ÍNDICE

Carátula	
Aprobación del jurado	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Resumen	vi
Abstrac	vii
Índice	viii
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1. Realidad Problemática	10
1.2. Trabajos previos	16
1.3. Teorías relacionadas al tema	19
1.4. Marco conceptual	37
1.5. Formulación del Problema	37
1.6. Justificación e importancia del estudio	37
1.7. Hipótesis	38
1.8. Objetivos	39
1.8.1. Objetivo General	39
1.8.2. Objetivos Específicos	39
II. MATERIAL Y MÉTODO	39
2.1. Tipo y Diseño de Investigación	39
2.2. Población y muestra	40
2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	40
2.4. Procedimientos de análisis de datos	42
2.5. Criterios éticos	42
2.6. Criterios de Rigor científico	43
III. RESULTADOS	43
3.1. Resultados en Tablas y Figuras	43
3.2. Discusión de resultados	45
3.3. Aporte práctico	47
IV. CONCLUSIONES	64
V. RECOMENDACIONES	65
VI. REFERENCIAS	66
ANEXOS	75

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Validez por correlación ítem-test de instrumento	41
Tabla 2 Consistencia interna de instrumento psicométrico	41
Tabla 3 Nivel de depresión en estudiantes	44
Tabla 4 Dimensiones de la depresión	45
Tabla 5 Cuadro de validación por criterio de especialista	63

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

La adolescencia, período crítico en el desarrollo, donde se producen cambios físicos, biológicos, psicológicos y sociales. En nuestra actualidad, uno de los problemas que padecen los adolescentes es la depresión, cuya causa y consecuencia es producto de otros conflictos como, factores familiares, sociales, entre otros; Esto conduce a deducir lo imprescindible que resulta el soporte emocional de los progenitores y de las instituciones educativas para atenuar las dificultades socioafectivas en el educando (Céspedes, 2017). Una investigación realizada por el (Instituto Nacional de Salud Mental [NIMH] 2016) en EE.UU., halló 12% de adolescentes alrededor de los 13 años, se describen a sí mismos como muy tímidos; A la mayor parte de los padres de familia, les preocupa que este comportamiento limite la capacidad de sus hijos para su desarrollo normal, o que el problema esté ligado a desarrollar síntomas depresivos (Scott, 2018).

Durante esta etapa, pueden surgir varios trastornos emocionales (Thomas, 2015), debido a que el individuo se halla en un proceso de transición y cambios psicosociales, que van relacionados con inquietudes, dificultades para consolidar la identidad y la vocación, así como crisis existenciales (Polo, 2015). Además, un individuo en edad adulta, que sufre de depresión, tiene dificultades en su vida diaria, por las complicaciones que siente y percibe habitualmente en todos los ámbitos de su vida. Un trastorno emocional como la depresión se evidencia a través del desinterés por actividades, sentimientos de culpa, autoestima dañada, dificultad en el sueño, pérdida de apetito, desgano, cansancio y limitada capacidad para concentrarse (OMS, 2019). No obstante, los adolescentes que suelen ser socialmente competentes, se sienten afectados a nivel psicológico, debido a que estas circunstancias influyen en el desarrollo social, emocional y cognitivo (Mak, Fosco y Feinberg, 2017). Contrastando esta referencia, se pronostica que la depresión afectará a más de 300 millones de habitantes en el globo hasta el presente año, y será la segunda causa fundamental de enfermedad mental y emocional (Organización Mundial de la Salud [OMS] 2017).

En el mundo, los adolescentes presentan un alto riesgo de sufrir de depresión, dicha enfermedad perturba a 350 millones de habitantes. En América

latina y el Caribe, 5% padece esta enfermedad, pero seis de cada diez no reciben tratamiento, y cuando no hay una adecuada intervención de los casos, pueden conllevar a un posible suicidio. La (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012), refirió que, en promedio, las personas que se quitan la vida durante el año, es de un millón y las edades son entre 15 a 28. Con el tiempo la depresión puede agravarse y ser recurrente lo que derivaría en dificultades de bajo rendimiento escolar, así como también, perder la facultad para disfrutar la vida y no poder afrontar los problemas (OMS, 2017).

Un trastorno depresivo afecta a la salud pública en general; La OMS (2017), señala que, genera incapacidad en el ser humano y ocupa a nivel mundial, el cuarto lugar en tasas de mortalidad. Siendo conscientes de la escasa información y desinterés que se tiene por la salud mental, y se tiene previsto que en la siguiente década la depresión estará ocupando el segundo lugar entre los problemas mentales y físicos.

Bajo este contexto, es propicio mencionar que, los adolescentes perciben las relaciones parentales a través del afecto, calidez familiar, falta de comunicación, discordia, hostilidad, situaciones que limitan adquirir conocimientos, debido a que el ambiente familiar no resulta ser favorable, para confrontar circunstancias estresantes; Existe evidencia que la disfuncionalidad en el hogar, incrementan los riesgos de padecer depresión (Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela, 2016). Al respecto, Hamilton (2015) en New York identificaron que el maltrato entre iguales y el maltrato emocional familiar, pueden predecir síntomas depresivos; además que los adolescentes, ya cuentan con reacciones depresógenas, que desde luego pueden tener un mayor riesgo para el desarrollo posterior de la sintomatología.

En América Latina, 20% de población infanto juvenil, presentan trastornos socioafectivos y del estado de ánimo. Sin embargo, estas cifras se pueden verse subestimadas, debido a la tendencia a disimular los problemas que tienen los jóvenes, hacia sus figuras parentales y de autoridad, ya sea por limitada confianza hacia los demás, o por no desear acudir con una terapeuta (Leyva, Hernández, Nava y López, 2007). La depresión no distingue edad, sexo, situación económica, grado académico, y suele manifestarse sin cambios en el estado emocional y sin afectar

funciones cognitivas, concluyendo que sería fácil caer en un cuadro depresivo (Goldman, 2011).

Las diferentes investigaciones coinciden que, en el ciclo de vida, la depresión se correlaciona con la ansiedad y trastornos conductuales; por ello, en la etapa adolescente hay vulnerabilidad de contraer un problema psicológico, asociado a factores de riesgo, como disfuncionalidad familiar, condición sociodemográfica, hábitos de conducta ligados probablemente al consumo de alcohol, tabaco y drogas (Jadán, 2017).

En la misma línea, los adolescentes presentan pensamientos y temores acerca de lo que otros piensan, por lo cual comienzan a predecir o intentar deducir que es lo que piensan acerca de su persona. Tal y como lo demuestran investigaciones, donde el adolescente con depresión tiene un mayor riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas y se ha relacionado a las dificultades interpersonales como, la frustración, sensación de soledad, entre otros; Es decir se asocia negativamente al no recibir apoyo de compañeros y amigos cercanos (Gallagher et al., 2014). Es así, que comienzan a centrarse en las cosas vergonzosas que podrían suceder, en lugar de las cosas buenas o positivas, esto hace que una situación parezca mucho peor de lo que es, e influye rotundamente en el individuo (Hasan, 2018).

En México, un estudio comparativo a adolescentes, concluyeron que 17% de mujeres a diferencia de 8.5% en varones evidenciaron síntomas depresivos severos a consecuencia de su propio desarrollo físico y emocional. Sin embargo, el riesgo está ligado en la forma de abordar los síntomas, por ello es prudente conocer el ambiente familiar del adolescente, ya que reconocer la estructura familiar puede ser un factor protector y de alguna manera saber cómo influye la sintomatología que continuamente enfrenta el adolescente (García, 2016).

Además, el deterioro de habilidades comunicativas en las interacciones escolares puede ocasionar síntomas depresivos, de alguna manera en la actualidad se percibe y observa que los centros escolares están presididos por competir entre ellos, y aglomerar estudiantes a sus instituciones educativas, despreocupándose por otros

factores importantes como las estrategias de prevención ante dificultades a nivel psicológico (López, 2016). Sin embargo, las Instituciones Educativas pueden desempeñar un rol imprescindible en el abordaje de las necesidades en salud mental a los estudiantes, propiciando el acceso a la atención de manera segura y confiable, para enfrentar los problemas emocionales (Gonzales, 2020).

A nivel sudamericano, en Argentina según los Lineamientos para la atención del intento suicida en adolescentes (2018), refieren que a través de programas integrales y de salud mental, se ha logrado identificar al intento de suicidio como una problemática relevante en la salud de adolescentes, en comorbilidad con el consumo episódico o excesivo de alcohol y en relación al embarazo precoz, siendo estas causas de abordaje socio sanitario en ese País. Las muertes por depresión y suicidio en los últimos veinte años, indican incremento exponencial en las consultas de salud mental. El abordaje se diseñó para el momento de urgencia y seguimiento posterior, se ha mejorado la práctica clínica y los protocolos, para disminuir los índices de vulnerabilidad adolescente en un marco de atención integral. No obstante, en Colombia, en el segundo estudio nacional de salud y consumo de sustancias psicoactivas, encuestaron a 25.135 personas, cifras que arrojaron 25.1% tienen tendencia a deprimirse (Hernández e Iparraguirre, 2020).

La enfermedad depresiva, desde hace muchos años, se le denominaba melancolía, los síntomas son catalogados como problema común, que no deja de ser importante en épocas actuales (Organización Panamericana de la salud [OPS], 2012). Es innegable, que adolescentes están expuesto a padecer depresión, dicha enfermedad se presenta en hombres y mujeres, con mayor frecuencia entre los 10 a 19 años, razón por la que se debe prestar mayor atención a estas edades, más aún cuando en 2012 fue la principal causa de mortalidad, afectando a 1,3 millones de adolescentes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

Según la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente (AACAP), cerca del 4 al 8% de los adolescentes presentan síntomas de depresión, siendo más prevalente en mujeres, que se multiplica después de la pubertad, y sobre todo al rondar los 18 años puede alcanzar 20% (Smith, 2017). La Sociedad Peruana de Prevención del Suicidio [SPPS], hace énfasis en que la población masculina, es

la que encabeza el porcentaje de personas que se suicidan por depresión según los estudios en los últimos 20 años. Y esto ha crecido sobre todo en los adolescentes de 12 a 14 años, la psicóloga Ysela Nicolás Hoyos, expresa que es de relevancia conocer los factores de riesgo, con esa finalidad hay que considerar aspectos propios del individuo, eventos estresantes como, la separación de padres, muerte de un ser querido, problemas económicos, legales, jubilación, entre otros (Vásquez, 2015). No obstante, en la Universidad del norte en Barranquilla Colombia, se hizo un estudio de caso a un paciente de 17 años con depresión mayor, y se aplicó la intervención cognitiva conductual, cuyos resultados fueron favorables, identificando que el programa generó diferencias significativas en la depresión antes y después de la terapia (Navarro, 2018).

En Perú, la región Puno, según el informe Estrategia y Cultura de Paz, se determinó que 556 personas tuvieron intentos de suicidios, debido a problemas familiares, sentimentales, falta de oportunidades laborales, etc., y 95% tentativas de autoeliminación a causa de una depresión (López, 2016). Del mismo modo, de 20 personas entre 15 años a más, una de ellas suele deprimirse en el año; así también de 20 diagnosticados con episodios depresivos, uno intenta suicidarse o consumir la acción Castillo (2014).

En la región Lambayeque según Vásquez (2018) estima que, 979 lambayecanos tienen depresión, siendo un promedio del 90% de las personas quienes refieren, que el suicidio es una de las opciones más rápidas para solucionar los problemas.

Debido a lo mencionado líneas arriba, los estudiantes de la I.E., de Chiclayo, evidencian manifestaciones a nivel personal, social y cognitivo, entre ellas: Cuentan con limitado y reducido número de amigos íntimos, ya que, como característica de personalidad, poseen ciertas dificultades para establecer relaciones sociales y amicales de manera saludable; Sintiéndose incomodos cuando son observados, lo que genera temor para desenvolverse ante los demás. También, se ha evidenciado indicadores de ser probables víctimas de maltrato y burlas por parte de sus compañeros, siendo todo ello, un factor negativo hacia su persona, asimismo presentan pocas expectativas hacia el futuro, desanimo, sentimientos de culpa,

vergüenza, tristeza, así como la manifestación de la búsqueda constante de aprobación del grupo de pares al que desea pertenecer.

Teniendo en cuenta lo explicado, de acuerdo **al diagnóstico fáctico causal** en la Institución educativa, se determina que:

Los adolescentes tienen actitud desmotivadora por realizar actividades académicas, como desatención a las sesiones de clases, que no son reportados por los docentes.

No quieren acudir al centro educativo alegando dolores musculares ficticios.

Refieren un sector de los docentes, escuchar comentarios de algunos estudiantes que expresan no querer vivir; Sin embargo, esta causal no genera preocupación institucional, porque no es considerado factor importante en el avance académico y actitudinal del estudiante.

Los docentes presentan dificultad, para identificar señales e indicadores característicos de la depresión escolar a falta de capacitación.

Todas estas manifestaciones, se enmarcan en el **problema científico**: Limitado manejo de las emociones que dificultan establecer estrategias preventivas para identificar la probabilidad de desarrollar depresión adolescente en la I.E. Bruning.

Las posibles **causas del problema** objeto de estudio observamos que:

Existe limitaciones en el actuar práctico de las estrategias cognitivo conductuales en la prevención depresiva adolescente.

Insuficiente capacitación al personal docente sobre la identificación de la depresión adolescente y el proceso para su abordaje.

Deficiente preocupación socioafectiva de los progenitores referente al problema emocional de los educandos

Limitada bibliografía teórica y práctica sobre estrategias psicoterapéuticas cognitivo conductuales para tratar la depresión en adolescentes.

No obstante, la depresión en adolescentes se manifiesta como una enfermedad grave en el Perú que se manifiesta de forma común, crónica y recurrente, que persiste en la adultez. Y la magnitud de esta problemática representa afectación a las familias, y la sociedad como tal (Cisneros y Mantilla, 2016).

Referido a lo manifestado, el **campo de acción** se determina a través del abordaje de la estrategia psicoterapéutica cognitivo conductual como medio de prevención ante la sintomatología depresiva:

Al respecto, Céspedes (2017) las estrategias en terapia cognitivo conductual, se sustenta en el rol de los procesos cognitivos que establecen la resolución de emociones, esto provoca cambios de pensamientos, lo que conducirá a tener mejores hábitos en nuestras reacciones emocionales y actitudes a nivel de comportamiento.

El enfoque cognitivo conductual, señala que la realidad la crea la persona a partir de su propia percepción de estímulos que alcanza o desea, y que la recepción, procesamiento y empleo de toda la información está dirigida por patrones que el individuo ha incorporado a lo largo de la vida y que son independientes de las situaciones externas. Se tiene en cuenta que es indispensable conocer el comportamiento problemático, circunstancias, frecuencia, antecedentes, consecuentes, naturaleza hereditaria y ambiente social, para después promover un posible tratamiento psicoterapéutico (Cabrejos, 2020).

Según García, (2018), señala que ciertos tratamientos psicológicos, se apoyan con validez científica, los cuales han mostrado eficacia. Uno de ellos son las intervenciones cognitivas conductuales, que están planteadas para impulsar al individuo a reconocer y cambiar respuestas mal ajustadas que pueden desencadenar o aumentar la sintomatología.

1.2. Trabajos previos

A nivel internacional

Ranero (2014) aplicó un programa cognitivo conductual para potenciar la autoestima en niños violentados de 7 a 10 años en Guatemala. El método fue de tipo cualitativo. La muestra se conformó por cinco personas. Se utilizó una entrevista semiestructurada validada de 20 preguntas abiertas, que permitió conocer más al respecto. La investigadora concluyó, que la realización del programa pudo fortalecer, la autoestima y las habilidades sociales, que habían sido dañadas por hechos de maltrato.

Nacional

García (2018) aplicó un programa de habilidades sociales para jóvenes depresivos en Lima. La población se constituyó por 150 participantes de acuerdo a criterios inclusivos y la muestra fue de 30 que asistieron por lo menos a 7 fechas. El diseño fue cuasi experimental de medición pre y post test; donde los participantes (grupo experimental) se le aplicaron una prueba previa y una prueba posterior al programa de intervención. Se utilizó el test de Auto-afirmaciones interacción social (SISST) y para el procesamiento de datos se empleó la prueba paramétrica t de student, para determinar los parámetros y diferencias estadísticamente significativas. Los hallazgos mostraron diferencias significativas a un nivel $p < .05$ a favor del programa, pasando antes de la intervención con una puntuación mediana de 27 a un 43.5, esto indicó la efectividad, que promovió conductas socializadoras en los participantes depresivos.

Céspedes (2017) aplicó un programa de terapia cognitiva conductual en adolescentes y jóvenes depresivos de una Universidad Privada de Lima. El objetivo fue reducir los síntomas depresivos de los participantes. El diseño fue experimental, de tipo pre experimental de pre-test y pos-test de grupo. La población fue 120 estudiantes y mediante el muestreo no probabilístico de tipo intencional, se conformó por 60. Se utilizó el inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) y se empleó la prueba estadística t de student para muestras correlacionadas. El margen de error utilizado fue de ,01. Las conclusiones mostraron que, en el pre test, 60% de los estudiantes poseen síntomas somáticos en mediana presencia, mientras que 25% presentaba nivel bajo. En el pos test, la proporción en mediana frecuencia se redujo a 43,3%, siendo más evidente el incremento en la categoría de baja frecuencia con 55%; Por tanto, hubo reducción significativa de los síntomas cognitivo-afectivos y somáticos, luego de la aplicación del programa.

