

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de Suficiencia Profesional

Síntomas depresivos en adolescentes que asisten al Centro Obstétrico Preventivo El  
Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho

Para optar por el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Presentado por:

Autora: Bachiller Mannheim del Pilar Dolorier Lizana

Lima - Perú

2019

## DEDICATORIA

A mi dios por ser el soporte y la mano amiga que me levanta cuando estoy cayendo.

A mi hija, por enseñarme cada día a superar mis obstáculos, por ser mi fortaleza, aquella que necesita mi alma; a mi familia por todo el apoyo que yo como hija, madre, hermana, mujer y esposa necesito y necesitaré.

## AGRADECIMIENTO

A Dios, por enseñarme a ser fuerte, a levantarme y continuar a pesar de mi escasa fortaleza, a mi hija y mi esposo por ser mi columna, apoyo y orgullo.

## PRESENTACIÓN

Señores del comité examinador y evaluador:

Dando cumplimiento a normas y reglamentos de la oficina de grados y títulos de la facultad de Psicología y trabajo social de la universidad Inca Garcilaso de la Vega, les presento mi trabajo de investigación titulado “*Síntomas depresivos en adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar del distrito de san Juan de Lurigancho*”, con el objetivo de Determinar el nivel de síntomas depresivos en adolescentes, el mismo que se ciñe a la modalidad de curso de suficiencia profesional, para optar por el Título Profesional de Licenciado en Psicología.

Atentamente.

Autora: Bachiller Mannheim del Pilar Dolorier Lizana

## INDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Presentación	iv
Índice	v
Índice de tablas	viii
Índice de Figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	xii
CAPÍTULO I	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1. Descripción de la realidad problemática	14
1.2. Formulación del problema	17
1.2.1. Problema principal	18
1.2.2. Problemas específicos	18
1.3 . Objetivos	18
1.3.1. Objetivo general	18
1.3.2. Objetivos específicos	18
1.4 . Justificación e importancia	19
CAPITULO II	21
MARCO TEÓRICO	21
2.1. Antecedentes	21
2.1.1. Antecedentes Internacionales	21
2.1.2. Antecedentes Nacionales	23
2.2. Bases teóricas	27
2.2.1. Reseña histórica de la depresión	27
2.2.2. La depresión	28
2.2.3. Tipos de depresión	32
2.2.4. Causas de la depresión	34
2.2.5 Teorías de los síntomas depresivos	35
2.3. Definiciones conceptuales	37

CAPÍTULO III	40
METODOLOGÍA	
3.1. Tipo de investigación	40
3.2. Diseño de investigación	40
3.3. Población y muestra	41
3.4. Identificación de las variables y operacionalización	42
3.5. Técnicas e instrumentos de evaluación	44
3.6. Determinación de la validez y confiabilidad del constructo	45
3.6.1. Baremos	45
CAPITULO IV	47
PROCESAMIENTO, PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS	47
4.1. Presentación de los resultados generales	47
4.2. Presentación de los resultados específicos	48
4.3. Procesamiento de los resultados	51
4.3. Análisis de los resultados	52
4.5. Conclusiones	55
4.6. Recomendaciones	56
CAPITULO V	57
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	
5.1. Nombre del programa: ¡¡ me veo bien, me siento bien y me ven bien!!	57
5.2. Justificación	
5.3. Delimitación de objetivos	
5.3.1. Objetivos generales	
5.3.2. Objetivos específicos	
5.4. Sector al que se dirige	57
5.5. Establecimiento de conducta problema	58
5.6. Metodología de la Investigación	
5.7. Recursos y materiales utilizados	58
5.7.1. Recurso humano	
5.7.2. Recurso noble	
5.7.3. Material mobiliario	58
5.7.4. Material de escritorio	58

5.7.5. Costo de material de escritorio	59
5.9. Sesiones y/o Actividades	61
5.10 Referencia bibliográfica	74
Anexos	83
Anexo 1. Matriz de consistencia	84
Anexo 2. Carta de autorización para evaluar	85
Anexo 3. Galería de Fotografías	86
Anexo 4. Prueba psicométrica	88
Anexo 5. Formulario de autorización y consentimiento informado	89
Anexos del programa	
Anexo 1. Preguntas respecto a los videos	90
Anexo 2. Encuesta de satisfacción	91
Anexo 3. Rompecabezas y varios	92
Anexo 4. Fichas de frases incompletas	94
Anexo 5. Mi futuro en un año	94
Anexo 6. Folio de palabras	95

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Matriz de operacionalización de la variable	43
Tabla 2.	Baremos de interpretación de la variable	45
Tabla 3.	Interpretación de las escalas de los baremos	46
Tabla 4.	Datos sociodemográficos de las pacientes atendidas en el centro obstétrico preventivo el pilar de San Juan de Lurigancho, según la edad.	47
Tabla 5.	Nivel general de síntomas de depresivos en adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho.	48
Tabla 6.	Nivel de síntomas depresivos, según la dimensión disforia, en adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho.	49
Tabla 7.	Nivel de síntomas depresivos según la dimensión autoestima negativa o autodesprecio, que presentan las adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar del distrito de san Juan de Lurigancho.	50

## ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1. Datos sociodemográficos de las pacientes atendidas en el centro obstétrico el pilar de San Juan de Lurigancho, según la edad 47
- Figura 2. Nivel general de síntomas de depresivos en adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho. 48
- Figura 3. Nivel de síntomas depresivos, según la dimensión disforia, en adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho. 49
- Figura 4. Nivel de síntomas depresivos según la dimensión autoestima negativa o autodesprecio, que presentan las adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar del distrito de san Juan de Lurigancho. 50

## RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo general determinar el nivel de síntomas depresivos en adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho, la muestra fue censal y estuvo compuesta por 50 adolescentes entre 12 a 19 años, los mismos que fueron evaluados con el Inventario de depresión infantil CDI de Kovacs y Beck, adaptado por Chauca, J., (2017).

El tipo de investigación fue descriptiva, de diseño no experimental-corte transversal y de enfoque cuantitativo. Los resultados ubicaron a los evaluados en un nivel moderado (84%) de presencia de síntomas depresivos. Así mismo, en lo que respecta a sus dos dimensiones, estado de ánimo disfórico (disforia) obtuvo un nivel moderado de 74% y autoestima negativa (autodesprecio) obtuvo un 66% nivel moderado. Concluyendo que, esto se debe a la influencia del factor genético, ambiental y personal, así como también a la (triada cognitiva de Beck) visión negativa que tiene el individuo de sí mismo, del mundo y del futuro.

**Palabras claves:** *Depresión, síntomas depresivos, Disforia, Estado de ánimo disfórico, Autoestima negativa o autodesprecio.*

## ABSTRACT

The objective of this research study was to determine the level of depressive symptoms in adolescents attending the El Pilar preventive obstetric center in the district of San Juan de Lurigancho. The sample was census-based and was composed of 50 adolescents between 12 and 19 years old, which were evaluated with the Childhood Depression Inventory CDI of Kovacs and Beck, adapted by Chauca, J., (2017).

The type of research was descriptive, non-experimental design-cross section and quantitative approach. The results placed those evaluated at a moderate level (84%) of the presence of depressive symptoms. Likewise, in regard to its two dimensions, dysphoric mood (dysphoria) obtained a moderate level of 74% and negative self-esteem (self-depreciation) obtained a 66% moderate level. Concluding that, this is due to the influence of the genetic, environmental and personal factor, as well as Beck's (cognitive triad) negative view of himself, the world and the future.