Castillo (2016) estudió la depresión estudiantil en un Colegio secundario prestigioso de Lima. El estudio fue descriptivo. La muestra se conformó por 320 participantes, 267 hombres y 53 mujeres, de entre 11 a 17 años. Se

utilizó para recabar datos, el inventario de depresión para adolescentes (CDI). Las conclusiones mostraron 46% de sintomatología depresiva, entre los 12 a 14 años y 28% entre los 15 a 17 años. Referido al hombre lograron 80.3% y las mujeres 74.5%. Sin embargo, 25.4% no presentó síntomas. Por otro lado, se sugirió que el centro educativo debe contar con un especialista en salud mental, para tratar problemas emocionales en los educandos.

Manrique (2016) aplicó un programa cognitivo conductual en beneficio de la inteligencia emocional y la resolución de problemas en estudiantes de Psicología en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima. La investigación fue experimental con diseño cuasi experimental pre y post test. La muestra se conformó por 54 estudiantes. Se aplicó el inventario inteligencia emocional de Baron y la escala de habilidades de resolución de problemas sociales. Se utilizó el programa SPSS versión 24, y a través de la prueba t de student se contrastó la hipótesis. Los hallazgos indicaron efectos positivos a un nivel $p < .05$., en las variables y se mejoró las dimensiones intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad y estado de ánimo.

Seguín (2016) estudió los niveles depresivos y la autoeficacia en estudiantes de dos universidades: pública y privada, Lima. El objetivo fue correlacionar las variables. La muestra fue estratificada aleatoria y sistemática por edad y nivel educativo siendo 200 los participantes. Se evaluó a través del inventario depresión de Beck, la escala de autoeficacia y la escala de Baessler y Schwarzer, modificada por Anicama y Cirilo, con adaptaciones psicométricas a la realidad. Los hallazgos evidenciaron que, existe una relación negativa baja $-.364$ para las estudiantes de la universidad privada y $-.389$ para la pública, a un nivel de significancia $p < .01$, es decir, a mayor depresión menor autoeficacia o viceversa. Así también, existe mayor nivel de depresión en estudiantes de la universidad privada a diferencia de la pública y no se hallaron diferencias significativas según edad en las poblaciones.

En ciertas áreas del conocimiento, no se dispone de muchas teorías que expliquen los fenómenos investigados. Al revisar la literatura, es muy probable encontrar una

situación similar, entonces se debe construir la perspectiva teórica, más que adaptar una o varias teorías, debido a que en la revisión se pueden encontrar sólo algunos estudios previos, pero se organizan como antecedentes de forma lógica y coherente (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1. Marco histórico de la terapia cognitivo conductual

Inicios

Céspedes (2017) la terapia cognitiva, empieza en los años cincuenta con Albert Ellis y Aaron Beck, quienes tenían dificultades con las terapias psicoanalíticas, por ello, buscaron nuevas formas de psicoterapia, que para la época pretendía ser más eficaz y de menor tiempo terapéutico. Así mismo, se propusieron tres clases principales de terapias cognitivas conductuales que rigen a la actualidad y son:

- Los métodos de reestructuración cognitiva (RC), utilizados para abordar problemas emocionales que son generados a consecuencia de errores en el pensamiento y, por tanto, sus intervenciones estaban enfocadas en promover pensamientos adaptados, para solucionar lo que aquejaba al paciente.
- Las técnicas en habilidades de afrontamiento (HA), su fin es potenciar las capacidades sociales, para confrontar de mejor manera las dificultades estresantes.
- Por último, las técnicas enfocadas a la solución de problemas (SP), combinan ambas técnicas mencionadas, para lograr solucionar un amplio rango de problemas personales, mediante la buena relación entre terapeuta y paciente.

Desarrollo

Comienza desde la primera generación entre 1950 y 1970 en Inglaterra y Estados Unidos, que coincide con el surgimiento de la terapia de conducta y se desarrollan paralelamente. En este período hubo fuerte auge con la teoría del aprendizaje que se experimentaban en laboratorio. Los psicólogos británicos abordaban los desórdenes de ansiedad a través del condicionamiento clásico de Pavlov, quien experimentaba con animales, y fue el máximo exponente en la terapia de conductual. En esta línea, destacan Hans Eysenck y Joseph Wolpe, quienes trabajaron con la neurosis de Masserman y la obra de Hull Wolpe,

desde el principio teórico de la inhibición recíproca y la desensibilización sistemática como base de la intervención neurótica.

Seguidamente, el modelo anterior no generaba solución a los desórdenes psicológicos que se presentaban en los pacientes, por ello surge la segunda generación. En los 60, Albert Ellis y Aaron Beck, se dan cuenta que los problemas psicológicos, nacen por procesamientos cognitivos defectuosos. Por tanto, proponen la solución a tales dificultades y consistió en la corrección de las disfuncionales cognitivas, reemplazándolas por otras más realistas y adaptativas.

Este nuevo abordaje enriqueció las estrategias terapéuticas. Por ello, surge la tercera generación en los 80, y junto con el éxito en el tratamiento al trastorno por pánico, se establece el vínculo del condicionamiento clásico-operante y lo cognitivo, se logra desarrollar en su totalidad la terapia cognitiva conductual, que continúa hasta la actualidad. En tal sentido, las terapias de tercera generación tienen una perspectiva de contextualismo funcional, para abordar los trastornos psicológicos, además estudia eventos como, interacciones entre la persona y el contexto, entendidas de acuerdo con su historia y circunstancias cotidianas.

Actualidad

De este modo, las tres generaciones sustentadas, constituyen la evolución de la terapia cognitiva conductual, cuyo enfoque aborda los procesos cognitivos para mejorar las emociones, es decir si se modifica el pensamiento se conducirá a cambios emocionales de conducta, donde se emplean técnicas como: identificación, discusión, puesta a prueba pensamientos automáticos, análisis y cambio de creencias y supuestos básicos, así como la modificación de esquemas disfuncionales. Mencionadas técnicas encajan en el proceso de reestructuración cognitiva, donde se rediseña el sistema de pensamientos, ideas y creencias a fin de transformarlas en más racionales. Por otro lado, la terapia de conducta, se fundamenta en que los desórdenes emocionales, son respuestas a condiciones ambientales en relación a leyes del condicionamiento, es decir a

través de los nuevos estímulos, se reemplaza las menos funcionales y se manifiesta el cambio conductual.

Los avances cognoscitivos, reconocen que los abordajes terapéuticos no pueden ser exclusivamente cognitivo conductuales, sino que existen desordenes psicológicos que necesitan otro tipo de orientación y terapia, tal como los hábitos nerviosos de tricotilomanía, tartamudez, control de impulsos, adicciones, depresiones graves o problemas de aprendizaje, es por tal razón que muchos especialistas en la salud mental en la práctica clínica, aplican la integración de ambos o varios enfoques buscando la eficiencia terapéutica.

Características de la terapia cognitivo conductual

Al respecto, según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) encontramos:

- Variables cognitivas como mecanismos causales que promueven el desarrollo del trastorno.
- No todos los métodos y técnicas abordan distorsiones cognitivas.
- Realizar un análisis funcional de las cogniciones del paciente.
- Las terapias cognitivo conductuales no son de largo plazo, solo se alivia el pensamiento y la conducta disfuncional.
- El abordaje debe ser activos, directivos y educacional.
- Las aproximaciones de Beck (1979) en la depresión es la asignación de tareas para ayudar a modificar pensamientos y creencias. Se debe establecer dos dominios: El primero, establecer la eficacia de los procedimientos terapéuticos y ayuda a determinar el funcionamiento de estos procesos y el segundo, donde se emplea la evaluación objetiva para examinar el progreso terapéutico.

Etapas de la terapia cognitiva

Para Beck. (1983) se debe lograr establecer un vinculo terapeutico a traves de varias actividades como:

- Establecer un clima de confianza.
- Ser empáticos y congruentes.
- Conocer del tema.

- No victimizar.
- Recalcar el apoyo mutuo entre terapeuta - paciente.
- Certificar que el paciente nos está comprendiendo
- Estar al tanto cómo te divisa.
- Comprender cuál es su opinión de la terapia.
- Entender y comprender que es lo que quiere expresar.
- Estar atentos, observar sus manifestaciones cognitivas.
- Enseñarle a sacar sus propias hipótesis o conclusiones con la finalidad de luego compartir sus ideas
- Solicitarle haga un análisis de lo que manifiesta.

Beck (1983), expresa que la realización de estas actividades por parte del terapeuta surge características como:

Ser activo: La intervención y el vínculo del paciente y terapeuta, debe ser una constante actividad, guiando de manera adecuada las sesiones de intervención.

Directivo: La terapeuta ira atendiendo y priorizando las necesidades del paciente empleando técnicas y estrategias que permitan la efectividad de la terapia.

Estructural: De acuerdo a las técnicas y estrategias utilizadas en el tiempo que se viene participando activamente con el paciente, se logrará la reestructuración de las cogniciones y comportamientos.

Tiempo limitado: El psicoterapeuta debe haber formulado sus técnicas y/o estrategias de manera organizada, para lograr los objetivos de cada sesión.

Técnicas cognitivo conductuales

Los investigadores como Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) mencionan lo siguiente:

Técnicas conductuales

- **Entrenamiento de habilidades sociales:** Tienen como finalidad ayudar a la persona a relacionarse de manera interpersonal, logrando conductas y respuestas positivas. Conforme el paciente va relacionándose con otros de manera adecuada, va reforzando también su autoestima. En las habilidades sociales se trabaja: La autonomía de poder decir no, pedir permiso para

solicitar favores o peticiones, lograr expresar sentimientos, ya sean negativos o positivos e interactuar en una conversación.

- **Programación de actividades:** Se debe organizar actividades rutinarias para la distracción, están destinadas a lo recreativo, autocuidado, social, familiar y todo aquello para mejorar y disfrutar. Con la finalidad de lograr mayor participación y logre ser más responsable en el cumplimiento de actividades.
- **Modelado e imitación:** Se expone al paciente a modelos correctos, para que se habitué a esa conducta esperada, luego propiciar la practica conductual observada como un entrenamiento diario o cotidiano.
- **Role-playing:** Bajo un ambiente controlado y simulado, se ejecutan actividades a adquirir y aprender, esto permite fomentar confianza y seguridad para confrontar situaciones reales.
- **Reforzamiento:** Estímulo que motiva a volver a emitir la habilidad reforzada. El reforzamiento puede ser material, social o por auto refuerzo.
- **Economía de fichas:** Mediante la utilización de fichas, se premia las conductas establecidas o logradas.

Técnicas cognitivas

Según Caro (2007) estas técnicas abordan los procesos cognitivos y emocionales, para modificar creencias en el individuo y mejorar sus habilidades y actitudes emocionales. Entre ellas tenemos:

- **Reestructuración cognitiva.** Estrategia terapéutica que facilitan al sujeto a interpretar el mundo de manera más adaptada. La meta, es lograr que el paciente sea más objetivo y adaptativo. Dentro de la reestructuración cognitiva hay hábitos que se deben desarrollar como: Trasformar las afirmaciones irracionales por racionales; Precisar cuáles son las emociones negativas; Tipo de pensamiento disfuncionales y finalmente manifestar situaciones que brinden alternativas y describan situaciones reales para verificar las situaciones.
- **Técnicas de relajación.** Es útil como herramienta terapéutica para que el individuo aprenda a controlar emociones negativas.
- **Auto instrucciones.** Útil para, poder trabajar y ayudar a niños con depresión, a través de autodeclaraciones, se guiará su pensamiento y

conducta de manera adecuada y eficaz. También se aborda el afrontamiento de emociones y sentimientos que en ocasiones logran desencadenar emociones dañinas. Además, el adiestramiento, se realiza cuando el paciente considera que tiene un problema, cuando es así, el propio paciente se debe comunicar con el mismo, diciéndose frases positivas, de esta manera se ayudará a enfrentar dicho problema.

- **Entrenamiento en resolución de problemas interpersonales.** El objetivo es que el sujeto aprenda a tomar decisiones acertadas, reconocer un problema cuando se presenta e inhibir la impulsividad, por ende, reducir las respuestas emocionales dañinas.
- **Técnicas de animación sociocultural.** Estimulan la iniciativa y participación con el entorno social, estas técnicas, ayudan a dinamizar y activar a los grupos de personas a contribuir con su comunidad y con su sector cultural.
- **Técnicas de control del entorno de aprendizaje.** Consisten en entrenar y propiciar el mantenimiento de las conductas sociales.
- **Solución de problemas.** Su finalidad, es lograr el afrontamiento ante las situaciones de conflictos estresantes. Durante las sesiones, el paciente irá empleándolas de manera positiva, logrando resultados favorables en base a las situaciones que se le presenten. Los siguientes pasos son esenciales en el trabajo de la solución de problemas: Se orienta al problema, luego se ilustra la situación de conflicto, se crean opciones de solución, se analiza lo positivo y negativo de las opciones manifestadas, se elige una solución y se pone en acción, para obtener resultados favorecedores.
- **Clima de relación.** Importante para el abordaje individual y grupal, debe producirse en un ambiente acogedor donde se sientan respetados y aceptados.
- **Actividades colaborativas.** Las dinámicas de grupo es poner en práctica numerosas habilidades de relación, donde el éxito logrado entre todos es la meta y recompensa de la terapia.
- **Búsqueda de interpretaciones alternativas.** Consiste en indagar otras opciones, para solucionar el problema y las actividades a realizar son: Se realizan preguntas con la finalidad de que el paciente reconozca e identifique datos de interés, luego escrutar evidencias que logren, ya sea

confirmar o invalidar, no obstante, se debe manejar varios tipos de hipótesis, de esta manera también se está logrando eliminar pensamientos distorsionados.

- **Psicoeducación.** Consiste en poder informar tanto al usuario como a la familia, de manera transparente, sencilla y breve, referente a la problemática, de esta manera se ayuda a prevenir recaídas, complicaciones y es de gran apoyo la esfera familiar.
- **Contexto facilitador y reforzante.** Favorece el interés por poner en práctica lo aprendido.

La tríada cognitiva

Al respecto, Beck y Clark (2013), el modelo propuesto por Beck, hace referencia de porque se suele desencadenar en una persona un trastorno depresivo, a causa de una serie de pensamientos disfuncionales que están relacionados con las ideas irracionales. Estas distorsiones del pensamiento surgen debido a que las personas interpretan de manera errónea la realidad, y de esta manera se instaura en el pensamiento situaciones negativas, que no ayudan en el afrontamiento de los conflictos, volviéndose incontrolable, molesto, afectando las emociones y conductas del individuo. Por otro lado, se sustenta que en el individuo se presentan tres patrones cognitivos y son: Yo mismo, los demás y el futuro.

El componente, yo mismo, se refiere a la visión negativa que se tiene sobre sí mismo, juzgándose, menospreciándose, no reconoce sus capacidades y habilidades, presta prioridad a sus defectos morales o físicos, se cree un inútil, su mentalidad se centra en que carece de atributos para lograr resultados favorables, todos estos aspectos influyen en la autoestima.

El siguiente componente, los demás, visión del mundo en base a acciones, se siente no aceptado y querido por los demás, suele compararse y percibe que no podrá superar obstáculos, todo ello afecta sus relaciones interpersonales.

El último componte, el futuro, donde el individuo se percibe de manera negativa, evidencia un futuro hostil o peligroso, presenta obstáculos, en los

proyectos planteados, cuando piensa en una actividad, sus pensamientos están relacionadas al fracaso, repercutiendo negativamente en su motivación.

Los esquemas

Beck y Clark (2013) menciona que los esquemas provienen de las experiencias que se han dado previas a un aprendizaje y permanecen latentes activándose ante un hecho significativo que interactúe con el individuo, convirtiéndose en una construcción subjetiva mental, que se desarrolla como filtro para percibir eventos. Se puede apreciar los errores o distorsiones cognitivas; los mismos que se presentan equivocadamente en la persona al momento de realizar interpretaciones de alguna situación, perjudicando las creencias y emociones de la persona (Beck, 1996); menciona a las sgtes:

- **Inferencia arbitraria:** Es cuando dicha persona tiene una idea o conclusión anticipada de alguna situación o evento.
- **Abstracción selectiva:** Refiere cuando se prioriza el pensamiento negativo ante una situación positiva, se manifiesta automáticamente.
- **Generalización excesiva:** Suele darse de manera espontánea, el llegar a una conclusión de algún hecho suscitado y se siente la idea de que volverá a pasar en varias oportunidades, y su respuesta será negativa perjudicando el estado emocional.
- **Magnificación y minimización:** Está enfocado en el nivel que caracterizamos un evento como significativo.
- **Personalización:** Cuando el paciente mentaliza situaciones externas que no tienen relación existente para sí mismo.
- **Pensamiento absolutista:** El individuo suele etiquetar o clasificar sus experiencias o situaciones en diferentes categorías como positivas o negativas, para describirse así mismo considerando con mayor relevancia las situaciones y etiquetas negativas.
- **Visión catastrófica:** El paciente suele adelantar pensamientos o comentarios de algún acontecimiento y transformarlo de manera negativa, suponiendo que será lo peor.

La psicoterapia cognitivo conductual tienden a considerar que las conductas desadaptadas son el resultado del déficit en las cogniciones, que atentan contra las emociones. Razón por la que este estudio se orienta a proponer un tratamiento, para

modificar y mantener hábitos saludables a través del trabajo emocional que adquiriera el adolescente.

Depresión

Definiciones

Clinic (2018) Menciona a la depresión es un trastorno emocional, que tiene signos de tristeza, desmotivación por realizar actividades, afectando de esta manera los sentimientos, pensamientos y la conducta de las personas que la padecen, pudiendo causar problemas físicos y emocionales.

La depresión desde lo psicológico, es un trastorno del estado anímico, donde se siente infelicidad y abatimiento (Smith, 2017).

La depresión, trastorno que se caracteriza por sentimientos de tristeza, irritabilidad, cambios en el apetito y del sueño, además se presencia baja autoestima, pensamientos o actos suicidas en la persona que lo padece (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Garcia y Palazón (2010) la depresión, está reflejada en los estados de ánimo que afecta el pensamiento, sentimiento y actitudes de la persona. Sin embargo, hay circunstancia donde suelen darse momentos de tristeza o tener dificultades para poder adaptarnos a un estilo de vida y no necesariamente significa que es una enfermedad o problema psicológico.

La depresión son los cambios en la persona, ya sea en sus pensamientos, sentimientos y conductas, todo ello se va a evidenciar de acuerdo al grado que se encuentre cada individuo (Beck, 2006).

Rojas (2006), expresa que la depresión, es una enfermedad psíquica hereditaria o adquirida, a la que se asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico, conductual y cognitivo.

Síntomas de la depresión

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014), mediante el manual diagnóstico, estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), se detalla que los trastornos depresivos son estados de tristeza, vacío e irritabilidad, correlacionados a los cambios somáticos y cognitivos que atentan la capacidad funcional del individuo.

Así mismo, Preston (2002), cataloga en tres categorías a la depresión: Psicológica, biológica y mixta.

Los síntomas psicológicos, incluyen tristeza y desesperación, baja autoestima, apatía, problemas interpersonales, sentimientos de culpa, pensamientos negativos y suicidas. No obstante, en los síntomas biológicos, se caracterizan por el desorden del sueño, falta de apetito, pérdida de deseo sexual y la energía. Finalmente, los síntomas mixtos, incluyen dificultad para concentrarse, olvidos recurrentes, abuso de alcohol o drogas, sensibilidad emocional y cambios repentinos de humor.

Causas de la depresión

Al respecto (Smith, 2017) detalla algunas:

a. Teorías biológicas

Radica en los genes heredados o por medio de una disfunción psicológica, es decir parientes que han sufrido de trastorno bipolar o que se han caracterizado por momentos de manía y depresión, usualmente hay tendencia a que repercuta a dos generaciones. A su vez, uno de los neurotransmisores como la norepinefrina, la que nos otorga sensaciones de placer, se ha establecido que una deficiencia de la misma en ciertos puntos receptores del cerebro causa depresión, así como que su exceso ocasiona manía.

b. Teoría del aprendizaje

Esta teoría se apoya en el condicionamiento operante de Skinner, y sustenta que la depresión es producto del reforzamiento inadecuado, es decir, es causada por una combinación de factores de estrés y falta de habilidades sociales.

c. Teorías cognoscitivas

Esta teoría sustenta que los individuos integran de forma diferente un mismo acontecimiento. La teoría cognoscitiva de Beck sobre la depresión, manifiesta que los sujetos se deprimen a causa de una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, es decir se experimenta un sentido de pérdida de las metas y tiende a maximizar defectos y reducir cualidades.

d. Teorías psicodinámicas

Estas teorías dan realce a los sentimientos y reacciones de lo que no se es consciente. Los trastornos depresivos, ante la pérdida de algo amado, no necesariamente suele ser dolorosa, pero para la interpretación del sujeto sí. Por otro lado, Freud describió a la depresión, como un trastorno causado por la emoción y no por el deseo sexual, y la denominó melancolía. Estas teorías, hacen énfasis en las relaciones entre el individuo y la persona de la que más dependió en la infancia, y cuando se atraviesa una pérdida puede provocar mucha ansiedad y esa influencia culmina en una depresión.

e. Teoría psicológica

La mayoría de las personas suelen deprimirse porque suelen distorsionar la realidad, generando ideas, pensamientos y sentimientos desesperantes, sacan conclusiones avanzadas y a veces sin lógica, su visión es negativa en todos los aspectos tanto personal, como social. Según Beck, refiere que en la etapa de la niñez suelen desarrollarse situaciones negativas, como rechazos, críticas, por parte de los padres que pueden marcar la vida de la persona y de esta manera tener acciones negativas, llegando a consolidarse en la adultez. Existen varias maneras en que una persona puede malinterpretar acontecimientos. El modelo cognitivo de Beck (1983), refiere varias significaciones:

- **Síntomas anímicos:** Se relaciona al estado de ánimo que el paciente experimenta en el momento de vivir un evento y que percepción le produce.
- **Síntomas motivacionales:** Refiere a que el paciente actúa en base a emociones negativas, esto genera dificultad para tomar decisiones.

- **Síntomas cognoscitivos:** Es la desvaloración de sí mismo, poca capacidad de pensamiento y memoria.
- **Síntomas fisiológicos:** Cuando el paciente presenta dolores musculares, pérdida del apetito y del sueño, cansancio, entre otros.
- **Síntomas interpersonales:** Cuando se carece de habilidades sociales, se excluyen las actividades sociales, prefieren estar solos e incorporan el aislamiento como mecanismo de defensa.

Tipos de depresión

Para la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) los trastornos depresivos se clasifican en:

- a. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.** Se presenta irritabilidad crónica, grave y persistente, y se manifiesta de dos formas: La primera, a través de cólera frecuente y frustración, los mismos pueden ser verbales y conductuales. La segunda manifestación es, a través de un estado anímico persistente de irritabilidad y enfado crónico, sin embargo, no debe diagnosticarse como tal a los sujetos entre los 7 y 18 años, por su proceso madurativo cambiante.
- b. Trastorno depresivo mayor.** Su periodo de tiempo es de al menos dos semanas, y debe presenciarse ánimo depresivo o pérdida de interés y del placer en casi todas las actividades, también puede presentarse insomnio o hipersomnia, fatiga, agitación, cambios en el apetito y pérdida de peso. Es importante destacar que, en niños y adolescentes, se presentan sentimientos de inutilidad, culpabilidad, pensamientos de muerte, ideación suicida y se pueden dar intentos de suicidio.
- c. Trastorno de distimia.** Afecta al cuerpo, al estado de ánimo y los pensamientos, también se suele manifestar en la alimentación, sueño y la manera de pensar, poca energía, fatiga, baja autoestima, falta de concentración, y dificultad para tomar decisiones, que aparecen la mayor parte del día, durante al menos dos años y un año en niños y adolescentes, que repercute en el funcionamiento social, causando malestar clínicamente significativo.

- d. Trastorno disfórico premenstrual.** Se presenta, expresión de labilidad afectiva, cambios de humor repentinos o aumento de sensibilidad al rechazo, disforia y síntomas de ansiedad durante la fase premenstrual o poco después. Condición que no es imprescindible, para considerarla una enfermedad, ya que las pacientes suelen sentirse agobiadas, tener dolor o tumefacción mamaria, sensación de hinchazón y aumento de peso.
- e. Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento.** Los síntomas deben estar asociados al consumo o inhalación de alguna sustancia, medicamentos como estimulantes, esteroides, antibióticos, fármacos del sistema nervioso central, agentes dermatológicos e inmunológicos pueden producir alteraciones anímicas depresivas. El trastorno se debe desarrollar durante el consumo de una sustancia que sea capaz de producir los síntomas depresivos.
- f. Trastorno depresivo debido a otra afección médica.** Se diagnostica en base al período de tiempo depresivo o debe haber una disminución notable del interés o placer en casi todas las actividades. Algunos de las enfermedades neuroanatómicas relacionadas con trastornos depresivos son los infartos cerebrales, síndrome de huntington, parkinson y daño cerebral traumático. Por otro lado, algunas afecciones neuroendocrinas como la enfermedad de Cushing, hipotiroidismo, esclerosis múltiple y otras enfermedades degenerativas están asociadas a la depresión.
- g. Otro trastorno depresivo no especificado.** Esta categoría es empleada comúnmente en situaciones en las que el clínico opta por no detallar el trastorno, es decir no cuenta con los criterios diagnósticos suficientes para incluirlo como tal.

Características de una persona deprimida

Beck (1983) Menciona que las personas deprimidas muestran modalidades de pensamientos negativos en tres áreas:

Primero, ven el mundo y las experiencias de la vida negativamente. La vida es considerada como una sucesión de cargas, obstáculos y fracasos en un mundo

que se hecha todo a perder.

Segundo, los individuos depresivos se autoperciben de manera negativa. Perciben deficientes, inadecuadas, de ningún valor e incapaces de conducirse adecuadamente, esto lleva a culparse a sí mismas por lo que pasa y atenerse lástima.

Tercero, estas personas ven al futuro de una manera negativa. Al mirar hacia delante vislumbran continuas dificultades, frustraciones y desesperación.

Predisposición y desencadenamiento de la depresión

Beck (1983) refiere, las experiencias tempranas pueden generar en el individuo conceptos o pensamientos negativos, erróneos sobre sí mismo, así como de su futuro, y el mundo. Estos pensamientos pueden ser intermitentes, latentes dependiendo de las situaciones o eventos que la persona vaya desencadenando a lo largo de su vida. Por otro lado la depresión, puede generar enfermedades físicas que se vuelven fastidiosas, incómodas en la persona, y por ello es cuando el individuo continuara con sus pensamientos, emociones y conductas negativos de sufrimiento.

Síntomas de la Depresión

Para Beck (1983) los síntomas que están relacionados con los distintos estados anímicos encontramos:

- **Síntomas afectivos:** Presentan sentimiento de abatimiento, pesadumbre, llanto frecuente, así como sentimientos de inconformidad e infelicidad, irritabilidad y también se observa tristeza.
- **Síntomas motivacionales:** Tienen ganas de aislarse y escapar de la realidad, prefiere no tener contacto, evitar diversas situaciones, no presentan ganas por realizar actividades rutinarias como hacer tareas, asearse, entre otros., También se aprecia disminución de la capacidad del disfrute, ganas de abandonar el estudio y falta de toma de decisiones.
- **Síntomas Conductuales:** Suelen tener aislamiento por las relaciones interpersonales y actúan de forma lenta.
- **Síntomas Cognitivo:** Sucede el conflicto para lograr la concentración, dificultades en atender y comprender, así como sentimientos de culpa y

pérdida progresiva de autoestima.

- **Síntomas Físicos.** Encontramos, disminución del apetito, dificultad en el sueño y pérdida del deseo sexual.

No obstante, Clinic (2018) describe los siguientes síntomas en la depresión: Sensación de nostalgia, deseo de llanto, furias, frustración, desmotivación por actividades de placer, dificultades en el sueño, ya sea para descansar o generar más ganas de dormir, desmotivación por realizar actividades, desagrado por la comida, suelen tener pérdida de peso, desesperación por comer, inquietud, así como timidez y angustia. Se actúa de forma lenta, ya sea expresándose, pensando, razonando o en movimientos corporales, suelen pensar que son inútiles, tienen pensamientos de muerte, no prestan atención, dificultades para tomar decisiones, presentan también dificultades físicas, como dolores de cabeza, dolor muscular, entre otros.

Clasificación de la depresión

Para Beck, Steer y Brow (2006), al identificar el tipo de depresión, debe clasificarse de acuerdo a la gravedad sintomatológica y se da en cuatro niveles:

- **Depresión mínima:** No se cuenta con los criterios para determinar la depresión, se llega a puntuar hasta diez de calificación en el inventario.
- **Depresión leve:** El individuo alcanza una puntuación de once hasta los veinte en la calificación.
- **Depresión moderada:** El sujeto obtiene la calificación de depresión y logra puntuar desde los veintiuno hasta los treinta.
- **Depresión grave:** El evaluado de acuerdo a la calificación del inventario logra puntuar mayor o igual a treinta y uno.

Se concluye que, la depresión como trastorno anímico afectivo, incapacita al sujeto en su vida diaria, se afectada también la salud física, sin embargo, resaltar que existen varias perspectivas teóricas que abordan esta problemática enfocando el tratamiento más idóneo posible.

Fundamentación teórica de la adolescencia

Definiciones

La adolescencia, etapa de alta vulnerabilidad; la depresión aquí, es considerada como objeto de estudio desde la nosología, asumiéndola como una enfermedad multifactorial (Jadán, 2017).

Un adolescente depresivo es afectado en las facetas emocional, cognoscitivo, fisiológico y social, considerando que las cogniciones son causa principal de este desorden (Smith, 2017).

La transición del desarrollo entre la niñez y la adultez, es la adolescencia, que implica cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales (Papalia y Feldman, 2012).

La adolescencia inicia entre los 12 y 18 años, se produce un mayor desarrollo cognoscitivo, se potencia el pensamiento operacional formal, hacia la construcción de una identidad ocupacional y sexual (García, 2009).

Adolescencia y depresión

La importancia de los factores socioculturales, como los espacios del individuo, su familia y comunidad, son los pilares hacia la construcción sociocultural que puede regular la probabilidad de padecer depresión (López, 2016).

Por otra parte, la desintegración familiar trae las siguientes consecuencias: El trauma de quedarse sin progenitores, esto ocasiona que los hijos crezcan sin apoyo maternal o paternal, esta situación muchas veces ejerce influencia a nivel intelectual y moral de los hijos. (Ávila y Pachar, 2016).

La depresión adolescente suele presentarse de manera transitoria o como enfermedad, que puede generar conductas autodestructivas y cuando el proceso de desarrollo biopsicosocial se altera, y emergen conductas anormales, y alteración de sus funciones mentales se puede afirmar que es un adolescente enfermo (Ávila y Pachar, 2016).

Etapas de la adolescencia

Para Smith (2017) la evolución psicológica y emocional son algunos de los aspectos que deben enfrentar los adolescentes, y las etapas son:

a. Adolescencia temprana. Comprende desde los 10 a 13 años, aparecen cambios físicos propios de la pubertad, surgen las pulsiones sexuales, debido al cambio hormonal, se forma el pensamiento inmediato, por ende, aún hay limitada capacidad de análisis y poco desprendimiento de las figuras paternas. Refuerza la agresividad, pero no se llega a producir un distanciamiento interno, tienden a tener amigos del mismo sexo, presentan muy poco en tener pareja y también ha logrado internalizar valores inculcado por sus padres. Piaget sustentaba que el pensamiento formal surge a los 11 años, es decir, su razonamiento se hace hipotético deductivo, debido a que se encuentra el pleno desarrollo cognitivo, para establecer formas de organización y adaptación (Aguirre, 1998).

b. Adolescencia media. Surge entre los 14 a 16 años, aquí se da un rápido crecimiento cognitivo, emergen pensamientos operacionales formales, se comienza a entender conceptos abstractos, hacer juicios y analizar situaciones, atraviesa el mundo egocéntrico y modula su conducta impulsiva. En esta etapa, los varones se identifican con los modelos masculinos y las féminas muestran interés por el sexo opuesto, se ocupan de sus propios pensamientos y los cambios que están ocurriendo. También se ha finalizado la maduración sexual y se alcanza el 95% de estatura, no obstante, se desarrolla la imagen de sí mismo, se integra al grupo social y tiende a desligarse del grupo familiar, como consecuencia de los cambios psicológicos y cognitivos.

c. Adolescencia tardía. Compreendida desde los 15 a 19 años, en esta etapa se disminuye la velocidad de crecimiento y se recupera la proporción de los segmentos corporales; estos cambios generan seguridad ante las crisis emocionales y tiene más autonomía, también se refleja el desarrollo de la conciencia social, con ello aparecen ciertos niveles ansiosos, al sentir responsabilidades.

Cambios durante la Adolescencia

Para Ramírez (2018) los diferentes cambios que ocurren en la adolescencia son:

a. Desarrollo físico. Puede aparecer como inicio temprano tardío, los adolescentes que maduran prematuramente son más seguros y menos dependientes, establecen mejores relaciones interpersonales. Por otro lado, cuando se madura tardíamente, tienden a adquirir un autoconcepto negativo de sí mismo (Craig, Delval, Papalia, 2001).

b. Desarrollo Psicológico. Influye en como el adolescente se ve a sí mismo, se vuelve introspectivo, analítico, autocrítico; adquiere la capacidad de construir sistemas y teorías, además se desarrolla el pensamiento abstracto. Los cambios psicológicos, aparecen de forma gradual, se logra autonomía respecto a la familia, se establecen mejor las relaciones interpersonales, se adquiere sentido de identidad y logra adquirir características psicológicas sobresalientes que se reflejarán en la edad adulta (Mussen, 1982).

c. Desarrollo Emocional. Se refuerza el proceso psicológico y la identidad que el adolescente logrará manejar y superar ante dificultades (Trianes y otros, 2002).

d. Desarrollo Social. Referido a la adolescencia se abarca seis necesidades primordiales:

- Necesidad de formar relaciones afectivas significativas, ampliar amistades de la niñez y conocer personas de diferente condición social.
- Necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y status social.
- Necesidad de pasar del interés social y de los compañeros del juego a los intereses y las amistades heterosociales.
- Necesidad de aprender y practicar patrones y habilidades al interactuar con el sexo opuesto.
- Finalmente, necesidad de encontrar un rol masculino o femenino.

Problemas en la adolescencia

Ramírez (2018) expresa que los acontecimientos vividos por el adolescente pueden desencadenar problemas referidas a sus vivencias y etapas.

Los adolescentes que no pueden afrontar los problemas diarios posiblemente puedan padecer algún tipo de trastorno, un problema común que confronta es el aislamiento, el cual se presenta con mayor prevalencia en los varones, probablemente porque es más difícil para ellos expresar sus sentimientos (Rice, 2000).

Los problemas en los adolescentes, suelen estar causados por múltiples factores, entre ellos los biológicos, que pueden marcar los diferentes resultados sobre el ajuste emocional, así como los factores contextuales, como el apoyo social.