**Keywords:** *Depression, depressive symptoms, dysphoria, dysphoric mood, negative self-esteem or self-depreciation.*

## INTRODUCCIÓN

La Depresión es un periodo de grandes cambios como lo es la adolescencia. Esta es una etapa de desarrollo y de síntomas depresivos comunes en niños y mujeres. En los últimos años se ha observado un aumento del número de adolescentes con síntomas depresivos. Uno de los instrumentos más utilizados en la detección de sintomatología depresiva es el Inventario Infantil CDI de Kovacs y Beck y el inventario de Depresión de Beck.

La depresión o melancolía es una alteración del estado de ánimo, de severidad y duración variables, con frecuencia recurrente, y que suele acompañarse de una serie de síntomas mentales y físicos que atañen al pensamiento, a la motivación y al juicio. Estos síntomas si perduran y cumplen ciertos cuadros clínicos, pasan a convertirse en trastornos psiquiátricos. En la actualidad es el más frecuente, esto quiere decir que el 25% de la población padece, al menos una vez en la vida, una depresión. En España las cifras ascienden a dos millones de sujetos depresivos.

La probabilidad de sufrir una depresión leve en las mujeres es dos veces mayor que en los hombres, y en las mujeres embarazadas es el doble, no obstante, incrementa aún más si son adolescentes, sin embargo, si hablamos de depresión grave y depresión recurrente, estas afectan tanto a hombres como a mujeres por igual, si mencionamos el estado civil, podemos concluir que en personas casadas es menos frecuente que en las solteras

Es importante, en primer lugar, reconocer que es una enfermedad. Aunque la mayoría de los casos son leves, alrededor de una de cada 20 personas presentará un

episodio moderado o grave. La depresión grave afecta al 4% de la población. Además, uno de cada 50 pacientes con depresión requerirá tratamiento hospitalario y hasta el 15% de los pacientes terminan suicidándose.

Es necesario mencionar que el impacto personal y social que ocasiona la depresión, son el aislamiento, la estigmatización social, el ausentismo laboral y complicaciones derivadas (alcohol, drogas, suicidio, etc.), tanto los pacientes como sus familiares son víctimas de los estragos de enfermar, al soportar la dureza de una tristeza y desesperanza que afecta a todos. Se desconoce la causa precisa de esta enfermedad. Se sabe que en la predisposición a la depresión existen un importante componente genético y algunos condicionantes vitales estresantes. Ciertas enfermedades físicas juegan un papel en la precipitación y en el mantenimiento de la enfermedad, mediante mecanismos bioquímicos y fisiológicos. En la depresión, se combinan los siguientes elementos.

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. Descripción de la realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud OMS, (2018), la depresión es un trastorno mental, su duración es intensa, moderada a grave o crónico como el episodio maniaco, es frecuente en los tiempos actuales afecta a más de 300 millones de personas (causa sufrimiento y altera actividades laborales escolares y familiares) en el mundo, siendo la principal causa de discapacidad y morbilidad general, la mujer es la más afectada. Aproximadamente 800,000 personas se suicidan cada año y es la segunda causa de muerte en el mundo entero en edades de 15 a 29 años.

Así mismo, podemos afirmar que la depresión es el resultado de antecedentes depresivos, factores sociales adversos (desempleo, luto, traumas, etc.), psicológicos y biológicos. Si llega a generar estrés o disfunción empeora la vida de quien la padece y de quienes lo rodean.

Es sabido que existen tratamientos, que no todos lo reciben, pero que si se accede a (programas de prevención, de ejercicio físico, promover pensamiento positivo en niños y adolescentes, reducir síntomas depresivos en los padres mejoran los resultados en sus hijos) a tratamientos psicológicos de activación, terapia cognitiva, psicoterapia conductual medicamentos antidepresivos como inhibidores de recaptación y se logra conseguir la ayuda esta será eficaz.

El Instituto Seleni (citado por Makhijani, 2017), informa sobre la depresión que afecta a un 20% de madres y en adolescentes es casi es doble. Factores como la

responsabilidad de cuidar a un bebé a temprana edad, el sistema de apoyo precario, embarazos no deseados, o sufrir una enfermedad mental, esos casos hacen que el desorden anímico se incremente, en comparación con aquellas que no lo padecen.

Infobae (2016), canal de noticias online de Argentina informa que los jóvenes de este milenio son frágiles y más a las emociones, viven abrumados por problemas de otros sumado a ellos los propios. Los especialistas señalan que en la actualidad muchos jóvenes atraviesan momentos angustiantes y este fenómeno va en aumento desde el 2012 y no distingue clase social ni género.

La OMS (2015), citado por diario el Tiempo (2015), brinda los resultados globales sobre depresión como un problema de salud pública. En países como Brasil la prevalencia de depresión fue de 5.8%, Cuba 5,5%, Paraguay 5,2%, Chile y Uruguay 5%, Perú 4.8%, Argentina Costa Rica, Colombia, y República Dominicana 4.7%. Así mismo el informe detalla que los grupos vulnerables son jóvenes, mujeres embarazadas y ancianos jubilados. Este trastorno de no deja de expandirse y va en aumento actualmente llegó al 18.4% en lo que va del 2005 al 2015, se piensa que para el 2020 la enfermedad será la más frecuente en el mundo por encima de los problemas cardiovasculares y el cáncer

Además, la OMS recalca que existen tratamientos eficaces, pero los obstáculos como los recursos, personal no capacitado, evaluación errónea y la estigmatización, logra que la mitad de los afectados no la reciben.

El Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de Chile, citado por Jadresic, (2014), informa que alrededor del 30% de embarazadas sufre síntomas de depresión y los que alcanzan los criterios diagnósticos son cercanos al 10% cifras similares a las de otros países. Los factores de riesgo perinatal son el deficiente apoyo social, la discordia marital

y el embarazo no deseado. Estos cuadros depresivos son similares a los ocurridos en otras épocas de la vida. Los síntomas cardinales son el desánimo por actividades que eran antes de interés, deterioro de la autoestima, labilidad emocional, irritabilidad y desconcentración, incluso puede presentarse rechazo o ambivalencia en relación con su embarazo si este no es planificado, la angustia puede darse por asumir la responsabilidad en el nuevo rol de madre o creer que no se aporta en el bienestar del bebé.

El Instituto Nacional de Salud Mental Noguchi, (2014) informa a través de su director Castillo, que la depresión es una enfermedad mental que tiene tratamiento y se puede controlar, este problema de salud mental se agrava (conducir al suicidio) cuando toma el control de la persona, refiere además que altos niveles (agentes químicos cerebrales que no se pueden manejar si sus niveles aumentan) de cortisol, serotonina neurotransmisores dopamina noradrenalina y pueden tratarse si se regulan los agentes con medicación y terapia psicológica (aceptación, expresar emociones, pensamientos positivos y actividad física), el control de los síntomas se logra cumpliendo el tratamiento.

Así mismo según sus estudios epidemiológicos dos millones de personas tendrían algún problema depresivo y solo el 10% acuden a tratamiento, además del 100% de casos el 80% están asociados a la depresión. Los estudios en 2012, revelaron que la cuarta parte de la población adulta en lima presentó alguna vez un tipo de trastorno de salud siendo la depresión el más frecuente con un 17.3%, así mismo, en el Callao 12 personas de cada 100 tiene problemas de depresión y en lima son siete.