La depresión adolescente puede estar asociada a otros problemas como, el consumo de sustancias, ansiedad o conducta disruptiva, esto ocasiona una tasa mayor de depresión y existe probabilidad de ejecutar alguna tentativa de suicidio (Serocynski, Jacques y Cole, 2003).

1.3.2. Marco Conceptual

Es propicio tener claro los elementos del abordaje teórico y metodológico elegidos para el estudio y se definen de la siguiente manera:

- **Adolescencia:** Etapa que inicia entre 11 años y surgen cambios físicos, hormonales y psicológicos, donde el adolescente busca la autoafirmación y autonomía.
- **Depresión:** Trastorno del estado de ánimo, involucra a la cognición, y existe una triada para su detección: Como primer elemento, visión negativa de sí mismo. Seguidamente, apreciación negativa de experiencias propias; Y el último elemento es la visión negativa del futuro y anticipa el sufrimiento (Beck, 1995).
- **Programa:** Propuesta, plan o proyecto, tiene un diseño, organización y metodología que se pone práctica y contiene acciones y recursos materiales para lograr un objetivo.

- **Estrategia psicoterapéutica:** Facilita comprender acerca de sí mismo, a través de los propios pensamientos. La TCC, se enfoca en problemas y dificultades del presente, buscando maneras de mejorar su estado anímico.

1.4. Formulación del problema

De acuerdo a la problemática sustentada en párrafos anteriores, es un hecho que existe insuficiencia en las estrategias psicoterapéuticas preventivas cognitivo conductuales en el manejo de la depresión en estudiantes de la I.E Bruning.

1.5. Justificación e importancia del estudio.

El abordaje en este estudio, acerca de la depresión en adolescentes, sirvió a la comunidad educativa, ya que se pudo conocer, tratar y prevenir la depresión, debido a que los resultados facilitaron promover técnicas, a través de sugerencias basadas en estrategias psicoterapéuticas para fortalecer capacidades emocionales.

Además, tuvo implicaciones prácticas, según Bernal (2010), un estudio en desarrollo, ayuda a resolver problemas o por lo menos, propone estrategias que al aplicarse contribuirán a resolverlo. Por ello, los hallazgos del uso de las técnicas de Beck, muestran una cadena de cambios progresivos que se han realizado en las ciencias de la salud, desde hace muchos años al abordar la depresión; es así que, al proponer estrategias, se corrigen dificultades en beneficio de los adolescentes.

El trabajo actual en la depresión está relacionado con varios tipos de psicoterapias, siendo idóneo y con aporte científico el enfoque cognitivo conductual, que es ventajoso para las instituciones educativas, porque de esa manera identificamos las debilidades, fortalezas y necesidades. Es menester, que, a través de lo mencionado, el estudio se justificó desde lo social, al respecto (Ñaupas, 2015) fundamenta que las investigaciones aportan y benefician a la sociedad, comunidad, empresas, gobierno, entre otros.

Lo novedoso del estudio fue que debido a la insuficiencia en el control y manejo de las emociones o en la prevención para detectar indicadores que determinan la depresión en los adolescentes; Los hallazgos ayudaron a proponer una estrategia psicoterapéutica, que quedará plasmada en estudio y servirá como línea base e iniciativa, para posteriormente desarrollar investigaciones de índole aplicativo, que ayuden a fortalecer las estrategias de prevención desde las diferentes realidades y riesgos sociales educativos.

1.6. Hipótesis.

1.6.1. Hipótesis

La tentativa a seguir es: Si se elabora una estrategia psicoterapéutica cognitivo conductual, entonces contribuirá a prevenir la incidencia de la depresión de los estudiantes de la I.E Bruning.

1.6.2. Variables

VARIABLE INDEPENDIENTE

La variable planteada es, la estrategia psicoterapéutica cognitivo conductual, la misma que se genera a modo de propuesta como causa del fenómeno investigado. La operacionalización se detalla (ver anexo n° 03-A).

VARIABLE DEPENDIENTE

Referido a esta variable, fue medida en base a su construcción teórica, siendo la depresión el objeto de estudio. La operacionalización se muestra en el (anexo n° 03-B).

1.7.Objetivos

1.7.1. Objetivo general

Elaborar una estrategia psicoterapéutica cognitivo conductual para prevenir la depresión en adolescentes de la I.E Bruning.

1.7.2. Objetivos específicos

- Análisis epistemológico del proceso psicoterapéutico cognitivo conductual y su dinámica.

- Diagnosticar el estado actual de los adolescentes referente a la incidencia del proceso de depresión.
- Elaborar etapas, sesiones, contenidos, actividades y metodologías a emplear en el diseño de la estrategia psicoterapéutica en beneficio preventivo de la comunidad estudiantil.
- Validar la propuesta a través del juicio por criterio de expertos.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Tipo y Diseño de Investigación.

El estudio según Hernández, Fernández y Batista (2014) es de tipo descriptivo propositivo, ya que los hallazgos facilitarán la descripción o explicación del fenómeno, sin que estos sean modificados o alterados en función de una o un grupo de variables.

El enfoque de estudio según Hernández Sampieri y Mendoza (2008) es Mixto, ya que representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio.

Al identificar los resultados descriptivos respecto a la depresión; Se elaborará una estrategia de intervención psicoterapéutica cognitivo conductual que fue propuesta en esta investigación para dar solución a la problemática (Hernández, et al. 2016).

El abordaje metodológico corresponde a una investigación cuantitativa, pues pretende obtener datos mediante la aplicación de instrumentos psicométricos.

2.2. Población y muestra

Estuvo representada por adolescentes de 3ro a 5to de secundaria de la I.E., de acuerdo a la nómina 2019. Se tuvo en cuenta el nivel de selección, criterios inclusivos homogéneamente a cada unidad de análisis. La muestra se obtuvo mediante el muestreo no probabilística e intencional siendo 60 los participantes de ambos sexos.

Criterios de Inclusión:

- Adolescentes matriculados en el periodo 2019.
- Estudiantes de 3ero a 5to secundaria
- Adolescentes que brindaron su consentimiento informado.
- Que oscilen entre las edades de 12 a 17 años.
- Participantes motivados a responder el cuestionario.

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

Técnicas

La técnica fue psicométrica, y dentro del proceso de evaluación psicológica y de las pruebas psicométricas constituyen una medida, su objetivo es alcanzar información amplia del evaluado, que permita al investigador crear hipótesis de trabajo y de carácter al proceder evaluativo (Gonzales, 2012).

Instrumento de recolección de datos

La información se recolectó a través del Inventario de Depresión Beck, creada en colaboración con Robert A. Steer y Gregory K. Brown en 1961. La adaptación al español fue en 2011. La prueba pretende medir la sintomatología depresiva. La base teórica de la prueba se sustenta en el modelo cognitivo, surgiendo de la práctica clínica de casos depresivos (Beck, 1963, 1964, 1967). Su administración es individual, colectiva y autoadministrable, es necesario utilizar el manual y protocolos. Su tiempo de resolución oscila entre 10 a 15 minutos. Este inventario se emplea para la práctica profesional clínica, forense y neuropsicológica. El inventario tiene 21 ítems, en algunas afirmaciones existen dos alternativas de respuestas y se les divide en a y b y cada ítem tiene una puntuación desde 0 a 3 (ver anexo n° 04).

Validez

Para la obtención de la validez, se realizó a través de la validez de constructo, la misma que consiste en agrupar estadísticamente los ítems con su escala o dimensión; denominada también correlación ítem test. Por consiguiente, los índices de discriminación reflejan:

Tabla 1:

Validez por correlación ítem-test del instrumento

Áreas	Índices de discriminación	
Afectiva	.588	.000
Motivacional	.642	.000
Cognitiva	.759	.000
Conductual	.732	.000
Física	.791	.000
Depresión	.679	.000

Fuente: Elaboración estadística SPSS 24

Confiabilidad

Se utilizó el estadístico alfa de Crombach, para variables de medida ordinal y tipo de respuesta likert. Se detalla:

Tabla 2:

Consistencia interna del instrumento psicométrico

Dimensiones	Alfa de Crombach	N° elementos
Afectiva	.891	4
Motivacional	.781	2
Cognitiva	.757	8
Conductual	.723	3
Física	.734	4
Total ítems		21

Fuente: Elaboración estadística SPSS 24

	Escala general	
	Alfa de Cronbach	N° de elementos
Depresión	.755	21

Fuente: Elaboración estadística SPSS 24

2.4. Procedimiento de análisis de datos.

Se trabajó la estadística descriptiva: Distribución de frecuencias, normas percentilares, tablas descriptivas y porcentajes que se acompañan de gráficos referentes a las normas APA (2010). Para la obtención de la validez, respecto a la propuesta, se validó de acuerdo al criterio de expertos,

así como la validez del instrumento se determinó mediante la correlación ítem test. Por consiguiente, la confiabilidad se obtuvo a través del coeficiente alfa de Crombach, para variables con escala de medición ordinal de respuesta Likert. Estos procedimientos analíticos, se ejecutaron en el programa SPSS 24 y el programa Microsoft Excel 2013.

2.5. Criterios éticos

De acuerdo al Reporte de Belmont (1979), expresa que hay principios éticos fundamentales para ejecutar investigaciones con individuos y son: Respeto a las personas: Se protege la autonomía, la libertad, deseos de participación en el estudio, es decir los participantes deben saber los riesgos, beneficios y complicaciones. Se conlleva a la obtención del consentimiento informado, tras una amplia explicación y con todo el derecho de retirarse cuando lo desee.

Así también, la beneficencia: Se busca incrementar al máximo los potenciales beneficios para los sujetos que participan del estudio y reducir riesgos.

Principio de justicia: Debe evitarse los procedimientos de riesgo exclusivamente en población vulnerable por motivos de raza, sexo, salud mental, entre otros.

Finalmente, la confidencialidad: Priorizar mantener la privacidad de la identidad de la muestra de participantes en la investigación.

2.6. Criterios de rigor científico.

Se garantizó mediante las diversas técnicas como, la psicométrica siendo medible y objetiva, de importancia para un constructo o tema, también la observación directa. Además, la fiabilidad, como referencia de poder replicar datos, empleando el mismo método y estrategia en la recolección de información.

A si también, la validez, denominada como nivel de confianza, que corresponde a la veracidad o falsedad que puede determinarse en el estudio.

La credibilidad o valor de la verdad, referente a la autenticidad, siendo un criterio significativo porque nos permite comprobar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como son percibidos.

La consistencia o permanencia de los datos, donde los resultados tienen coeficientes relativamente altos de estabilidad al ser manejados de modo proporcional.

Finalmente, la relevancia, que evalúa el logro del objetivo planteado, develando el resultado para conocer el fenómeno del contexto analizado, el mismo que es representado en el tratamiento estadístico.

III. RESULTADOS

3.1. Resultados en Tablas y Figuras

De acuerdo a los procedimientos estadísticos, de los datos cuantitativos calculados, producto de la aplicación del instrumento psicométrico, y con el propósito de identificar los niveles y dimensiones de depresión adolescente se obtuvieron:

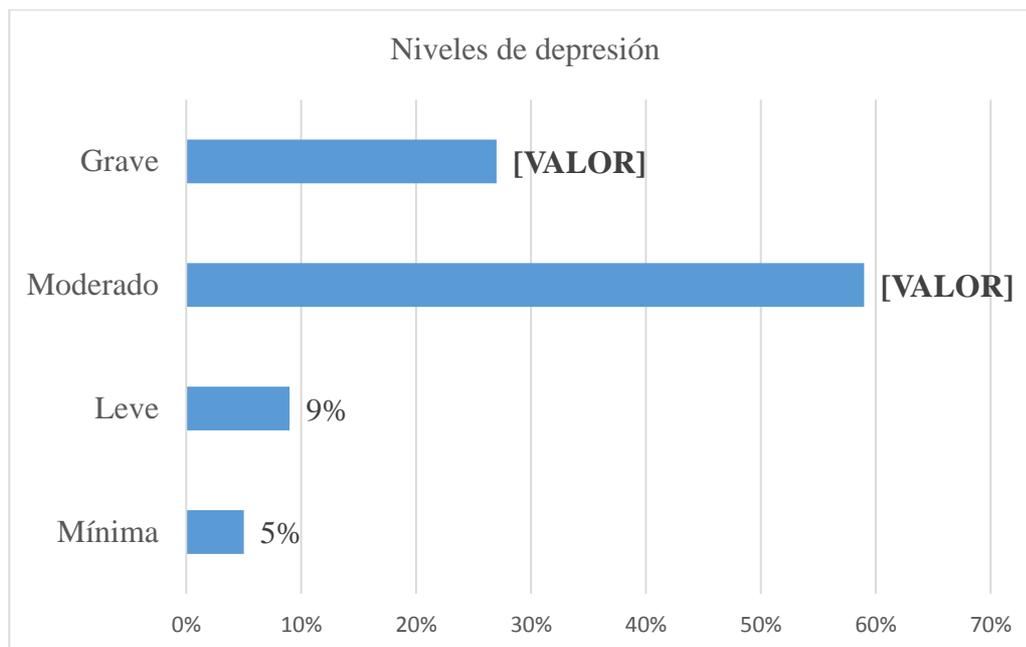
En la tabla 3, se aprecia que existe mayor porcentaje en los niveles moderado y grave en los estudiantes, esto indica presencia de sintomatología depresiva en casi toda la muestra poblacional, que afecta el normal desenvolvimiento de los educandos en sus esferas personal, emocional, afectivo familiar, social y académico. Ante ello, es propicia la necesidad de la estrategia psicoterapéutica cognitivo conductual, ya que los indicadores evidencian una marcada problemática, por lo que se deben implementar acciones a nivel preventivo.

Tabla 3: Nivel de Depresión en estudiantes

Niveles	F	%
Mínima	3	5%
Leve	6	9%
Moderado	36	59%
Grave	15	27%
Total	60	100%

Fuente: Elaboración por la autora

Figura 1: Nivel de depresión de los estudiantes



En la tabla 4, referente a las dimensiones de la depresión, se aprecia mayor porcentaje en el nivel moderado, seguido de nivel grave. Por ello, en el área afectiva los estudiantes presentan sentimientos de abatimiento, irritabilidad y tristeza. En el área motivacional, se puede hacer mención que estos hallazgos, se corroboran cuando los estudiantes no presentan ganas por realizar actividades rutinarias como, hacer tareas, así como la disminución del disfrute y deseos de abandonar el estudio. Así mismo, en el área cognitiva se evidencia sentimientos de culpa y pérdida de la autoestima; seguido del área conductual, donde predomina la tendencia a aislarse de los demás y se actúa de forma lenta. Finalmente, en el área física se halló que los estudiantes tienen, pérdida de apetito y dificultades para conciliar el sueño.

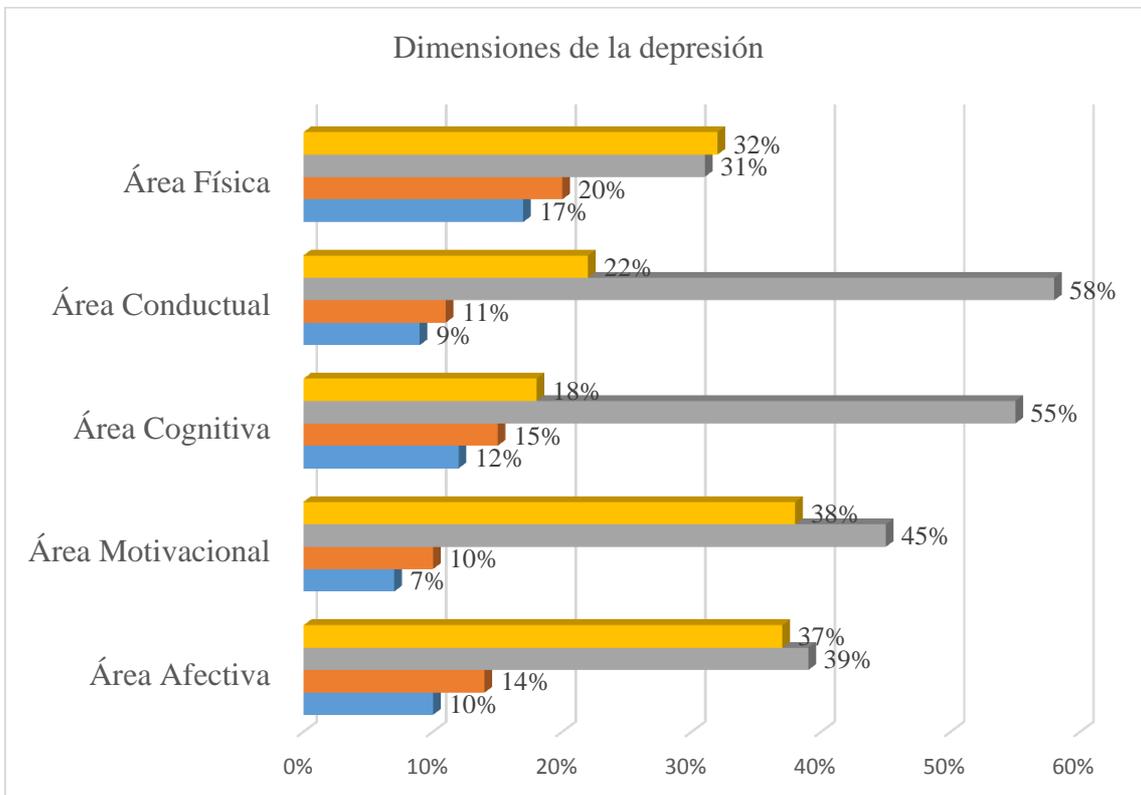
Tabla 4: Dimensiones de la depresión en estudiantes

Dimensiones	Niveles				Total
	Mínima	Leve	Moderado	Grave	
Área Afectiva	10%	14%	39%	37%	100%
Área Motivacional	7%	10%	45%	38%	100%
Área Cognitiva	12%	15%	55%	18%	100%
Área Conductual	9%	11%	58%	22%	100%

Área Física	17%	20%	31%	32%	100%
-------------	-----	-----	------------	-----	------

Fuente: instrumento aplicado a los estudiantes de la I.E.

Figura 2: Dimensiones de la depresión en estudiantes



3.2. Discusión de resultados

El objetivo del estudio fue elaborar una estrategia psicoterapéutica cognitivo conductual, y de acuerdo a los hallazgos de la depresión estudiantil de la I.E Bruning se evidencio que: Los resultados mostraron mayor predominancia en los niveles moderado y grave de la depresión según la escala de medición del instrumento, esto quiere decir, que existe presencia de sintomatología depresiva en casi toda la muestra poblacional, que afecta el normal desenvolvimiento de los adolescentes en sus esferas personal, emocional, afectivo familiar, social y académico; Síntomas que consisten en las dificultades para tomar decisiones, autoestima afectada, desanimo para hacer diferentes actividades cotidianas, irritabilidad, sentimientos de tristeza, percibir su mundo como negativo.

Estos datos coinciden con la investigación de Céspedes (2017) programa de terapia cognitiva conductual en adolescentes y jóvenes depresivos, de diseño experimental, tipo pre experimental, con pre-test y pos-test en un solo grupo,

integrada por 120 participantes cuya muestra fue 60, y se aplicó el inventario de depresión de Beck-II (BDI-II), donde las conclusiones evidenciaron que 60% de los estudiantes mostraba síntomas cognitivo afectivos y somáticos a nivel medio. Sin embargo, la depresión adolescente es cuando el desarrollo biopsicosocial y las funciones mentales se alteran (Ávila y Pachar, 2016). En la misma línea, a nivel psicológico, la depresión se manifiesta a través de estados de infelicidad y abatimiento, transitorios o permanentes (Smith, 2017).

Los hallazgos, a través de Jadán (2017) sustentan, que, en el ciclo de vida, la depresión se correlaciona con la ansiedad, que a su vez se asocian a factores de riesgo, como disfuncionalidad familiar y condición sociodemográfica, que genera vulnerabilidad y problemas psicológicos.

En lo que respecta a las dimensiones de la depresión, se aprecia mayor porcentaje en los niveles moderado y grave. Esto quiere decir, que los adolescentes en el área afectiva presentan sentimientos de abatimiento, irritabilidad y tristeza. En lo motivacional, tienen desánimo para realizar actividades rutinarias como, hacer tareas, disminución del disfrute y deseos de abandonar los estudios. El área cognitiva refleja sentimientos de culpa y pérdida de la autoestima; referente a lo conductual predomina la tendencia a aislarse de los demás y se actúa de forma lenta y finalmente en el área física existe pérdida del apetito y dificultades en el sueño.

Hallazgos similares a lo investigado por Castillo (2016) síntomas depresivos en educandos del nivel secundario de un colegio prestigioso de Lima., cuyo estudio fue descriptivo, participaron 320 estudiantes, 267 hombres y 53 mujeres, con edades entre 11 a 17 años; Se utilizó el inventario de depresión en adolescentes (CDI), y las conclusiones mostraron, 46% de sintomatología depresiva entre las edades de 12 a 14 años y 28% correspondiente entre los 15 a 17 años, correspondientes al nivel moderado, donde se sugirió incluir un especialista en salud mental para evaluar factores de riesgo y ejecutar la prevención de la depresión. Además, se corrobora con el segundo estudio nacional en Colombia, sobre salud y consumo de sustancias psicoactivas donde encuestaron a 25.135 adolescentes, cifras que arrojaron que 25.1% tienen tendencia a deprimirse (Hernández e Iparraguirre, 2020). Por su parte (Clinic, 2018) menciona que la

depresión es un trastorno emocional, donde los signos de tristeza y desmotivación son observables, al no desear realizar actividades, afectando de esta manera los sentimientos, pensamientos y la conducta de los individuos, pudiendo generar también problemas físicos y emocionales.

Es menester, atribuir que el deterioro en las interacciones escolares, predispone al adolescente a desarrollar ciertos síntomas depresivos que de alguna manera los centros escolares deben fomentar habilidades blandas, manejo emocional y prevenir la ansiedad y la depresión (López, 2016). Esto quiere decir que, las Instituciones Educativas pueden desempeñar un rol imprescindible en el abordaje de las necesidades en salud mental a los adolescentes, propiciando el acceso a la atención de manera segura y confiable, para enfrentar los problemas emocionales (Gonzales, 2020).

3.3. Aporte práctico

Datos generales

Título: Estrategia psicoterapéutica cognitiva conductual para prevenir la depresión adolescente de los estudiantes de la I.E. Bruning.

Introducción

El aporte práctico del estudio, se basa en la propuesta de una estrategia psicoterapéutica cognitivo conductual, para abordar desde la prevención la problemática de la sintomatología depresiva en adolescentes, misma que se sustenta en el principio y teoría cognitivo conductual de Beck. Es por ello, la necesidad de presentar la estrategia en mención, ya que la misma está integrada por diferentes técnicas de intervención y se ha comprobado su eficacia en diferentes estudios y en el abordaje de casos con trastornos psicológicos (Navarro, 2018). Así mismo, en los trastornos del estado de ánimo, principalmente en trastornos depresivos, se ha hallado efectos positivos al aplicar la terapia cognitivo conductual, incluso mostrando resultados a largo plazo (Navarro, 2018).

Ante lo señalado, es importante contribuir en la prevención de la depresión adolescente, debido a que esta sintomatología, se traduce a afectar el funcionamiento del individuo afectando las esferas en las que se desempeña; por eso también es prudente conocer, identificar y motivar al educando a adquirir

nuevas formas y estrategias de manejo emocional, que a través de la propuesta podrá adquirir y practicar.

Fundamentación

Con el estudio, a través del proceso estadístico, se logró identificar altos niveles generales de depresión, así como las áreas afectadas por la sintomatología. Esto da a notar, que el propósito de la propuesta psicoterapéutica cognitivo conductual, será disminuir estos indicadores en la población muestral adolescente, desde un enfoque preventivo a través de diferentes técnicas y temáticas planteadas.

Cabe mencionar, que Ortiz (2012), sustenta que a través de las enseñanzas de técnicas psicoterapéuticas como: Manejo de emociones, discusión de opiniones absolutas y querellantes, se promueve atender contra las creencias erróneas, logrando adquirir elecciones cognitivas conductuales prudentes y adecuadas, lo que indica resultados favorables.

Ante lo sustentado, la propuesta presenta 3 etapas: La primera se conceptualizará, en el proceso y funcionamiento de la depresión, abordando pensamientos, a través de diferentes actividades. En la segunda etapa, se pretende generar alternativas que en base al autoconocimiento y a la imagen de sí mismo, se mejore la autoestima y modifique los pensamientos y creencias. Y la última etapa se practicará las técnicas aprendidas, que de alguna manera será un eje preventivo en el educando, para prevenirse de situaciones presentes y futuras, haciendo uso del manejo emocional y las sanas relaciones interpersonales, que desde luego tendrá un óptimo impacto en la salud mental de los estudiantes.

Diagnóstico

Se realizó mediante la observación y entrevistas personalizadas a los estudiantes, donde, se obtuvo desconocimiento acerca de la depresión y el compromiso de la sintomatología para afectar pensamientos y emociones, que se manifiestan a través de las conductas, así también se evidenció dificultades para afrontar situaciones estresantes. Por otro lado, referente al personal docente, se halló limitado manejo de herramientas teóricas y metodológicas, para fomentar valores y autoestima, así como carencia de estrategias de identificación de signos depresivos en estudiantes,

por ende, desconocimiento del área de tutoría. Todo lo manifestado, limita y genera deficiencias para el abordaje preventivo. Es menester expresar que, para la obtención de los datos empíricos se hizo uso de un instrumento psicométrico, que midió la depresión que reflejaron los adolescentes, donde se identificaron indicadores porcentuales en las áreas: Afectivo, motivacional, cognitivo, conductual y físico.

La estrategia psicoterapéutica tiene los siguientes objetivos:

Objetivo general

- Elaborar sesiones, técnicas y acciones para disminuir depresión adolescente en I.E Bruning.

Objetivos específicos

- Lograr que los estudiantes aprendan a identificar el funcionamiento de la depresión.
- Promover en los participantes, la detección de pensamientos y creencias erróneas
- Entrenar a los adolescentes con técnicas psicoterapéuticas, para mejorar el autoconocimiento y autocontrol.
- Facilitar en los educandos, la expresión, confianza y comunicación a nivel personal de las emociones.
- Contribuir con la propuesta psicoterapéutica a mejorar la salud mental de los estudiantes.
- Las sesiones planteadas en la propuesta cognitivo conductual serán de manera preventiva.

Plan de actividades

- Actividades de planificación

Se solicitará la respectiva autorización al Director de la I.E., para la ejecución de la propuesta, luego se organizará con los docentes tutores el desarrollo de las sesiones, que consistirá, en establecer horarios, materiales, entre otros. Por otro lado, para la aplicación de la propuesta, se deberá coordinar con los padres de familia, explicándoles el objetivo del programa en beneficio de sus menores hijos, con el previo consentimiento informado por parte de los progenitores.

- **Actividades de ejecución**

La estrategia psicoterapéutica constará de 12 sesiones, cada una de ellas, ejecutadas de manera semanal, en horario específico y coordinado, teniendo el mismo día, hora y duración, procurando el ambiente apropiado para evitar variables intervinientes.

- **Actividades de evaluación**

La evaluación antes de aplicar la propuesta psicoterapéutica, se llevará a cabo a través del pre test, sin embargo, los logros alcanzados por los adolescentes en el desarrollo de las sesiones, serán la base para ejecutar posteriormente el post test, que de alguna forma permitirá saber el progreso, asimilación y adaptación de los estudiantes ante las nuevas técnicas aprendidas como herramientas de uso cotidiano.

A continuación, la estrategia psicoterapéutica cognitivo conductual se divide en 3 etapas, la primera etapa desde la 1ra hasta la 4ta sesión; La segunda etapa establecida desde la 5ta a 8va sesión y última etapa inicia en la 9na sesión hasta la 12ava, siendo esta el cierre del programa propuesto.

Desarrollo de las sesiones

- **Primera etapa - Identificando mi problemática (Sesión 1-4)**

Sesión	Objetivo	Metodología	Técnica	Materiales	Duración
--------	----------	-------------	---------	------------	----------

<p>Sesión 01: Como me afecta lo que pienso</p>	<p>Establecer las reglas de convivencia</p> <p>Conocer acerca de los pensamientos depresivos</p>	<p>Fase de inicio: Se da la bienvenida, se establecen las reglas de convivencia para el desarrollo de las sesiones. Luego a través de una dinámica de presentación, romper el hielo y propiciar la confianza entre los estudiantes, para luego explicar el tema y dar paso a su desarrollo.</p> <p>Fase de desarrollo: Mediante la técnica de lluvia de ideas, se les pregunta a los estudiantes que conoce o saben acerca de la depresión en las personas, como se presenta, que consecuencias trae consigo, y va anotando en papelotes o en la pizarra.</p> <p>Luego se les explica acerca de que la problemática de la depresión y se pregunta: ¿qué es terapia cognitivo conductual?</p> <p>Utilizando, lo mencionado por los adolescentes mencione lo siguiente: Tristeza, mal humor, poco interés en hacer las cosas, cambio de apetito, problemas para dormir, sentir cansancio, sentimientos de vacío, de culpa, incluso tener ideas o pensamientos de muerte.</p> <p>Después preguntar entonces, ¿por qué nos deprimimos?</p> <p>Fase final: Se empieza con una reflexión acerca de la pregunta anterior y retroalimente, para que ellos se den cuenta de cómo se sienten ante diferentes situaciones de su vida y sobre todo como lo manejan y enfrentan. Luego finalice con la despedida, con un cálido abrazo grupal y motive a los adolescentes para la próxima sesión.</p>	<p>Dinamiza grupal</p> <p>Exposición de información</p> <p>Lluvia de ideas</p>	<p>Ambiente sin distractores</p> <p>Sillas</p> <p>Plumones</p> <p>Papelotes</p> <p>Pizarra</p> <p>Trípticos</p> <p>Copias</p> <p>Proyector</p> <p>Laptop</p>	<p>60 minutos</p>
--	--	--	--	--	-------------------

Sesión	Objetivo	Metodología	Técnicas	Materiales	Duración
--------	----------	-------------	----------	------------	----------

<p>Sesión 02: Lo que pienso afectan mis emociones</p>	<p>Conocernos mejor</p> <p>Aprender cómo afectan los propios pensamientos</p>	<p>Fase inicial: De la bienvenida nuevamente y luego repase con breves preguntas acerca de lo que aprendieron en la sesión 1, emplee por lo menos 10 min aproximadamente</p> <p>Fase de desarrollo: Se da a conocer el objetivo de la sesión y luego se les entrega una hoja (tipo tarjeta), y detrás de las mismas, estarán escritas las palabras del tema a abordar en la sesión, después se les pedirá que volteen las hojas y los que tengas palabras iguales formaran sus equipos, luego se le pedirá que elijan un líder a democracia, para después pasar a la explicación.</p> <p>Una vez formados los equipos hará la siguiente pregunta: ¿qué son los pensamientos?, de acuerdo a las palabras detrás de cada hoja, explique que los pensamientos son ideas que nos decimos a nosotros mismos que tienen un efecto real sobre nuestra mente y cuerpo. Concluye mencionando que, los pensamientos afectan el estado de ánimo.</p> <p>Luego en base a lo explicado, se vuelve a preguntar a los adolescentes ¿cómo crees que suelen pensar las personas con depresión?, y propicie la lluvia de ideas de manera grupal.</p> <p>Fase final: Una vez recogida las opiniones a través del dialogo y debate de todos los equipos, realice un reforzamiento de los explicado y escuchado en la sesión por parte de los adolescentes, luego prepare el cierre de sesión y despídase con un abrazo grupal y mencionado que los espera hasta el próximo encuentro.</p>	<p>Preguntas abiertas</p> <p>Exposición del tema</p> <p>Dialogo grupal</p> <p>Iniciativa y liderazgo en</p> <p>Lluvia de ideas</p>	<p>Ambiente propicio</p> <p>Sillas</p> <p>Proyector</p> <p>Hojas bond</p> <p>Laptop</p> <p>Usb</p> <p>Lapiceros</p> <p>Plumones</p>	<p>60 minutos</p>
---	---	---	--	---	-------------------

Sesión					
--------	--	--	--	--	--

	Objetivo	Metodología	Técnicas	Materiales	Duración
Sesión 03: Mis pensamientos me ayudan a mejorar el ánimo	<p>Conocernos mejor</p> <p>Aprender cómo usar pensamientos positivos para mejorar el estado emocional</p>	<p>Fase de inicio: De la bienvenida, y ejecute la retroalimentación y haga recordar a través de las opiniones personales sobre lo tratado en la sesión 2, para ello tome 10 minutos aproximadamente.</p> <p>Fase de desarrollo: Empiece explicando el ejercicio que va hacer, mismo que a través de su aprendizaje y práctica se pueden manejar las emociones y por ende traer a nosotros los pensamientos positivos.</p> <p>Antes de empezar explique, que cuando nos ponemos nerviosos podemos tomar un descanso y darnos mentalmente un tiempito a nosotros mismos y esto se logra poniendo atención a la habilidad natural del cuerpo.</p> <p>Una vez dicho esto: se le indica a los estudiantes que allí sentados se ponga cómodos y que cierren los ojos.</p> <p>Luego ponga una música de relajación a un volumen prudente</p> <p>Lugo se le indica con tono de voz pausado que respiren lentamente y utilice la imaginación progresiva.</p> <p>Después trabajen los grupos musculares del cuello, hombros, cadera, etc.</p> <p>Y continúe con la técnica de relajación muscular progresiva y la imaginación, siga con la tensión, por lo menos unos 25 minutos aproximadamente.</p> <p>Fase final: Se debe hacer mención de que esta práctica debe realizar en casa entre 3 a 5 veces por semana. Luego concluya mencionando que ellos pueden ser sus propios entrenadores, por ende, ayudarte a ti mismo. Cierra la sesión, no sin antes volver a motivar a los adolescentes a seguir acudiendo a las sesiones programadas y despide con un fuerte abrazo grupal.</p>	<p>Retroalimentación</p> <p>Lluvia de ideas</p> <p>Tareas</p> <p>Relajación</p>	<p>Ambiente propicio</p> <p>Sillas</p> <p>Proyector</p> <p>Hojas bond</p> <p>Laptop</p> <p>Usb</p> <p>Lapiceros</p> <p>Plumones</p> <p>Audios</p> <p>Videos</p> <p>Música</p>	60 minutos