Así mismo, se calcula que 1.3 millones en edades de 15 a 19 años son mujeres y un alto riesgo a presentar sintomatología depresiva por presiones parentales, amicales, estrés conflictos personales y de adaptación por la edad y decisiones que tomaran por las expectativas que hay para su vida, así mismo la prevalencia encontrada del 29.5% en

depresión, fue la edad, horas de estudio, la agresión sexual y agresión fue lo que se asocia, al desarrollo de la sintomatología depresiva. El identificar tempranamente estos factores de riesgo contribuirá a reducir (suicidios, consumo de sustancias y persistencia de desórdenes depresivos en la edad adulta) esta patología en la familia y sociedad.

Sausa, M, (2018), citado en Perú 21, informa que las menores ocupan el 70% de atenciones en salud mental, uno de cada cinco niños es vulnerable y requiere ayuda (depresión con ideas suicidas). La ciencia avanza y los trastornos tienen nombre, entonces los casos aumenten. MINSA, citado en Perú 21, (2018) revela que en 31 centros de salud mental comunitarios se atendieron casi dos millones de personas, donde el 70% son menores de 18 años.

OMS, citado en López, M., (2018) en RPP noticias la mitad de las enfermedades mentales comienzan antes de los 14 años. El Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado señala que en el Perú el 6% de la población mayor de 15 años tiene un episodio depresivo al año.

Así mismo el abandono de la salud mental en jóvenes presenta sus efectos con un problema en concreto: según la OMS, en el mundo existen más de 300 millones de personas con depresión. En 2005 y el 2015 este registró un incremento mundial de hasta 18%. En tal sentido se optó por investigar el tema de la depresión en menores.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problemas generales**

¿Cuál es el nivel de síntomas depresivos en adolescentes que asisten al Centro Obstétrico preventivo el Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuál es el nivel de Síntomas depresivos según la dimensión disforia, en adolescentes que asisten al Centro Obstétrico preventivo el Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho?
- ¿Cuál es el nivel de síntomas depresivos según la dimensión autoestima o autodesprecio, en adolescentes que asisten al Centro Obstétrico preventivo el Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo General**

- Determinar el nivel de síntomas depresivos en adolescentes que asisten al Centro Obstétrico preventivo el Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Determinar el nivel de síntomas depresivos, según la dimensión disforia, en adolescentes que asisten al Centro Obstétrico preventivo el Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho.
- Determinar el nivel de síntomas depresivos, según la dimensión autoestima o autodesprecio, que presentan las adolescentes que asisten al Centro Obstétrico preventivo el Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho.

### **1.3. Justificación e importancia**

Hoy la depresión es un problema de salud pública mundial, las investigaciones nacionales e internacionales demuestran que se ha identificado a la etapa adolescente como el inicio del desarrollo de los síntomas depresivos y por ello son vulnerables ante esta enfermedad mental. Las causas o factores que influyen en la salud mental depresiva de las adolescentes, conllevan a un riesgo para conservar el buen juicio e integridad de la persona.

En la etapa que atraviesa el adolescente, con cambios en la personalidad, muchas veces rebeldía y otras con problemas familiares o sentimentales, influye para caer en crisis de depresión que a larga perjudicara su normal desenvolvimiento y desarrollo. Por tal sentido, se considera una problemática de interés social y de salubridad, que merece una atención especial y dedicarle un estudio más profundizado.

Los resultados de la presente investigación servirán para que la sociedad, familia y escuela pongan más énfasis a la detección de síntomas depresivos en adolescentes a través de las interconsultas psicológicas periódicas si se presume que exista algún síntoma de depresión en el familiar adolescente (hijos enfermos padres enfermos), incluso en el mismo adulto.

Contar con un soporte es esencial para las adolescentes diagnosticadas, sin embargo, la realidad en los centros de salud es otra, contratar con más de un profesional psicólogo no solo en los centros de salud, sino también en los colegios o centros de estudio (Profesional de la salud mental).

Los aportes teóricos sobre los síntomas depresivos, plasmados en descripciones de modelos, características, dimensiones, entre otros; conforma un aporte para ampliar los

conocimientos existentes y que nutre el conocimiento humano. Además, los nuevos conocimientos científicos serán una fuente enriquecida para tratar los trastornos depresivos futuros.

Desde el punto de vista práctico y beneficioso para todos (niñas y adolescentes) los que se atienden en el Centro obstétrico preventivo El Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho, ya que, de acuerdo a los resultados, ellos serán participes de un programa de intervención que tendrá la finalidad de mejorar y dar solución a los síntomas depresivos en adolescentes.

Desde el punto de vista metodológico, las técnicas, procedimientos estadísticos e instrumentos utilizados en el presente estudio constituyen un aporte, puesto que, al tener validez y confiabilidad, contribuirá instrumentalmente en futuras investigaciones, permitiendo diagnosticar los síntomas depresivos en niños y adolescentes

Con las implicancias desarrolladas se busca contribuir y mejorar los síntomas depresivos en niños y adolescentes, porque un diagnóstico precoz permitirá un tratamiento adecuado en tiempo real (emergencia) y brindar el acceso inmediato a la interconsulta, atención, orientación, soporte, terapia, tratamiento y seguimiento de calidad en los hospitales, centros o postas de salud, con ello se prevendrá que la depresión se amalgame con otras enfermedades y se agrave la situación.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

Los antecedentes son estudios realizados antes de la actual investigación y guardan relación con el tema a investigar, los cuales servirán para analizar y comparar los resultados posteriormente.

##### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

Ramírez, B. (2018) en Guatemala presenta su tesis *“Incidencia de depresión en adolescentes de 12 a 14 años “*, cuyo objetivo fue determinar la incidencia de depresión en adolescentes de 12 a 14 años de la escuela mixta. Su tipo de estudio fue descriptivo, estuvo compuesta por 148 estudiantes de los cuales 74 eran féminas. En la investigación se usó el inventario de depresión infantil CDI, adaptado al español por Mengana (2013). La conclusión fue, que las mujeres tienen diferencia significativa de mayor presencia de depresión en la dimensión disforia y mayor promedio de depresión en la dimensión autoestima.

Ávila, A. (2013) En Ecuador presenta su tesis *“Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole-Isis”*, cuyo objetivo es identificar niveles de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas. El estudio fue no experimental de tipo correlacional, contó con una muestra de 52 adolescentes. Utilizaron como técnica de recolección de datos a la entrevista y la encuesta. Su conclusión fue, que un 48 % procede de familias

disfuncionales y bajo nivel educativo que al no contar con el apoyo familiar (abandonadas) durante la detección o proceso de embarazo estas, padecen llanto constante y tristeza frecuente, síntomas que son más altos en adolescentes que adultos.

Jadan, C., (2017), en Ecuador presentó su tesis “*Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del Colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja*” y tuvo como objetivo conocer los factores de riesgo que conllevan a la depresión en adolescentes de 14 a 16 años de un colegio de la ciudad de Loja. Su estudio fue descriptivo transversal de enfoque cuantitativo. Se aplicó el test de Zung en una población de 266 adolescentes. La conclusión fue que en un 65.75%, categoría prevalente de depresión donde las mujeres son 1.5 más depresivas que los hombres, esto quiere decir que la depresión está asociada a factores socioeconómicos, edad, género, y hábitos como alcohol, tabaco y drogas.

Arrom, C., Ruoti, M., Samudio, M., Orue, E., (2015), en Paraguay sustentaron su tesis “*Sintomatología depresiva en embarazadas víctimas de abuso sexual*”, cuyo objetivo fue determinar la presencia de sintomatología depresiva en embarazadas víctimas de abuso sexual que acudieron a control pre natal en Centros de Atención de Alto Paraná. El estudio fue descriptivo, de corte trasversal, de carácter cuantitativo. La muestra fue de 1049 mujeres de cuatro hospitales públicos. Como instrumento se utilizó un cuestionario anónimo que incluyó la Escala de Tácticas de Conflicto de Gelles y Straus. Estableciendo como conclusión que un 61% al 93 % sufren violencia física y psicológica de tipo emocional, durante el embarazo esto quiere decir que la depresión se debe a la subordinación, sumisión, miedo y dominio de su pareja, por el trauma del que fue víctima.

Martínez, P. y Waysel R. (2009), realizaron una investigación sobre “*Depresión en adolescentes embarazadas*”, cuyo objetivo fue determinar los diferentes niveles de depresión en adolescentes embarazadas, dependiendo de la edad a la que se embarazaron y del apoyo recibido de familiares y amigos. El estudio fue no experimental, descriptivo y exploratorio; la muestra estudiada consistió en 100 mujeres, 50 de las cuales eran menores de 18 años y se encontraban embarazadas, mientras que las 50 gestantes eran mayores de edad en el mismo estado, a quienes se aplicó un instrumento diseñado ex profeso para este estudio. Los resultados indican que aquellas adolescentes que tenían carencias económicas padecían depresión, así como las no tenían una relación de pareja (síntomatología grave). En conclusión, se determinó que la mayoría de las mujeres que contaban con apoyo materno tendían a desarrollar depresión leve, lo cual es altamente significativo.

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

Olivero, D, (2017), en su tesis “*Acoso escolar y depresión en estudiantes de secundaria de un colegio estatal de los Olivos 2016*”, cuyo objetivo fue identificar la relación entre acoso escolar y depresión entre estudiantes de secundaria. La investigación fue descriptiva de diseño no experimental de tipo correlacional, con una población de 305 estudiantes de 11 a 17 años, a quienes evaluó con el cuestionario de intimidación y maltrato entre iguales (CIMEI) y el inventario de depresión infantil (CDI). Los resultados muestran que el 48,9% presenta un rango muy alto en la dimensión disforia y un 36,1% bajo en la dimensión autoestima negativa, sin embargo, el nivel total de depresión es un rango muy alto con 50%, esto quiere decir que la depresión está relacionada a factores familiares, y al desinterés de apoyarlas cuando son maltratadas.

Zapata, G. (2016), en Trujillo sustentó su tesis *“Depresión y sentido de la vida en alumnos de una institución educativa nacional de Trujillo”*, tuvo como objetivo encontrar el grado de correlación entre la variable depresión y el sentido de vida en alumnos de una institución educativa nacional de Trujillo. La investigación fue descriptiva no experimental correlacional, su muestra estaba compuesta de 250 adolescentes de 14 a 16 años, a quienes se les aplicó el inventario de depresión infantil de Kovacs CDI y el Lootest de Elizabeth Lukas. En las conclusiones se determinaron que existe un 74,8% de adolescentes que presentan síntomas depresivos en niveles mínimos, moderados y graves, esto quiere decir que la depresión está relacionada a factores de regulación emocional, porque no hallan sentido a su existencia experimentando frustración y manifiestan desesperanza y pocas expectativas hacia el futuro

Ávila C. y Espinoza J., (2015), Exponen su tesis *“Indicadores de depresión en niños de 4to a 6to de primaria en la ciudad de Huancayo”*, con el objetivo de identificar en que medidas se presentan los indicadores de la depresión infantil en niños de cuarto a sexto grado de primaria y observar las diferencias de la presencia de síntomas depresivos entre los grados según sexo, su investigación fue descriptiva de tipo cuantitativa y diseño no experimental y transversal en una muestra de 416 alumnos a quienes se le aplicó el cuestionario CDI de Kovacs. Sus conclusiones fueron que el 26% presentan síntomas de manera mínima, 24% moderado y 2% de manera severa o marcada intensidad de depresión. Refieren que el estado de ánimo disfórico es un predictor de la depresión infantil, así mismo los niveles altos los tiene el sexo masculino.

Castillo, S. (2016), en su tesis *“Presencia de síntomas depresivos en adolescentes del colegio Rosenthal de la fuente de Madalena del Mar 2016”*, el objetivo de

determinar la presencia de síntomas depresivos en alumnos de secundaria del Colegio Salesiano Rosenthal de la Puente. Su estudio fue de tipo descriptivo observacional de diseño transversal prospectivo, en una muestra de 320 alumnos (267 hombres y 53 mujeres) entre 11 y 17 años, el instrumento usado Children's Depression Inventory (CDI). Las conclusiones fueron que en las mujeres se determinó que el 25.49% no presenta sintomatología depresiva, el 15.68% presentó síntomas mínimos y moderados, 19.61% presentó síntomas severos y un 39.22% síntomas en grado máximo.

Fernández, R. (2016), en Chiclayo presentó su tesis "*Clima social familiar y síntomas depresivos en estudiantes de una institución educativa del distrito José Leonardo Ortiz*", tuvo como objetivo determinar la relación entre el clima social familiar y síntomas depresivos en estudiantes. Su investigación FUE descriptiva no experimental y de corte transversal, tuvo una muestra de 84 estudiantes a quienes se les aplicó la escala de clima social y el inventario de depresión infantil CDI. Sus resultados arrojan presencia de síntomas depresivos medios o severos en las dimensiones de estado de ánimo disfórico (5.95%) e ideas de autodesprecio (5.95%). En las conclusiones se llega a determinar que, los conflictos y la poca integración en la familia ocasiona los síntomas depresivos e ideas de autodesprecio. Por ello recomiendan desarrollar iniciativas multidisciplinarias dirigidas a los estudiantes y padres de familia, para reforzar redes de apoyo.

Astudillo, M & Inga A. (2016), Presentan su tesis "Frecuencia de ansiedad y depresión en niñas y adolescentes de la casa de acogida "miguel león" del cantón cuenca-ecuador", cuyo objetivo fue Determinar la frecuencia de ansiedad y depresión en niñas de la casa de acogida "Miguel León" del cantón Cuenca-Ecuador, 2016, su estudio fue descriptivo cuantitativo, contó con una población de 35 niñas, a quienes se

les aplicó el Inventario CDI de Kovacs. En sus resultados se halló un 17,14% de depresión; un 82.86%, no presentaron depresión, además de 62.8% presentan un mayor porcentaje de depresión leve, esto se debe a que no existe analfabetismo,

Rosas M., Yampufe M., López M., Carlos, G y Sotil A., (2011), en Lima presento su tesis “*Niveles de depresión en estudiantes de tecnología médica*”, tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión en estudiantes de tecnología médica de la facultad de medicina. Su diseño fue transversal descriptivo en una muestra de 119 alumnos (hombres y mujeres), a quienes se les aplicó el Inventario de depresión CDI. Determinando como conclusión que un 38,7% presentó algún nivel de depresión, el 39,1% depresión moderada y un 32,6% depresión grave. Esto quiere decir que la depresión está relacionada a la precaria condición económica, alejarse de la familia y sentimientos de fracaso.

Quiroz, R., (2017), sustenta su tesis “*sintomatología depresiva y bullying*” Cuyo objetivo es Identificar la relación entre la sintomatología depresiva y bullying en estudiantes de secundaria de una I.E. PNP, del distrito de San Martín de Porres, 2017 Perú, su investigación fue básica de naturaleza descriptiva correlacional, el diseño fue no experimental de corte transversal. contó con una muestra de 219 adolescentes entre 13 y 17 años, hizo uso del Inventario de Depresión Infantil (CDI), sus resultados fueron un 91.8% de los evaluados se encuentran en el nivel normal, un 7.8% mantiene un nivel máximo y finalmente, el 0.5% se ubica en el nivel severo de Sintomatología depresiva a nivel general, esto se debe a factores internos como el clima familiar y de relación al escaso control, amistades de mal vivir, nivel económico, decepción, el cambio de residencia, etc., logran desencadenar síntomas depresivos y conductas agresivas.