Sesión	Objetivo	Metodología	Técnicas	Materiales	Duración
Sesión 04: Como mis pensamientos me afectan	<p>Conocerlos mejor</p> <p>Aprender a usar más los pensamientos positivos sobre los negativos</p>	<p>Fase inicial: De la bienvenida y brevemente revise sobre el cumplimiento de la tarea relacionada a la sesión 3.</p> <p>Fase desarrollo: Empiece con una dinámica denominada “si no te mueves rápido pierdes”, luego los estudiantes se colocan círculos, cada uno sentado en su respectiva silla, póngase en el medio y diga lo siguiente:</p> <p>He traído.....un mensaje de un cartero para todos, la carta está dirigida a todos los que han traído polo de color azul, entonces los estudiantes que estén vestidos característicamente a como dice la afirmación, tendrán que cambiarse de lugar, mientras que los demás permanecen sentados. Luego decir otra característica, para que los estudiantes vuelvan a moverse, quien se queda sin silla, pierde...</p> <p>Luego iniciamos otra vez explicando sobre los propios pensamientos. Y mencioné que cuando se sientan deprimidos trata de hablarle al pensamiento que te está molestando con otro pensamiento positivo, esto ayudará a que se confronten los pensamientos negativos y se generen pensamientos alternativos de manera positiva.</p> <p>Haga una breve relajación muscular, indique a los adolescentes que se encuentren sentados en una posición cómoda, cerrar ojos, Inhalar y exhalar fuerte y lentamente, así como la sesión anterior, luego indica que se crucen de manos y pies y se colocan las manos en el pecho al momento de inhalar levantar las manos y al exhalar bajarlas. Luego colocar las al costado del compañero y respirar cuatro veces. Ve menciona que esto ayuda a promover pensamientos positivos y disminuir lo negativos, que desde luego mejora el estado emocional.</p> <p>Fase final: retroalimenta preguntando ¿qué aprendimos hoy?, luego cierra la sesión, con abrazos grupales y motiva a los estudiantes hacia</p>	<p>Retroalimentación</p> <p>Lluvia de ideas</p> <p>Tareas</p> <p>Relajación</p>	<p>Ambiente adecuado</p> <p>Sillas</p> <p>Proyector</p> <p>Hojas bond</p> <p>Laptop</p> <p>Usb</p> <p>Lapiceros</p> <p>Plumones</p> <p>Audios</p> <p>Videos</p> <p>Música</p>	60 minutos

		el rumbo de próximo encuentro.			
--	--	--------------------------------	--	--	--

- **Segunda etapa - Aplicando las técnicas aprendidas**

Sesión	Objetivo	Metodología	Técnicas	Materiales	Duración
Sesión 05: Busco actividades que me hacen sentir bien	Aprender a realizar actividades en beneficio emocional para desarrollar conductas adaptativas	<p>Fase de inicio: De la bienvenida y revise la continuidad de las tareas abordadas desde la sesión 3 y 4, luego pida la participación voluntaria y que te explique los pasos de la relajación.</p> <p>Fase de desarrollo: Empiece dando orientaciones y haciendo un recordatorio breve del impacto de los pensamientos positivos en nuestra salud emocional.</p> <p>En la pizarra, mediante los papelotes, mencione que cuando uno se deprime, menos cosas agradables haces. A esto se le llama un “círculo vicioso”, sin embargo, es posible, romper este ciclo, pero pregunta: ¿Cómo crees que lo podemos hacer?</p> <p>De acuerdo a las opiniones, refuerza que una de las maneras de solucionar eso es cuando realizamos actividades agradables como, escuchar música, ver TV, leer un libro, bailar, cantar, entre otros.</p> <p>Luego ejecuta una dinámica para formar grupos, por ejemplo: a cada uno asigne un número, luego los adolescentes que tengan números coincidentes formarán sus equipos. Una vez formado los grupos, ofréceles un papelote, luego cada equipo elaborará una <u>lista de Actividades Agradables.</u></p> <p>Una vez terminada esta actividad, encomiéndala de tarea como un registro diario, luego explícales que de tener algún obstáculo para hacer ciertas actividades agradables. Pregunta, ¿qué obstáculos te podrían impedir hacer actividades agradables?, y reflexionen juntos acerca de la pregunta.</p> <p>Cierre la sesión retroalimentando sobre lo aprendido, que todos se despidan con un</p>	<p>Feedback</p> <p>Retroalimentación</p> <p>Lluvia de ideas</p> <p>Tareas</p> <p>Relajación</p> <p>Dinámica grupal</p>	<p>Ambiente adecuado</p> <p>Sillas</p> <p>Proyector</p> <p>Hojas bond</p> <p>Laptop</p> <p>Usb</p> <p>Lapiceros</p> <p>Plumones</p> <p>Audios</p> <p>Videos</p> <p>Música</p>	60 minutos

		abrazo y motiva a los estudiantes a seguir participando de las sesiones.			
Sesión	Objetivo	Metodología	Técnicas	Materiales	Duración
Sesión 06: Hago actividades agradables y mejoro mi animo	Aprender a realizar actividades positivas para promover el bienestar emocional	<p>Fase inicial: De la bienvenida otra vez, y haga un recuento sobre lo abordado en la sesión 3 y 4, será un breve recordatorio de las técnicas de relajación y su impacto a nivel emocional.</p> <p>Fase de desarrollo: Inicia recordando sobre las actividades agradables. Mencione un ejemplo: Ir a la playa, observar la puesta del sol, jugar fútbol, vóley, cine, leer un libro, hablar con una amiga, en persona o por teléfono, ir al parque, escuchar música, dibujar, pintar, entre otros.</p> <p>Luego exponga diciendo, de lo mencionado, hay ¿alguna actividad que hiciste durante la semana? De acuerdo a las respuestas, haga un balance y encuadre sobre actividades agradables, y explique la temática.</p> <p>Después continúa y dirígete hacia la pizarra y escribe la frase: “Anticipo mis problemas” y para realizar este ejercicio debe considera: ¿Cómo puedo planificar mi tiempo?, ¿cómo puedo empear mis pensamientos para ayudarme a planear lo que quiero hacer? Fomenta la lluvia de ideas y alternativas en el grupo</p> <p>Fase final: Felicita por el empeño y la participación y luego establezcan juntos contrato personal que tendrá una recompensa si se logra todo lo que ha planeado en sus actividades.</p> <p>Posteriormente, cierra la sesión invitando a los adolescentes a acudir motivados a la siguiente sesión y despídanse con un abrazo grupal.</p>	<p>Feedback</p> <p>Retroalimentación</p> <p>Lluvia de ideas</p> <p>Tareas</p> <p>Relajación</p> <p>Dinámica grupal</p>	<p>Ambiente adecuado</p> <p>Sillas</p> <p>Proyector</p> <p>Hojas bond</p> <p>Laptop</p> <p>Usb</p> <p>Pizarra</p> <p>Lapiceros</p> <p>Plumones</p>	60 minutos

Sesión	Objetivo	Metodología	Duración	Materiales	Duración								
Sesión 07: Las actividades positivas que hago, me ayudan a lograr mis metas	Facilitar el compromiso de realizar actividades agradables con frecuentes para promover el alcance de metas	<p>Fase inicial: De la bienvenida y haga un breve resumen de lo abordado y aprendido en la sesión 6</p> <p>Fase de desarrollo: Inicie motivando a los adolescentes y luego haga que todos se coloquen en círculos, para que se observen mutuamente, luego mencione que haremos un juego llamado “que debo llevar a la fiesta”. Indique que tienen 10 segundos para imaginar que van a ir a una fiesta, pero que van a llevar consigo un objeto, el mismo que debe comenzar con la primera letra de su nombre, para esta actividad tienen aproximadamente 8 minutos.</p> <p>Luego, explique el objetivo de la sesión y sustente la pregunta: ¿qué actividades positivas debo hacer para lograr mis objetivos? Fomente la lluvia de ideas y diríjase a la pizarra y vaya anotando las respuestas de los estudiantes.</p> <p>Luego explique que, para lograr objetivos, hay tipos de metas, entre ellas, las metas a corto plazo, las que consisten en alcanzarlas lo más pronto, y las metas a largo plazo, cosas que te gustaría hacer en tu vida, pero que debes ser constante y dedicarle mucho tiempo para lograrla. Después pida al grupo que escriban sus metas en base a un cuadrante siendo:</p> <table border="1" data-bbox="432 1458 997 1771"> <thead> <tr> <th>Metas no claras</th> <th>Metas claras</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Estar menos aburrida</td> <td>Pasar 3 horas por semana leyendo un libro</td> </tr> <tr> <td>Ser buena amiga</td> <td>Estudiar 2 horas cada día</td> </tr> <tr> <td>Subir de notas</td> <td>Practicar un instrumento musical los días sábados durante 4 horas.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Menciona, si enfocarse en cumplir metas ayudaría a superar la depresión o quizás no caer en ella.</p> <p>Fase final: Cierre la sesión, haciendo la despedida a través de un abrazo de grupo y felicita a todos por su participación y haz una</p>	Metas no claras	Metas claras	Estar menos aburrida	Pasar 3 horas por semana leyendo un libro	Ser buena amiga	Estudiar 2 horas cada día	Subir de notas	Practicar un instrumento musical los días sábados durante 4 horas.	Feedback Retroalimentación Lluvia de ideas Tareas Relajación Dinámica grupal	Ambiente adecuado Sillas Proyector Hojas bond Laptop Usb Pizarra Lapiceros Plumones	60 minutos
Metas no claras	Metas claras												
Estar menos aburrida	Pasar 3 horas por semana leyendo un libro												
Ser buena amiga	Estudiar 2 horas cada día												
Subir de notas	Practicar un instrumento musical los días sábados durante 4 horas.												

		breve retroalimentación de lo adquirido.				
Sesión	Objetivo	Metodología	Técnicas	Materiales	Du	
Sesión 08: Cumplir mis metas, es la clave de mi felicidad	Promover el mantenimiento de las actividades positivas para cumplir metas personales	<p>Fase de inicio: De la bienvenida al grupo de estudiantes y haga una breve retroalimentación sobre lo aprendido en la sesión 7.</p> <p>Fase de desarrollo: Inicia con la dinámica denominada “busca a tu pareja”, indica a todos los estudiantes que empiecen a caminar por todo el ambiente y cuando digas “stop”, se acercarán al compañero más cercano y empezarán uno de ellos, empezara hacer preguntas al otro respecto a cómo le fue en su semana, luego se invierten los roles, luego seguirán caminando, hasta decir otra vez “stop” y se juntarán con otra pareja e iniciarán nuevamente preguntas.</p> <p>Luego voluntariamente se llama a una pareja para que comparta como se sintieron al respecto. Después el facilitador se dirigirá a la pizarra y les preguntará a todos ¿Qué tipos de pensamientos pueden haberle ocurrido a su compañero durante su semana?, se fomenta la lluvia de ideas y se practica la identificación de pensamientos aprendidos en sesiones anteriores.</p> <p>Posteriormente una vez abordada la temática, haces énfasis sobre la importancia de continuar con las actividades positivas que ya han aprendido a establecer y manejar y que también es fundamental que lo sigan aplicando a su vida.</p> <p>Puedes ejecutar, una breve relajación, acompañado de imaginación para reforzar lo aprendido.</p> <p>Fase final: Cierra la sesión a través de abrazos motivadores y felicita a los adolescentes por haber llegado hasta esta instancia del programa.</p>	<p>Feedback</p> <p>Retroalimentación</p> <p>Lluvia de ideas</p> <p>Tareas</p> <p>Relajación</p> <p>Dinámica grupal</p>	<p>Ambiente adecuado</p> <p>Sillas</p> <p>Proyector</p> <p>Hojas bond</p> <p>Laptop</p> <p>Usb</p> <p>Pizarra</p> <p>Lapiceros</p> <p>Plumones</p>	m	

- Tercera etapa - Superando la depresión a través de lo aprendido.

Sesión	Objetivo	Metodología	Técnicas	Materiales	Duración
<p>Sesión 09: A través de nuestras amistades experimentamos felicidad y tranquilidad</p>	<p>Identificar como el contacto con los demás puede afectar mi estado anímico</p>	<p>Fase inicial: De la bienvenida a todo el grupo de adolescentes y juntos hagan un repaso de lo tratado en la sesión 8</p> <p>Fase de desarrollo: Indique a los estudiantes que desde sus sillas se recuesten boca arriba y con los ojos cerrados, inicie centrando la respiración, para propiciar un estado de relajación en el grupo. Luego a través de la imaginación, deben sentir y ver como su respiración fluye por todo su cuerpo, trataremos de enfocarnos en que esa fluidez empiece por tus pies, y poco a poco vaya recorriendo todas las partes de tu cuerpo, hasta sentirlas en el rostro. Una vez, concluida la exploración, dígalos que tomen conciencia acerca de lo que sintieron y percibieron.</p> <p>Haga esta pregunta de forma abierta fomentando así la discusión: ¿La depresión es la que causa que las personas sean menos sociables?, fomente la lluvia de ideas. Una vez anotada las respuestas en la pizarra, realice el ejercicio denominado “Mi red de apoyo”. Luego reparta a cada estudiante una hoja de cualquier tipo geométrica y que, en el centro de la figura, escriban a la persona o personas que consideren su red de apoyo, es decir a quienes consideren sus verdaderos amigos.</p> <p>Luego explicarles que para mantener estas interacciones interpersonales deben cumplirse 2 criterios, saber comportarse y comunicarse con los demás de manera asertiva. Después sustente que ser asertivo, significa ser capaz de decir las cosas positivas y negativas sin sentirte mal, diciendo lo que se piensa amablemente con seguridad y tono de voz adecuado, que desde luego ayuda a mantener una relaciona amical y a resolver problemas.</p> <p>Fase final: Cierre la sesión despidiéndose del grupo y nuevamente emplee el abrazo como una acción de afecto grupal, reforzando la autoestima</p>	<p>Feedback</p> <p>Retroalimentación</p> <p>Lluvia de ideas</p> <p>Tareas</p> <p>Relajación</p> <p>Dinámica grupal</p>	<p>Ambiente adecuado</p> <p>Sillas</p> <p>Proyector</p> <p>Laptop</p> <p>Usb</p> <p>Pizarra</p> <p>Lapiceros</p> <p>Plumones</p> <p>Hojas bond de varias formas geométricas</p>	<p>60 minutos</p>

		de todos.			
--	--	-----------	--	--	--

Sesión	Objetivo	Metodología	Duración	Técnicas	Duración
Sesión 10: Mis relaciones interpersonales afectan mi estado de ánimo	Continuar promoviendo el contacto saludable con los demás en beneficio emocional	<p>Fase inicial: De la bienvenida a los estudiantes y comenten a manera de opiniones lo aprendido en la sesión 9.</p> <p>Fase de desarrollo: Motive a los estudiantes, felicitándolos por su participación todo este tiempo en las sesiones, luego a cada uno repártale una cartulina del tamaño de una hoja bond. Y dícales que realizarán la dinámica denominada “como soy”, luego imaginarán que la cartulina es ellos mismos y que dentro de ella escribirán todo lo positivo que tienen en base a estos enunciados como:</p> <p>Me gusta de mí..... Estoy seguro de..... Me gusta hacer..... Me encanta que.....</p> <p>Posteriormente cada estudiante expresará el resultado de su actividad y reflexionará acerca de la imagen y concepto de sí mismo.</p> <p>Por consiguiente, explique que esa manera de ser que ha plasmado en la actividad ¿cómo afectaría sus relaciones sociales? Pero para ello, hay que identificar también nuestros sentimientos cuando estamos con otras personas, ya que eso no puede ayudar a evaluar y a reconocer como nos sentimos y que preferencias, y gustos tenemos, incluso ayuda a tomar buenas decisiones referente a la búsqueda de amistades.</p> <p>Haga recordar el uso de la estrategia asertiva y que el propósito de examinar los pensamientos, los conceptos de sí mismo, ayudan a mantener relaciones sociales saludables, que de alguna manera esto facilita manejar mejor las emociones y prevenirnos ante las dificultades, sabiéndolas afrontar.</p>		<p>Ambiente adecuado</p> <p>Sillas</p> <p>Proyector</p> <p>Laptop</p> <p>Usb</p> <p>Pizarra</p> <p>Lapiceros</p> <p>Plumones</p> <p>Cartulinas</p>	60 minutos

		Fase final: Cierre la sesión con un abrazo grupal y motive a los adolescentes a acudir a la próxima sesión.				
Sesión	Objetivo	Metodología	Técnicas	Materiales	Duración	
Sesión 11: Los amigos que tengo, me ayudan a manejar mi depresión.	Examinar pensamientos y sentimientos, para mejorar las acciones con los demás	<p>Fase inicial: De la bienvenida y haga un recuento de lo tratado en la sesión 10.</p> <p>Fase de desarrollo: Se les pide a todos los estudiantes que sentados, cierren sus ojos y se pongan lo más cómodos y luego realice la técnica denominada “4,7,8”, indique que deben colocar la punta de la lengua en el paladar, luego inhale contando hasta cuatro por la nariz, después retenga la respiración contando hasta siete y luego vaya liberando el aire retenido de manera suave contando mentalmente hasta 8. Vuelva a repetir los pasos indicados de 3 a 6 veces durante el día y de 4 a 8 veces por semana.</p> <p>Luego, pida al grupo que cierren los ojos y que piensen en una situación con alguna persona que se les haya hecho difícil establecer una comunicación, luego pídale que imaginen que tienen una fotografía con aquella persona, luego que imaginen que esa fotografía cobra vida y que se empiece a comunicar con la persona y finalmente que imagine que es lo que le pudieron haber respondido.</p> <p>Explicarles que existen 3 pasos para poder solucionar ciertos problemas con los demás: Paso 1: Decir lo me puede molestar. Paso 2: Decir cómo me siento. Paso 3: Decir lo que pienso.</p> <p>Reforzar mencionando que pensando diferente, las emociones acerca de uno mismo y hacia los demás pueden cambiar y mejorar, así podemos</p>	Retroalimentación Lluvia de ideas Tareas Dinámica grupal Relajación Respiración	Ambiente adecuado Sillas Proyector Laptop Usb Pizarra Lapiceros Plumones	6 min	

		mantener amistades saludables.			
		Fase final: Cierra la sesión con un abrazo, y despide al grupo de estudiantes.			