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. Historia y origen de los síntomas depresivos en adolescentes**

El origen del vocablo depresión, se encuentra en la expresión latina "de" y "premere", empujar u oprimir hacia abajo. Llamada inicialmente melancolía (griego-bilis negro), por Hipócrates; la depresión (abatimiento del latín) bautizada como tal por Blackmore, es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos de los que se tiene constancia, pero su presencia a través de los escritos y obras de arte, así como antes del nacimiento de la medicina y psiquiatría, fue conocida, catalogada y tratada, actualmente con fármacos como la Fluoxetina. Así mismo la medicina considera al trastorno del humor como el causante del poco rendimiento laboral.

La cultura griega explica que las enfermedades y cambios de temperamento o humor están influenciados por líquidos corporales como: La sangre, la flema, la bilis negra y la bilis amarilla y un exceso de estas, provoca comportamientos hiperactivos, abatimiento y tristeza.

Thomas Willis, citado por Wikiquote, (2017) rechaza la teoría de los cuatro humores, atribuyendo a procesos químicos del cerebro y del corazón las causas de esta enfermedad. Menciona cuatro tipos de melancolía de acuerdo a su origen: por alteración del cerebro, por mala función del bazo, otra con efecto con todo el cuerpo, y una última clase de melancolía histérica, con origen en el útero. Es considerado el pionero de la neuroanatomía, y sus trabajos en el campo de la depresión, le llevan a publicar un tratado sobre el concepto de afectación de la conciencia frente a la afectación de la conducta, dando origen a los conceptos de locura parcial y locura general.

Por otro lado, William Cullen se dedica durante la segunda mitad del siglo XVIII, a clasificar las enfermedades incluyendo a la melancolía dentro del apartado de las neurosis, o enfermedades nerviosas. Desde su punto de vista el origen de los trastornos anímicos, está en la percepción y las sensaciones, inaugurando una época de causas morales (fanatismos religiosos, amores apasionados) Sin atacar estas causas, no se puede tratar la melancolía, denominada por él como delirio parcial o delirio sobre un objeto.

A medida que avanza el desarrollo de la psiquiatría, la terminología empleada para referirse a la melancolía o a la depresión van adquiriendo mayor especificidad y claridad. En las primeras décadas del siglo XX, el concepto de depresión se desglosa en otros como ansiedad, histeria, hipocondría, obsesión, fobia, distimia o trastorno psicosomático.

### **2.2.2. Depresión**

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (2010), informa que la depresión son sentimientos de tristeza prolongados y graves, incluso que necesitan tratamiento y son un problema para quien lo padece. No obstante, todos nos sentimos tristes alguna vez, pero estos síntomas generalmente desaparecen después de unos días. Así mismo el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, define la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por un humor disfórico, asociado a síntomas emocionales, afectivos y físicos que se presentan en todas las actividades.

Arévalo, E., (2008), el define la depresión desde una perspectiva orgánica, considerando que el origen está en la disfunción de mecanismos neuro-fisiológicos

que regulan la conducta ya sean estos de carácter hereditario o adquirido y la base biológica de estos elementos orgánicos de la depresión servirán para un mejor tratamiento farmacológico.

Del Barrio, Mestre, Tur y Samper (2004), citado por Cordero, D., (2017), definen la depresión como un estado de ánimo de tristeza y melancolía que generan sufrimiento personal y un elevado coste social”. Este trastorno se manifiesta a través de un conjunto de signos y síntomas que afectan tanto el estado afectivo, cognitivo y el conductual. Donde la experiencia subjetiva de tristeza es un punto central de la definición clínica.

Seligman (1975), la depresión se origina cuando el individuo no es capaz de diferenciar el vínculo entre su conducta y el resultado de éstas, sean beneficiosas o perjudiciales; lo que va a ocasionar la indefensión aprendida, referida a la incapacidad que tiene las personas de reaccionar ante situaciones dolorosas, respondiendo con pasividad a los acontecimientos.

Beck A., (1967), lo define como “un estado anormal del organismo que se manifiesta (señas y síntomas), como un estado de ánimo subjetivo bajo, de actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de la espontaneidad y señales vegetativas específicas”. Para Beck lo más característico del trastorno depresivo es lo que denomina la triada cognitiva: visión negativa sobre uno mismo, visión negativa de su entorno y visión negativa acerca del futuro.

La OMS (2000), publicó el manual de clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10, describe los síntomas depresivos como aquellos que tienen una duración mínima es de 2 semanas y sienten melancolía culpabilidad e inutilidad,

Incapacidad para experimentar placer. baja autoestima, problemas de sueño pensamientos suicidas, ansiedad y disminución del apetito, entre otros.

Según el manual de clasificación Internacional de enfermedades CIE-10, deben cumplirse criterios generales para un episodio depresivo, así mismo presenta dos dimensiones de análisis (con síndrome somático-sin síndrome somático).

González, C., (2015), son patrones comportamentales clínicos de característica singular, es una alteración del humor asociado al malestar, discapacidad, así como al riesgo de perder la vida, sufrir dolor o perder la libertad. En resumen, la depresión se produce por la ausencia de amor y se presenta con disforia e irritabilidad, es un problema psicológico complejo, que merma la adaptación y motivación en la persona.

### **2.2.3. Dimensiones de la depresión según Kovacs (1992)**

#### **a) Disforia**

Chauca, J., (2017), refiere que la disfória se manifiesta con indicadores de tristeza, soledad, desdicha, indefensión o pesimismo, es cuando su estado de ánimo empieza a padecer cambios repentinos, siendo complicado complacerle por la postura negativista e irritable, que manifiesta.

La real academia española RAE, citado por Pérez, (2017) refiere que el término disforia, es empleado en el ámbito de la psicología y la define como una sensación opuesta a la euforia. Los síntomas depresivos son emociones molestas, incómodas y fastidiosas, vinculada a la irritabilidad e incluso a la tristeza y se desarrolla como una reacción al estímulo o acontecimiento. La disforia es un cuadro depresivo vinculado a trastornos psicológicos que desencadenan crisis y desconsuelo.

## **Estado de ánimo disfórico**

Beck, A. (1967), define el estado de ánimo disfórico, como un estado anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de la espontaneidad y señales vegetativas específicas.

Arévalo, E., (2008), refiere que el estado de ánimo disfórico es la expresión o muestra de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo. El niño manifiesta cambios en el estado de ánimo, mal humor, irritabilidad, se enfada fácilmente, llora con facilidad. Es negativista y resulta difícil de complacerle.

Ávila y Espinoza, (2015), refieren que el estado de ánimo disfórico es la expresión o muestra de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo. En el que los cambios de ánimo, mal humor, irritabilidad, enfado, labilidad emocional, es negativista y difícil de comprender y complacer.

### **b) Autoestima negativa**

Chauca, J., (2017), la autoestima negativa según Chauca se presenta con sentimientos de irritabilidad, incapacidad, fealdad y culpabilidad, entonces el individuo tiene ideas de persecución, escapa de su hogar, intenta suicidarse, manifiesta deseos de muerte.

Zapata, G., (2016) refiere que las ideas negativas surgen cuando el autoconcepto se encuentra afectado, este es un constructo psicológico que se adquiere a través de las experiencias del sujeto, entre los que ocupan un primer lugar los padres, el desarrollo del autoconcepto se basa en el supuesto de creencias acerca de sí mismo.