Sesión	Objetivo	Metodología	Técnicas	Materiales	Duración
Sesión 12: Por salud mental, las buenas amistades deben cultivarse (Cierre del programa)	Incentivar a continuar aplicando las enseñanzas a la vida cotidiana	<p>Fase inicial: De la bienvenida a los estudiantes a esta última sesión del programa y revise brevemente todas las tareas encomendadas a lo largo de todo este tiempo.</p> <p>Luego pide que te comenten cada uno sus experiencias sobre todo lo trabajado durante el programa y que en una hoja plasmen aquellas actividades ejecutadas y aquellos en lo que deben seguir mejorando en función de todo lo aprendido.</p> <p>Fase de desarrollo: Expresa con mucho entusiasmo que, el contacto con otras personas es importante para la salud mental y emocional y eso también es lo que se ha aprendido todo este tiempo. Luego realice una técnica de relajación, primero pida que se sienten cómodamente, luego que cierren los ojos, tomen una profunda y larga respiración y que exhalen lentamente, después que lo repitan 10 veces y que cuando lleguen a ese número, habrá los ojos lentamente.</p> <p>Continúe y aborde el objetivo de la sesión reafirmando lo saludable de cultivar las relaciones con otras personas y que nunca acaban de conocer personas. Mencionarles también que el ambiente social, ayuda a ser una buena persona y que también se puede ser alguien positivo para otros.</p> <p>Manifieste diciéndoles que hasta aquí hemos llegado, respecto a las sesiones y que todo lo aprendido deberán llevarlo y</p>	Retroalimentación Relajación Respiración	Ambiente adecuado Sillas Proyector Laptop Usb Diplomas	60 minutos

	<p>aplicarlo siempre a sus vidas para superar problemas cotidianos.</p> <p>Fase final: Se hará entrega de diplomas de participación a cada estudiante.</p> <p>Por último, finaliza la sesión agradeciendo la participación de todo el grupo y felicítalos por los logros adquiridos.</p>			
--	--	--	--	--

3.3.1. Validación y ejemplificación del aporte práctico

La propuesta psicoterapéutica se validó a través del juicio de expertos, contando con tres profesionales magister en psicología con amplias experiencias en el área clínica y educativa. Los psicólogos sometieron a evaluación los diferentes indicadores de la ficha de validación, evaluaron los criterios e indicadores correspondiente con sus puntajes y resultados respectivos.

Tabla 05 Cuadro de validación por criterio de especialista

ESPECIALISTAS											Observaciones Sugeridas
CRITERIOS EVALUADOS	ESPECIALISTA 01			ESPECIALISTA 02			ESPECIALISTA 03				
	INDICADORES										
	1	2	3	1	2	3	1	2	3		
	D	R	B	D	R	B	D	R	B		
Pertinencia			X			X			X	-	
Coherencia			X			X			X	-	
Congruencia			X			X			X	-	
Suficiencia			X			X			X	-	
Objetividad			X			X			X	-	
Consistencia			X			X			X	-	
Organización			X			X			X	-	
Claridad			X			X			X	-	
Formato			X			X			X	-	
Estructura			X			X			X	-	
Coefficiente de validez	1			1			1				
Resultado	Validez buena			Validez muy buena			Validez muy buena			Sin observaciones	

Fuente elaborado por la Autora

En dicha validación, calificaron por unanimidad con un valor correspondiente a más de 70%, obteniendo un coeficiente de validez de 1.0, dando como resultado una validez muy buena, lo cual quiere decir que el aporte cumple con los criterios considerados. (ver anexo 05).

IV. CONCLUSIONES

El sustento cognitivo conductual, permitió elaborar la propuesta basada en una estrategia psicoterapéutica, la misma que cuenta con la metodología apropiada y coherente a la realidad problemática de la población estudiantil, para su respectivo abordaje a nivel preventivo.

Al identificar el estado actual de la depresión en adolescentes, se halló mayor predominio en los niveles moderado y grave, dichos porcentajes reflejan que se debe actuar rápida y oportunamente, interviniendo de manera preventiva.

Los datos hallados, permitieron crear la propuesta cognitivo conductual.

Referente al análisis epistemológico se logró contrastar teorías, técnicas y métodos de enfoque cognitivo conductual, que se emplean para el abordaje de la sintomatología depresiva en adolescentes, y de acuerdo a hallazgos previos se ha demostrado que los resultados han sido favorables.

Finalmente, la propuesta psicoterapéutica, fue validada por expertos, los mismos que palmaron su conformidad con los criterios de medición para su posterior aplicabilidad.

V. RECOMENDACIONES

Aplicar posteriormente la propuesta basado en una estrategia psicoterapéutica cognitiva conductual para prevenir la depresión en adolescentes y probar sus efectos.

Capacitar a los docentes acerca de la detección temprana de los trastornos emocionales y de esta manera se establezcan acciones encaminadas a su abordaje en coordinación con el servicio de psicología de la I.E.

Realizar seguimiento del porcentaje de casos identificados, y ejecutar acciones encaminadas a fortalecer habilidades sociales y manejo de emociones a través de talleres psicoeducativos y prácticos, con el objetivo de disminuir la incidencia de problemas socioafectivos y del estado de ánimo en los adolescentes.

VI. REFERENCIAS

- Abello, D., Cortés, O., Barros, O., Osorio, S. y Solano, D. (2014). *Prevalencia de depresión infantil en colegios de Barranquilla*. Tesis para obtener el título de Licenciado. Universidad Los Libertadores, Bogotá, Colombia. Consultado en: <http://www.redalyc.org/pdf/1390/139031679015.pdf>
- Acevedo, A. (2014). *Adaptación e implementación de un tratamiento cognitivo conductual para la fobia social*. Tesis de Maestría en Psicología. Universidad Católica de Colombia. Bogotá, Colombia. Obtenido de <http://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2079/1/Tesis%20Astrid%20Acevedo.pdf>
- Anastasi, A. (1978) *Test psicológicos* (3ª ed., y 4ª reimpresión). Recuperado de http://www.joveneslideres.org/becas-y-capacitacion?gclid=EAIaIQobChMI_KtpYzh1QIVnY2zCh3kygnSEAAAYASAAEgIEi_D_BwE
- APA. (1969). *Asociación Psiquiatrica Americana*. Obtenido de <https://www.apa.org/centrodeapoyo/>
- American Psychological Association (2010) APA. *Diccionario conciso de psicología*. México: Editorial El Manual Moderno
- American Psychological Association (2010b) *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association*. México: Editorial El Manual Moderno
- Arango, C., Romero, I., y Hewitt, N. (2018). *Trastornos psicológicos y neuropsicológicos en la infancia y la adolescencia*. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibsipansp/reader.action?docID=5635090&query=ansiedad%2Ben%2Badolescentes>
- Azargoon, H., Motlaq, M., y Dareke, M. (2013). *Efectividad de un entrenamiento familiar y de la habilidades de la vida en el cuidado de pacientes crónicos con enfermedad mental en una población Iraní.*, 5(1).
- Aguilar, C. (2017). *Funcionamiento familiar según el modelo circumplejo de Olson en adolescentes tardíos*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Cuenca.
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., y Vázquez, C. (2006). Depresión. *Guías Clínicas 2006*. 6(11). Recuperado de: <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>

- Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, N. y Jiménez, M. (2016). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56012878005>
- American Psychiatric Association. (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM-IV (4th ed.). Barcelona: Masson.
- Arenas, S. (2009), *Relación entre funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Arequipeno, F., y Gaspar, M. (2017). *Resiliencia, felicidad y depresión en adolescentes de 3ro a 5to del nivel secundario de instituciones educativas estatales del distrito de Ate Vitarte, 2016*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana Unión.
- Ávila, M. y Pachar, M. (2016). *Relación entre conductas autolesivas, ansiedad y depresión en adolescentes, una guía enfocada desde el modelo Cognitivo conductual*. Tesis previa a la obtención del título de Psicóloga clínica. Universidad del Azuay. Ecuador. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/5553/1/11882.pdf>
- Álvarez, M., Atienza, G., Canedo, C., Castro, M., y Combarro, J. (2011). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. España: Tórculo Artes Gráficas, S.A.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Quinta Ed.)*. Virginia, Arlington: American Psychiatric Association.
- Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNyA). (2008). *Autolesiones. Protocolos de la Sociedad Española de Psiquiatría infantil de la AEP*. 206-215.
- Bacigalupi, M. (2019). *ESalud*. Obtenido de <https://www.esalud.com/pruebas-psicometricas/>
- Beck. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Desclée de Brouwe.
- Beck, A. (2006). *Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires: Paidós.
- Beck, A., y Clark, A. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée de Brouwer.

- Bedrosian, R. (1981). *The application of cognitive therapy techniques with adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Bernal, (2010) *Metodología de la Investigación: Administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Colombia. Pearson Educación. Tercera Edición.
- Bologna, E. (2010) *Estadística en psicología Tomo II*. 1ra edición. Argentina: Brujas.
- Borrero, J. (2018). *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en estudiantes de 9 a 15 años del I.E.E. Ricardo Palma de Surquillo*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Caro, I. (2007) *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Editorial Descleé de Brouwer. Bilbao.
- Carranza, R. (2011). *Propiedades psicométricas de inventario de Beck para universitarios de Lima*. Tesis para optar el título en psicología. Lima, Perú: Universidad Peruana Unión.
- Cabrejos, S. (2020). *Estrategia cognitiva conductual para mejorar la calidad de vida en los Pacientes con migraña. Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo*. Tesis para optar el grado académico de Maestra en Psicología clínica. Universidad Señor de Sipan. Obtenido de <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/6899/Cabrejos%20Soifer%20Sonia%20Del%20Carmen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Caballo, V. y Salazar, I. (2018). *La autoestima y su relación con la ansiedad social y las habilidades sociales*. *Psicología Conductual*, 26(1), 23-53. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/2023384990?accountid=39560>
- Castillo, W. (2014). *La depresión causa el 80% de suicidios en el Perú, pero no es atendida*. Obtenido de Perú21: <https://peru21.pe/lima/depresion-causa-80-suicidios-peru-atendida-183854>
- Céspedes, L. (2017). *Aplicación de un programa de terapia cognitiva conductual en adolescentes y jóvenes con depresión provenientes de la Universidad Privada San Juan Bautista*. Tesis para optar el grado de Maestra en terapia cognitiva conductual d los trastornos psicológicos y psiquiátricos. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima. Perú. Obtenido de http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2533/MAEST_TE

RAP_COGNI_TRANS_PSICOL%20c3%93_PSIQUIA_LIDIA%20CESPEDES%20VASUQUEZ.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Cisneros, S. y Mantilla, M. (2016). *Depresión y ansiedad en niños de Colegios Estatales del Distrito de Chorrillos*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología. Universidad Ricardo Palma, Lima. Perú. Obtenido de http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/858/cisneros_ds-mantilla_rm%5B1%5D.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Clinic, M. (2018). *Mayo Clinic*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>

Cols, D. (1972). *Contribution à l'étude du suicide des adolescentes*. Hygiène Mental.

Chunga, N. y Pomacino, D. (2019). *Resiliencia y depresión en adolescentes de 3ro a 5to de nivel secundario de la Institución Educativa Julio C. Tello, Ate Vitarte*. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Norbert Wiener. Obtenido de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2750/TESIS%20Chunga%20Nelsy%20-20Pomacino%20Denny.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ellis, A. y. (2005). *Terapia racional emotiva*. Mexico: Pax.

Flores, M. (2016). *Es esto timidez o ansiedad social*. *Daily Herald; Arlington Heights, Ill.* Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1768567401?accountid=39560>

García, S. (2018). *Efectividad de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en jóvenes con depresión*. *Hospital Nacional Arzobispo Loayza*. Lima. Tesis para optar el grado académico de Maestro en terapia cognitiva conductual en los trastornos psicológicos y psiquiátricos. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Perú. Obtenido de http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2382/T_MAES_TERAP.COGLNI.TRANS.PSICOLO.PSIQUIA_GARCIA%20CARBAJAL%20c%20Susana%20del%20Rosario.pdf?sequence=2&isAllowed=y

García, A. (2016). *La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de México*. Tesis para obtener el Título de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Obtenido de http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis_alma_garcia.pdf

- García, J. (2010). *La depresión*. Obtenido de Psicoterapeutas.com: <https://www.cop.es/colegiados/M-00451/depre.htm>
- García, J. Palazón, P. (2010). *Afronta tu depresión*. España: Desclée de Brouwer.
- García, A. I. A. (2014). *Evaluación de un programa de prevención de la ansiedad en adolescentes*. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 1(1), 53-60.
- Gonzales, F. (2007) *Instrumentos de evaluación psicológica*. Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf
- Gómez, O., Casas, C., y Ortega, R. (2016). *Ansiedad social en la adolescencia: factores psicoevolutivos y de contexto familiar*. Psicología Conductual, 24(1), 29-49. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1784859107?accountid=39560>
- Hamilton, J. y otros (2016). *The Temporal Sequence of Social Anxiety and Depressive Symptoms Following Interpersonal Stressors During Adolescence*. Journal of abnormal child psychology, 44(3), 495–509. doi:10.1007/s10802-015-0049-0
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010) *Metodología de la investigación*. 5ta Edición. México, DF: Mc-Graw Hill. Interamericana Editores
- Hernández, R; Fernández, C y Baptista, M (2014) *Metodología de la investigación*. 5ta edición. México: McGrawHill.
- Hernández, M. (2010). *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso*. Tesis para obtener el Título de Licenciada en psicología. Universidad Autónoma del Estado de México. Obtenido de <https://amapsi.org/Imagenes/TratamientoCognitivoDepresion.pdf>
- Hernández, J. e Iparraguirre, G. (2020). *Funcionalidad familiar y depresión en un grupo de adolescentes de una institución Educativa del Distrito de Baños del Inca - Cajamarca*. Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para optar el Título profesional de Licenciado en Psicología. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Perú. Obtenido de <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1262/TESIS%20-%20Funcionalidad%20Familiar%20y%20Depresi%3%b3n....pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hurlock (2013). *Psicología de la adolescencia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

- Ingram y Scott (1990) *Siete supuestos básicos de la terapia cognitivo conductual*. Recuperado de <https://www.mentesabiertas.org/terapia-psicologica/terapia-cognitivo-conductual/asociacion-psicologia-madrid>
- Jadán, C. (2017). Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del Colegio de febrero de la Ciudad de Loja, Tesis previa a la obtención del Título de Médico general. Universidad Nacional de Loja. Ecuador. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19702/1/Cristina%20Yasmin%20Jad%C3%A1n%20L%C3%B3pez.pdf>
- Lineamientos para atención del intento de suicidio en adolescentes (2018). Programa Nacional de la Salud integral en la adolescencia (PNSIA) y el Programa Nacional de Patologías mentales severas y prevalentes de Argentina Obtenido de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000879cnt-2018-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf>
- López, D. (2016). Depresión en estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca. Tesis presentada para optar el Título profesional de psicología. Universidad Peruana Unión, Juliaca. Perú. Obtenido de https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/643/Denyi_Tesis_bachiller_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Manrique, O. (2016). *Efectividad de un Programa Cognitivo-Conductual en la inteligencia emocional y resolución de problemas en estudiantes de Psicología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega*. Tesis para optar el grado de Maestra en Terapia Cognitiva-Conductual de los Trastornos Psicológicos y Psiquiátricos. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima, Perú.
- Martínez, V. (2006). La depresión en la adolescencia: Estudio de una muestra en alumnos de la zona sur de Madrid Capital. Consejo general de la psicología en España. Infocop online. Obtenido de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=961
- Mayo, C. (2019). *Depresión en adolescentes*. Obtenido de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/teen-depression/symptoms-causes/syc-20350985>
- MINEDU (2017) *Ministerio de Educación MINEDU Perú*. Obtenido de <http://www.minedu.gob.pe/n/noticia.php?id=42630>

- Muñoz, R., Aguilar, S. y Guzmán, J. (2007). Manual de tratamiento para la terapia cognitiva conductual de la depresión. Adaptación para adolescentes Puertorriqueños, basado en el Manual de Terapia de grupo para el tratamiento cognitivo conductual
- National institute of mental Health (2016). Social Anxiety Disorder: More Than Just. Recuperado de Shyness <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/social-anxiety-disorder-more-than-just-shyness/index.shtml>
- Ñaupas, H. (2015) *Justificación e Importancia*. Recuperado de <http://disenoprojectotesisdueed.blogspot.pe/2011/07/ejemplo-de-justificacion-e-importancia.html>
- Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa, E. y Villagómez, A. (2011) *Metodología de la Investigación Científica y Asesoramiento de Tesis*. (2° Edición). Lima: Centro de Producción Editorial
- Oblitas, (2013). *Psicoterapias contemporaneas*. Mexico: CENGAGE Learning.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Depresión. Obtenido de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Depresión Datos y Cifras. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depressio>
- Organización Panamericana de la salud (2018). Salud Mental en Adolescentes. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?Option=com_content&view=article&id=14152:30-de-octubre-salud-mental-en-adolescentes&Itemid=42050&lang=es
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es
- Organización Mundial de la Salud (2015). Conmemorando el Día mundial de la prevención del suicidio. Obtenido de <http://www.unmsm.edu.pe/noticias/ver/dia-prevencion-suicidio-sep-2015>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Ortiz, A. (2012). *Aplicación de la terapia cognitiva de beck para el tratamiento de depresión en un grupo de adolescentes de 12 a 15 años del instituto tecnico superior gran colombia de la ciudad de quito de octubre 2011 a enero 2012*. Obtenido de Repositorio Universidad Internacional del Ecuador: <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/485/1/T-UIDE-0451.pdf>
- Sánchez, F. y Sánchez, G. (2017). *Depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de Instituciones Educativas Publicas secundaria de Menores N° 60027 y N° 6010227 San Juan Bautista*. Tesis para optar el Título profesional de Licenciadas en Psicología. Universidad Científica del Perú. Obtenido de <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/275/S%C3%81NCHEZ-S%C3%81NCHEZ-1-Trabajodepresi%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Polaino, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.
- Piox Anzueto, J. (Enero de 2016). *Repositorio Universidad Rafael Landívar*.
- Ramon, W. y Montero, M. (2016). *Niveles de depresión en escolares de una Institución Educativa Nacional en Pampas, Tayacaja, Huancavelica*. Tesis para optar el Título profesional de Psicólogo. Universidad Peruana Los Andes. Obtenido de http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/147/Martha_Montero_Walter_Ramon_Tesis_Titulo_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Reynolds, W. (2004). *Depresión en adolescentes. Un problema contemporáneo y sus perspectivas*.
- Rodríguez, V. (2020). *Estrategia psicoterapéutica basada en la desensibilización sistemática para tratar la ansiedad social en adolescentes de una Institución Educativa*. Tesis para optar el grado académico de Maestra en Psicología clínica. Universidad Señor de Sipan, Chiclayo. Perú Obtenido de <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/6898/Rodr%C3%ADguez%20Gonzales%20Vanessa%20Sof%C3%ADa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ruiz, A., Diaz, I. y Villalobos, A. (2012) *Manual de Técnicas de Intervención cognitivo conductuales*. Biblioteca de psicología. Editorial Desclée De Brouwer. ISBN: 978-84-330-2535-7
- Sausa, M. (03 de Febrero de 2018). Perú 21. *Menores ocupan el 70% de atenciones en salud mental*, págs. <https://peru21.pe/peru/cifras-salud-mental-peru-menores-ocupan-70-atenciones-infografia-394376>.