Arévalo, E., (2008), citado por Zapata, G, (2016), refiere que el adolescente con autoestima negativa experimenta ideas de persecución, deseo de muerte y en algunos casos graves, posible tentativa de suicidio e ideas de escaparse y huir de sus hogares.

### **Autodesprecio**

Según Beck, A.T. (1967) lo más característico de las ideas de autodesprecio en el trastorno depresivo es lo que denomina la triada cognitiva: visión negativa sobre uno mismo, visión negativa de su entorno y visión negativa acerca del futuro, por ejemplo, en el niño y adolescente son expresadas con pensamientos y sentimientos de irritabilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad, ideas de persecución, muerte, suicidio, e ideas de huir de casa. Así mismo describe que la triada cognitiva no es más que la visión negativa sobre uno mismo, visión negativa de su entorno y visión negativa acerca del futuro.

Según Ávila y Espinoza, (2015), refieren que las ideas de Autodesprecio en el niño y adolescente son expresadas con sentimientos de irritabilidad, fealdad, incapacidad, culpabilidad, ideas de persecución, muerte, suicidio, e ideas de huir de casa.

Villa, (2017), describe al autodesprecio, como una línea fina que separa el autodesprecio con el autocastigo, ambos casos derivan en culpa y autoevaluación, así como sentimientos dominantes, hablarnos sin respeto y de forma hostil y rumiar errores sobre autoculpas (nuestro trato o lo que nos decimos) revelan la relación (si lo hacemos con nosotros también con los demás) con nuestro mundo interior.

#### 2.2.4. Tipos de depresión

OMS (2000), refiere que en la depresión leve sus síntomas son similares a la depresión grave y distimia, pero se diferencian por el tiempo, por ejemplo, en la depresión grave los síntomas severos interfieren con la capacidad y necesidad de trabajar, dormir, estudiar comer y disfrutar de la vida, mientras que en la distimia los síntomas duran mucho tiempo, incluso la persona pudo haber convivido con ellos a lo largo de casi toda su vida.

Por ejemplo, el trastorno depresivo recurrente son episodios repetitivos de depresión, en este estado socaba el estado de ánimo, hay pérdida de interés, se reduce la energía y actividad, con un mínimo de dos semanas, además de ello padecen ansiedad, alteraciones del sueño, problemas con el apetito, sentimientos de culpa, baja autoestima, dificultades para la concentración e incluso síntomas (somatomorfo) sin explicación médica.

Con respecto al trastorno afectivo bipolar son episodios maniacos depresivos con intervalos en el estado de ánimo elevado o irritable, autoestima excesiva, hiperactividad e insomnio.

- ✓ Depresión leve
- ✓ Depresión moderada
- ✓ Depresión grave
- ✓ Distimia
- ✓ Trastorno depresivo mayor
- ✓ Trastorno ansioso depresivo o mixto
- ✓ Trastorno depresivo no especificado

Los diagnósticos para trastornos del humor (afectivos) según el CIE-10 es: F30-F32-F39.

Por otro lado, Cano, J., (2013), refiere que la depresión posee componentes que se relacionan con la ansiedad como la percepción del individuo ante los estímulos sociales de carácter negativo (pensamientos pesimistas y autopercepción negativa).

#### **2.2.5. Causas de la depresión**

OMS, (2018), según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es el resultado de factores sociales, psicológicos y biológicos, donde las circunstancias (traumas) empeoran la situación del afectado. Entre las causas

##### **a) Factor genético:**

Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004), refiere que existen antecedentes familiares de depresión, los integrantes de la familia pueden desarrollar la enfermedad, a diferencia de aquellos en cuyas familias no se padeció la enfermedad.

##### **b) Factor fisiológico**

Neuroquímica cerebral: los que padecen depresión tienen una química cerebral diferente a la de aquellos que no la padecen, por ejemplo: niveles bajos de 5-HIAA, indican que una persona no libera Serotonina en cantidades necesarias para el cuerpo.

##### **c) Factor ambiental**

Situaciones negativas en el entorno familiar, como abuso, indiferencia, historial de consumo de sustancias adictivas, la pérdida de un ser querido, una relación difícil o un evento estresante, peor si existe carencia de soporte emocional, puede provocar depresión.

#### **d) Factor personal**

La depresión es más frecuente en mujeres y si estas están embarazadas aumenta la probabilidad (babyblues), en los adolescentes por los cambios hormonales incrementan la incidencia.

#### **e). Factor social**

El contexto social influye en el estado de ánimo del individuo, porque es justo aquí, donde los recuerdos o la experiencia vivida (presión socio-estructural) cobra sentido. Entonces se puede afirmar que la persona procesa la información del medio de forma consiente y la construye en base a sus creencias.

### **2.2.6. Teorías y modelos relacionados a la depresión**

La depresión está relacionada a varias teorías que tratan de explicar esta conducta (depresión) en el ser humano, tales como:

#### **a). Teoría de la depresión (Beck) por la desesperanza**

Abramson, et al. (1994), Explica que las personas que poseen estilos inferenciales negativos (vulnerabilidad cognitiva) son aquellas que están propensas a desarrollar síntomas depresivos (depresión por desesperanza) cuando experimentan sucesos vitales negativos, a diferencia de aquellas personas que no poseen dichos estilos.

#### **b). Modelo Cognitivo-Conductual de la depresión**

Beck, citado en Relaciones TN, (2017), dice que la depresión es una consecuencia de las distorsiones que una persona puede hacer al procesar la información que obtiene de lo que le rodea. Según esta teoría, la persona tuvo en el pasado una serie de

experiencias negativas que le hicieron elaborar un esquema vital pesimista en tres sentidos: tiene un concepto negativo de sí misma, de lo que le rodea y de su futuro. Sus pensamientos, distorsionados, tienden a llevarla a realizar una interpretación equivocada de los sucesos, siempre, por supuesto, desde un punto de vista pesimista. Por otro lado, Beck, A., (1979), refiere que la principal alteración en la depresión es el procesamiento de la información (como piensan, como perciben la realidad), estos se incuban en la infancia y permanecen inactivos hasta que acaecen situaciones estresantes similares a la incubación (Triada cognitiva de Beck) y la visión negativa de si mismo, del mundo y del futuro. Este estado tiene una serie de distorsiones sistémicas, que producen alteraciones en el procesamiento de la información y como percibe su realidad las mismas que se manifiestan en depresión. La visión negativa se activa cuando la persona vuelve a sufrir una experiencia traumante, interpretándolo como algo irreversible y de mucha importancia.

**c). Modelo de la indefensión aprendida complementada con la teoría de la atribución**

Seligman y Teasdale, (citado por Solís, 2009), explican la etiología y mantenimiento de la depresión; aplicable a niños. La depresión es el producto del aprendizaje de expectativas de incontrolabilidad respecto a los eventos externos y se adquieren cuando el individuo se expone a situaciones incontrolables que reducen la posibilidad de obtener refuerzo por el comportamiento, ello interfiere con la motivación de aprender nuevas conductas adaptativas; lo que originan cuadros depresivos motivacionales (baja en la emisión de conductas operantes y latencia aumentada de respuestas), cognitivos (dificultad para desarrollar nuevos comportamientos) y emocionales (sentimientos de indefensión y desesperanza). Así mismo el poco control de los eventos de la vida (y los síntomas depresivos

concomitantes) no dados en todas las personas que enfrentan situaciones incontrolables, además es importante comprender las diferencias individuales en cuanto a la vulnerabilidad del cuadro psicopatológico, la percepción (eventos adversos de la vida) y la depresión.