- Segal, Z., Williams, J. y Teasdale, J. (2008) *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena, un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Nuevas psicoterapias. Editorial Desclée De Brouwer.
- Smith, Y. (2017). *Terapia cognitiva conductual aplicada en adolescentes con depresión*. Tesis presentada como uno de los requisitos para obtener el grado de Magister en psicología clínica. Universidad de Panamá. Obtenido de <http://up-rid.up.ac.pa/1335/1/yesel%20smith.pdf>
- Thomas, S. (2015). *Allelic Variation of Risk for Anxiety Symptoms Moderates the Relation Between Adolescent Safety Behaviors and Social*. Anxiety Symptoms. Journal of psychopathology and behavioral assessment, 37(4), 597–610. Doi:10.1007/s10862-015-9488-8
- Vásquez, C. (2018). *Depresión y ansiedad: de los trastornos afectivos al suicidio*. Obtenido de La República: <https://larepublica.pe/sociedad/1350480-depresion-ansiedad-trastornos-afectivos-suicidio>
- Vásquez, F. (2014). *La depresión causa el 80% de suicidios en el Perú, pero no es atendida*, págs. La depresión causa el 80% de suicidios en el Perú, pero no es atendida.
- Wolberg. (1977). *The technique of psychotherapy*. New York: Gruñe & Stratton.

ANEXOS

ANEXO N° 01

AUTORIZACIÓN PARA EJECUTAR LA INVESTIGACIÓN

AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dirección del Colegio Bruning, ha sido INFORMADO DETALLADAMENTE, sobre el proceso de Evaluación, y fines que corresponde como parte de la investigación realizada por la Psicóloga

GASTULO FALEN LISBETH CARMEN DELIA

Bajo la asesoría y supervisión del Especialista de Investigación Dr. Pedro Carlos Pérez Martinto, docente asesor de la asignatura "Investigación II", de la Escuela de Post Grado de la Universidad Señor de Sipán

Como señal de conformidad firma el presente consentimiento informado.

15 de junio del 2019



ANEXO N° 02

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Nombre y Apellidos del estudiante: Gastulo Falen, Lisbeth Carmen Delia

Nominación de la Maestría: Psicología Clínica

Línea de Investigación: Ciencias de la vida y cuidado de la salud humana

MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	PROBLEMA	POSIBLES CAUSAS	OBJETO ESTUDIO	OBJETIVOS	CAMPO DE ACCIÓN	TÍTULO DE LA INV.	HIPÓTESIS	VARIABLES	TÉCNICAS O MÉTODOS	INSTRUMENTOS
<p>-Desmotivación por realizar sus actividades académicas, como de atención a las sesiones de clases.</p> <p>-No quieren acudir al colegio, manifestando ficticios dolores musculares.</p> <p>-Refieren algunos docentes escuchar comentarios de Estudiantes que no quieren vivir, sin embargo, no genera preocupación institucional al no considerarlo como factor importante en el avance académico.</p> <p>-Falta de adaptación de manuales diagnósticos dificultad ayudar a identificar las señales de depresión escolar.</p>	<p>Insuficiencia en el manejo y prevención de la depresión en los estudiantes de la institución educativa Bruning, limita el manejo adecuado de las emociones.</p>	<p>-No existen estrategias ni programas reconocidos de prevención de la depresión en nuestra región de Lambayeque</p> <p>-Insuficiencia en cuanto a investigaciones referentes a la depresión adolescente.</p> <p>-No existe monitoreo en cuanto a los casos registrados de esta problemática.</p>	<p>Procesamiento de la prevención de la depresión</p>	<p>GENERAL:</p> <p>-Elaborar una estrategia psicoterapéutica de enfoque cognitivo conductual para prevenir la depresión en adolescentes de una Institución educativa de Chiclayo.</p> <hr/> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>-Fundamentar epistemológicamente el proceso de depresión en estudiantes adolescentes.</p> <p>-Diagnosticar el estado actual de los adolescentes referente a la incidencia del proceso de depresión.</p> <p>-Elaborar etapas, sesiones, contenidos, actividades y metodologías a emplear en el diseño de la estrategia psicoterapéutica cognitivo conductual en beneficio hacia la prevención de la depresión.</p> <p>-Validar la propuesta a través del juicio por</p>	<p>Dinámica del proceso para la prevención de la depresión</p>	<p>ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA BRUNING</p>	<p>Si se elabora una estrategia psicoterapéutica basada en lo cognitivo conductual entonces se tratará adecuadamente la depresión en adolescentes de la Institución Educativa Bruning.</p>	<p>INDEPENDIENTE:</p> <p>Estrategia psicoterapéutica cognitiva conductual</p> <hr/> <p>DEPENDIENTE:</p> <p>Prevenir la depresión en adolescentes</p>	<p>Observación directa</p> <p>Método del test</p> <p>Criterio de Especialistas</p>	<p>Inventario de Depresión de Beck – IDE II</p>

criterio de expertos.

ANEXO N° 03 - A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES	OBJETIVOS
		Primera etapa	✓ Conceptualización del proceso y la observación	Pensamientos (Sesiones 1-4) • Sesión 1: Como me afecta lo que pienso • Sesión 2: Lo que pienso afecta mis emociones • Sesión 3 Mis pensamientos me ayudan a mejorar el ánimo. • Sesión 4 Como mis pensamientos me afectan	Entrenar al adolescente para ser mejor observador de su conducta. Para lo cual es importante redefinir el problema presente en términos de relación pensamiento-afecto-conducta
	Para Beck (1979) las técnicas cognitivo conductuales para abordar la	Segunda etapa	✓ Generar alternativas	Actividades (Sesiones 5-8) • Sesión 5 Busco actividades que me	

<p>V_i:</p> <p>Estrategia psicoterapéutica basado en la terapia cognitivo conductual</p>	<p>depresión se hace uso de la asignación de tareas para casa, esto ayudar a modificar los pensamientos y creencias disfuncionales</p>	<p>hacen sentir bien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesión 6 <p>Hago actividades agradables y mejoro mi animo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesión 7 <p>Las actividades positivas que hago, me ayudan a lograr mis metas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesión 8 <p>Cumplir mis metas, es la clave de mi felicidad</p>	<p>Explicación de técnicas conductuales y cognitivas, para ayudar al adolescente a desarrollar pensamientos y conductas alternativas, así como adaptativas.</p>
	<p>Tercera etapa</p>	<p>✓ Mantenimiento, generalización y prevención de recaídas</p> <p>Relaciones interpersonales (Sesiones 9-12)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesión 9 <p>A través de nuestras amistades experimentamos felicidad y tranquilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesión 10 <p>Mis relaciones interpersonales afectan mi estado de animo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesión 11 <p>Los amigos que tengo, me ayudan a manejar mi depresión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesión 12 <p>Por salud mental, la buenas amistades deben cultivarse (Cierre del programa)</p>	<p>Consolidar, mantener y generalizar los cambios logrados y disminuir la probabilidad de recaídas, mediante la atribución de los logros terapéuticos al trabajo del adolescente, sobre la base de sus tareas para casa.</p>
		<p>Instrumentación</p>	<p>Se aplicará a quienes cumplan con los criterios de inclusión, apto para estudiantes con características depresivas. La propuesta, tiene 12 sesiones y serán ejecutadas</p>

semanalmente durante 3 meses y por semana. El tiempo de duración de cada sesión será de 60 minutos, las mismas que se ejecutarán en la I.E.

Evaluación

Pre-test: Aplicación del Cuestionario de Beck, para medir la depresión. Post-evaluación: De acuerdo a resultados, se propone una estrategia cognitivo conductual para la prevención de la depresión en adolescentes.

ANEXO N° 03- B

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TECNICAS	INSTRUMENTO
V _d : Depresión	Área afectiva	Tristeza Culpa Llanto Irritabilidad	1,5,10,11	No depresión	Inventario de Depresión de Beck IDE - II
	Área motivacional	Insatisfacción Ideas suicidas	4,9	0-9	
	Área cognitiva	Pesimismo Frente al futuro Sensación de Fracaso Expectativa de Castigo Auto disgusto Indecisión Auto imagen deformada	2,3,6,7,13,14,20,8	Leve 10-18 Moderado	

	Preocupaciones somáticas Auto acusaciones.		19-29
Área conductual	Alejamiento social Retardo para trabajar Fatigabilidad	12,15,17	Grave
Área física	Perdida de sueño Pérdida de apetito Pérdida de peso Perdida de deseo sexual	16,18,19,21	30

ANEXO N° 04

Inventario de Depresión de Beck

(BDI-II)

Nombre:.....Edad:..... Sexo.....

GradoFecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención 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 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1. Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2. Lloro por cualquier pequeñez.
- 3. Siento ganas de llorar, pero no puedo.

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 propias 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 tan 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 apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

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.
- 4 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 5 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

ANEXO 05 - A

Anexo

FICHA DE VALIDACIÓN
DEL APORTE

I. INFORMACION GENERAL

I.1. Nombres y apellidos del validador: Juan Francisco Sarmiento Rivera
 I.2. Cargo e institución donde labora: Docente - Pimentel, I. UCV Chiclayo

Nombre de la propuesta a evaluar: **ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA BRUNING - PIMENTEL**

I.3. Autor de la Propuesta: **Lisbeth Carmen Delia GASTULO FALEN**

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Revisar cada uno de los ítems del instrumento y marcar con un aspa 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	La estrategia posibilita transformar lo previsto en los objetivos de investigación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• COHERENCIA	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONGRUENCIA	Cada parte de la estrategia es congruentes entre si y con los conceptos que se miden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• SUFICIENCIA	Las etapas de la estrategia son suficientes en cantidad para transformar la práctica expresada en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• OBJETIVIDAD	Cada una de las etapas posibilita contrastar los comportamientos y acciones observables, que serán modificadas según el diagnóstico fáctico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONSISTENCIA	Las partes de la estrategia se han formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• ORGANIZACIÓN	Las etapas y sesiones de la estrategia han sido elaboradas secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CLARIDAD	Las etapas o sesiones de la estrategia están redactados en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• FORMATO	Cada una de las partes o sesiones de la estrategia que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

ANEXO 05 - A

	para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).				
• ESTRUCTURA	La estrategia gerencial cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
CONTEO TOTAL					
(Realizar el conteo de acuerdo a puntuaciones asignadas a cada indicador)		C	B	A	Total

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

Coefficiente de validez: $\frac{A + B + C}{30}$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL

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

Mgtr. Juan Francisco Sarmiento Rivera



ANEXO 05 - B

FICHA DE VALIDACIÓN DEL APOORTE

I. INFORMACION GENERAL

- I.1. Nombres y apellidos del validador: Juan Luis Rodríguez Vega
 I.2. Cargo e institución donde labora: Docente Universidad Pedro Ruiz Gallo
 I.3. Nombre de la propuesta a evaluar: ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA BRUNING
 I.4. Autor de la Propuesta: Lisbeth Carmen Delia Gastulo Falen

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Revisar cada uno de los ítems del instrumento y marcar con un aspa 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	La estrategia posibilita transformar lo previsto en los objetivos de investigación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• COHERENCIA	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONGRUENCIA	Cada parte de la estrategia es congruentes entre si y con los conceptos que se miden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• SUFICIENCIA	Las etapas de la estrategia son suficientes en cantidad para transformar la práctica expresada en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• OBJETIVIDAD	Cada una de las etapas posibilita contrastar los comportamientos y acciones observables, que serán modificadas según el diagnóstico fáctico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONSISTENCIA	Las partes de la estrategia se han formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• ORGANIZACIÓN	Las etapas y sesiones de la estrategia han sido elaboradas secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CLARIDAD	Las etapas o sesiones de la estrategia están redactados en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• FORMATO	Cada una de las partes o sesiones de la estrategia que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

ANEXO 05 - B

	mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).				
• ESTRUCTURA	La estrategia gerencial cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
CONTEO TOTAL					
(Realizar el conteo de acuerdo a puntuaciones asignadas a cada indicador)		C	B	A	Total

Coefficiente de validez:

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

III. CALIFICACIÓN GLOBAL

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

JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ VEGA

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



FICHA DE VALIDACIÓN DEL APOORTE
--

I. INFORMACION GENERAL

I.1. Nombres y apellidos del validador: Alex Saucedo Uriarte

I.2. Cargo e institución donde labora: Psicólogo Jornada Escolar Completa

I.3. Nombre de la propuesta a evaluar: **ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA BRUNING**

I.4. Autor de la Propuesta: Lisbeth Carmen Delia Gastulo Falea

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Revisar cada uno de los ítems del instrumento y marcar con un aspa 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	La estrategia posibilita transformar lo previsto en los objetivos de investigación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• COHERENCIA	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONGRUENCIA	Cada parte de la estrategia es congruentes entre si y con los conceptos que se miden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• SUFICIENCIA	Las etapas de la estrategia son suficientes en cantidad para transformar la práctica expresada en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• OBJETIVIDAD	Cada una de las etapas posibilita contrastar los comportamientos y acciones observables, que serán modificadas según el diagnóstico fáctico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONSISTENCIA	Las partes de la estrategia se han formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• ORGANIZACIÓN	Las etapas y sesiones de la estrategia han sido elaboradas secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CLARIDAD	Las etapas o sesiones de la estrategia están redactados en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• FORMATO	Cada una de las partes o sesiones de la estrategia que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

ANEXO 05 – C

	mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).				
• ESTRUCTURA	La estrategia gerencial cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
CONTEO TOTAL					
(Realizar el conteo de acuerdo a puntuaciones asignadas a cada indicador)		C	B	A	Total

Coefficiente de validez:

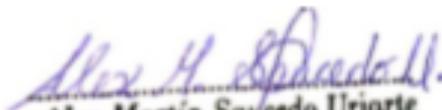
$$\frac{A+B+C}{30}$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL

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

ALEX SAUCEDO URIARTE

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


Alex Martín Saucedo Uriarte
 MG. EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA
 C.Ps.P N° 23881

ANEXOS N° 06

Instrumento Psicométrico

Nombre	: Inventario de Depresión de Beck – II (BDI-II)
Autor	: Aaron Temkim Beck
Procedencia	: Española
Propósito	: Medir la depresión.
Administración	: Administrado de manera individual o grupal
Tiempo	: 10 – 15 minutos
Ámbito de aplicación	: Adultos y Adolescentes de 13 años a más.

Indicadores : Conformado por 5 áreas y 21 categorías:

Área Afectiva: Tristeza, Sentimientos de Culpa, Predisposición para el llanto, Irritabilidad.

Área Motivacional: Insatisfacción, Ideas Suicidas.

Área Cognitiva: Pesimismo Frente al futuro, Sensación de Fracaso, Expectativa de Castigo, Auto disgusto, Indecisión, Auto imagen deformada, Preocupaciones Somáticas, Auto acusaciones.

Área Conductual: Alejamiento Social, Retardo para trabajar, Fatigabilidad.

Área física: Pérdida de Sueño, Pérdida de apetito, Pérdida de peso y pérdida del deseo sexual.

Calificación:

Puntuación Nivel de depresión

1-13.....Mínimo

14-19.....Leve

20-28.....Moderado

29-63.....Grave

ANEXOS N° 07

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Universidad Señor de Sipán **Investigadora:** Gastulo Falen, Lisbeth
Carmen Delia

Título: ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA
PREVENIR LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA BRUNING

Hola, soy estudiante de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Señor de Sipán. Actualmente se está realizando un estudio para desarrollar una estrategia psicoterapéutica cognitiva conductual para prevenir la depresión en los adolescentes, espero que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en contestar las preguntas que se te harán a continuación por escrito.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporciones/ las mediciones que realicemos nos ayudarán a poder diagnosticar la depresión en los adolescentes.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar”

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓)

Sí quiero participar

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: (padre, madre o tutor)