### **2.3. Definiciones conceptuales**

- a). **Adolescente:** Etapa de vida comprendida entre los 13 a 17 años, en el que se presentan cambios físicos, enfermedades médicas, y/o psicológicas o psiquiátricas, etc.
- b). **Angustia:** Es la reacción y falta de capacidad de manejar las exigencias (presentes y futuras) habituales de la vida.
- c). **Culpa:** Es un sentimiento de incumplimiento consiente y voluntario.
- d). **Depresión:** Kovacs (2003), citado por Chauca, J., (2017), refiere que la depresión es una etapa de cuidados, porque la persona se aísla del mundo externo y puede ser vista como una reacción transitoria. Sin embargo, la depresión puede ser observada por un segundo o descrita por quien lo padece.
- e). **Depresivo:** se dice de la persona que no siente placer, que no sonríe por nada, que ya no tiene ganas de emprender cosas, etc. y todo eso es nocivo (pensamiento negativo, no hay sentido en la vida y la alegría disminuye), para la mente. Sus síntomas son dolor de cabeza, tensión muscular, ansiedad, preocupación y aislamiento.
- f). **Deprimido:** es una etapa pasajera en el individuo (usualmente lo utiliza para

decir cómo se siente), que le permite reír y sentirse triste aunque esta última no lo consume, aun disfruta de hacer cosas y de la felicidad.

- g). **Ideación suicida:** son pensamientos y posibles deseos de finalizar con su existencia.
- h). **Irritabilidad:** Es la dificultad de la cual padece el ser humano cuando intenta o trata de controlar su estado de ánimo.
- i). **Signos depresivos:** Son las manifestaciones visibles durante la exploración médica, es clínicamente fiable y permiten corroborar un diagnóstico clínico, con la finalidad de prescribir un tratamiento para la depresión.
- j). **Síntoma:** En el libro *histeria*, Freud, citado por Boeree, (1998), decía que los síntomas son el sustituto del recuerdo (inconsciente) y cuando el síntoma del trauma psíquico se expresa en la conducta o se accede a la conciencia, es allí cuando el síntoma (liberar emociones) desaparece. El método terapéutico fue el primero en aquellos tiempos y fue ideado por Freud “hacer consciente lo inconsciente”.
- k). **Síntoma depresivo:** Arévalo E., (2008), lo define como sentirse triste (conjunto de señales que refiere un individuo) y está presente en cuadros psicopatológicos y otras condiciones médicas.
- l). **Soporte emocional:** Es la habilidad social (que debería brindar la familia) y natural que posee una persona de ayudar a otra, con la finalidad que un individuo salga de su temporal o profunda tristeza: es una emoción y el inicio de la depresión.

- m). La tristeza:** Ekman, P., (2016), es la emoción que activa el proceso psicológico que nos permite superar pérdidas, desilusiones o fracasos. la tristeza es un estado afectivo normal provocado por un decaimiento espiritual que se expresa con el llanto (rostro abatido, falta de apetito, lasitud, etc.), cuando nuestras expectativas no se cumplen y son menos alegres.
- n). Trastorno:** Es la alteración física, emocional o mental (salud) repetida y permanente (cambio de lo normal a lo anormal), que daña el equilibrio de una persona.
- ñ). Depresión:** Kovacs (2003), citado por Chauca, J., (2017), refiere que es una etapa de cuidados, porque la persona se aísla del mundo externo y puede ser vista como una reacción transitoria. Sin embargo, la depresión puede es observada por un segundo o descrita por quien lo padece.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo de Investigación**

La investigación es de tipo descriptiva no experimental de corte transversal y enfoque cuantitativo. Porque observa y describe el comportamiento de los sujetos evaluados, sus características y comportamientos.

Tamayo, M. (2003), define a la investigación descriptiva como la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o procesos de los fenómenos, en esta investigación se trabaja con la realidad, y su característica fundamental es la interpretación correcta.

Bonilla & Rodríguez., (1997), citado en Monje (2011), refieren que el enfoque investigativo cuantitativo utiliza una metodología única de la ciencia exacta natural, su propósito es buscar explicación a los fenómenos estableciendo regularidades en el comportamiento social, se vale de la experiencia y observación directa para comprobar un (hipótesis o construir teorías), hecho real siendo lo más objetivo y completo posible.

#### **3.2. Diseño de investigación**

La investigación tiene un diseño no experimental y según el recojo de información es de corte transversal.

Sousa, Driessnack y Costa (2007), indican que los diseños no experimentales no tienen determinación aleatoria, manipulación de variables o grupos de comparación, porque el objetivo del investigador no es estudiar el fenómeno, si no observar el fenómeno en su ambiente natural.

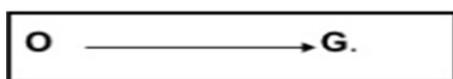


Figura 1. Diseño de la investigación

Donde:

O = Observación de la muestra

G = Grupo de estudio o muestra

### **3.3. Población y Muestra de Estudio**

#### **3.3.1. Población**

La población de la presente investigación está conformada por 50 adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho, que fueron atendidos durante el periodo de febrero y marzo del 2019.

#### **3.3.2. Muestra**

La muestra es intencional no probabilística y de tipo censal, porque evalúa al 100% de la población. Esto quiere decir que la actual investigación observará, describirá e interpretará los fenómenos y características presentes en el comportamiento de 50 adolescentes en su totalidad mujeres entre 13 a 19 años, que acuden esporádicamente al centro obstétrico preventivo El Pilar.

##### **a) Criterios de inclusión de los participantes evaluados**

- ✓ Adolescentes que se atienden en el centro obstétrico preventivo El Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho.
- ✓ Adolescentes que deseen participar en el estudio
- ✓ Adolescente de 13 años a 19 años de edad

#### **b) Criterios de exclusión de los participantes evaluados**

- ✓ Pacientes mujeres mayores de edad que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar del distrito de san Juan de Lurigancho.
- ✓ Adolescentes que no desean participar en el estudio

### **3.4. Identificación de la variable, y su Operacionalización**

#### **3.4.1. Variable de estudio**

##### **Síntomas depresivos en adolescentes**

Para Gonzáles, C., (2015), los trastornos denominados depresivos son un conjunto de valores clínicos relacionado a problemas de mayor o menor intensidad, como la (distimia trastorno del estado de ánimo). Los síndromes son patrones comportamentales clínicos de característica singular, es una alteración del humor asociado al malestar, discapacidad, así como al riesgo de perder la vida, sufrir dolor o perder la libertad.

La variable síntomas de depresión posee dos dimensiones, distribuidos en 27 ítems. La variable síntomas depresivos está compuesto por las dimensiones disforia y autoestima/autodesprecio. De las cuales se derivan los indicadores, que detallan los aspectos fundamentales de la variable en mención.

**Tabla 1.**

**3.4.2. Matriz de Operacionalización de la variable**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	ITEMS	INDICE ORDINAL	INSTRUMENTO
SÍNTOMAS DEPRESIVOS	González, C., (2015), afirma que los trastornos denominados depresivos son un conjunto de valores clínicos relacionado a problemas de mayor o menor intensidad, como la (distimia trastorno del estado de ánimo. Los síndromes son patrones comportamentales clínicos de característica singular, es una alteración del humor asociado al malestar, discapacidad, así como al riesgo de perder la vida, sufrir dolor o perder la libertad	Kovacs (2003), citado por Chauca, J., (2017), refiere que la depresión es una etapa de cuidados, porque la persona se aísla del mundo externo y puede ser vista como una reacción transitoria. Sin embargo, la depresión puede es observada por un segundo o descrita por quien lo padece.	Disforia	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ideación, pensamiento o intento suicida</li> <li>✓ Sentimientos de culpa</li> <li>✓ Tristeza</li> <li>✓ inseguridad</li> <li>✓ Sentimientos de soledad</li> <li>✓ Agotamiento</li> <li>✓ Problemas con la alimentación</li> </ul>	1,2,3,4,6,10,11,12,16,17,18,19,20,21,22,26 y 27	0 = No hay presencia de síntomas depresivos dentro de los límites Normales (poco/bajo)	Inventario de Depresión infantil y de adolescentes de Kovacs CDI (1992)
			Autoestima o autodesprecio	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ansiedad</li> <li>✓ Labilidad emocional</li> <li>✓ Mal humor</li> <li>✓ Soledad</li> <li>✓ Etc.</li> </ul>	5,7,8,9,13,14,15,23,24 y 25	1 = Presencia de síntoma depresivo Moderado (medio)	
						2 = Presencia de síntomas depresivos severo o en Grado Maximo (alto)	

### 3.5. Técnicas e instrumentos de evaluación

La Técnica es la encuesta y el instrumento de recolección de datos fue el Inventario de depresión Infantil de Kovacs (CDI), aplicado en adolescentes que asisten al centro obstétrico el Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho.

Para la elaboración del CDI de Kovacs, se tomó en cuenta la teoría de Beck, A., (1979 - Modelo Cognitivo-Conductual de la depresión), el cuestionario esta categorizado en dos dimensiones, disforia o estado de ánimo disfórico y autoestima negativa o autodesprecio.

#### 3.5.1. Ficha técnica

##### Datos generales

Nombre:	Inventario de Depresión infantil y de adolescentes de Kovacs y Beck CDI
Título original de la prueba:	Children's Depression Inventory of Kovacs
Procedencia del CDI:	Toronto – Canadá kovacs, M. y Beck, A. (1977) , fue validado y estandarizado por primera vez
Autora:	Kovacs, M. (1992) modificó el CDI y apareció la primera edición comercial.
Adaptación española:	Barrio V., Roa M., Olmedo M., Colodron F. (2002)
Adaptación peruana.:	Jarumi Jaqueline Chauca, Vergaray (2017)
Ámbito de aplicación:	Adolescentes mujeres de 13 a 19 años
Objetivo de la prueba:	Evaluar la sintomatología depresiva en adolescentes y la gravedad del trastorno.
Dimensiones	Disforia y Autoestima o autodesprecio
Ítems	27 ítems
Administración:	Individual y colectiva
Calificación:	0 = No hay presencia de síntomas depresivos dentro de los límites normales (poco/bajo) 1 = Presencia de síntoma depresivo moderado (medio) 2 = Presencia de síntomas depresivos severo o en grado máximo (alto)
Tiempo de aplicación:	10 a 25 minutos

### 3.6. Determinación de la validez y confiabilidad del grupo piloto

Chauca, J. (2017), realizó la validez por criterio, usando para contrastarla, la escala de depresión para adolescentes EDAR de Reynolds, que mide sintomatología depresiva. Los resultados del estadístico no paramétrico RHO de Spearman, arrojó una correlación positiva de 0.424, siendo su criterio de jueces (Aiken) con respecto al contenido mayores a 0.80, así mismo un alfa de Cronbach de 0.89 resultados similares al encontrado por Kovacs M., (2002)

#### 3.6.1. Baremos del CDI

El baremos es la medida que sirve para interpretar los resultados (puntajes directos), de la variable investigada. Sus categorías (bajo moderado y alto), permiten determinar el nivel general de la variable y sus dimensiones, Baremos que originalmente fue usado en tres ciudades del norte del Perú por Arévalo E., (2008), en 10,345 estudiantes del nivel primario y secundario. Siendo posteriormente estandarizado por Chauca, J (2017), en 390 estudiantes de 11 a 16 años, del distrito de San Juan de Lurigancho. Tanto Arévalo como Chauca usaron el mismo método de consistencia interna para validarlo, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.91 y 0.89, respectivamente.

**Tabla 2.**

Baremos de interpretación de la variable

	Nivel	I	II	Total
0	Bajo	0-10	0-5	0-17
1	Moderado	11-22	6-12	12-35
2	Alto	23-34	13-20	36-54

**Tabla 3.**

Interpretación de las escalas de los baremos

ASINACIÓN DE PUNTAJE MANUAL	CALIFICACIÓN	CATEGORIA DIAGNÓSTICA
0	Poco (bajo)	existe presencia de síntomas depresivos en nivel leve
1	Moderado (medio)	Existe presencia de síntomas depresivos en un nivel moderado.
2	Bastante (alto)	existe presencia de síntomas depresivos en un nivel severo

## CAPITULO IV

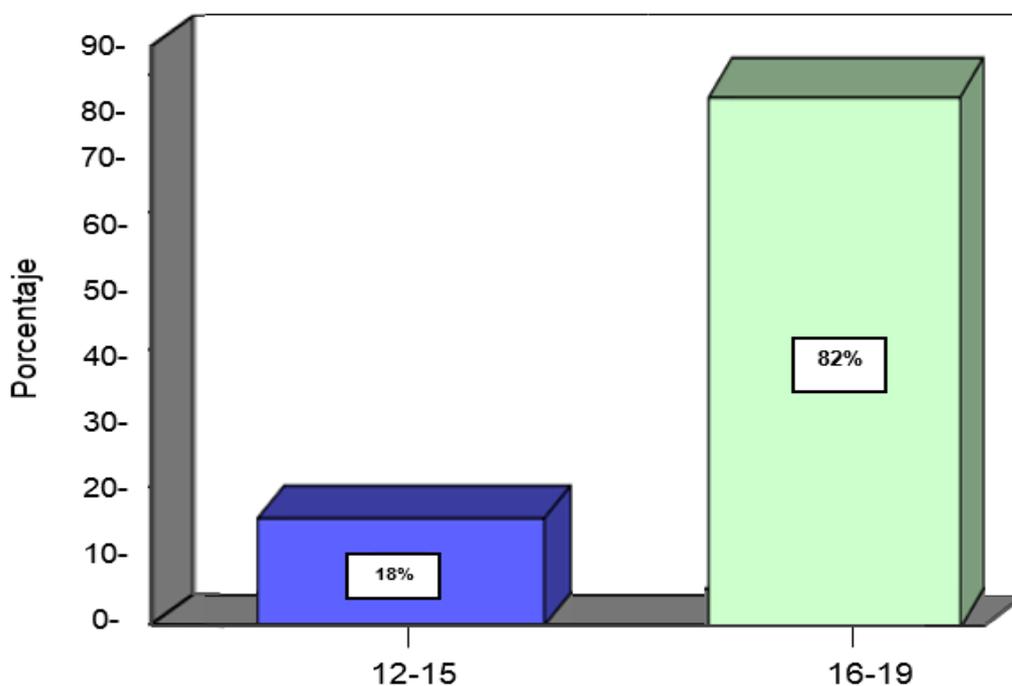
### PROCESO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 4.1. Presentación de los resultados generales

**Tabla 4.**

Datos sociodemográficos de las pacientes atendidas en el centro obstétrico preventivo el pilar de San Juan de Lurigancho, según la edad.

	Frecuencia	Porcentaje
de 12 años a 15 años	9	18
16 años a 19 años	41	82
Total	50	100



**Figura 1.** Datos sociodemográficos de las pacientes atendidas en el centro obstétrico el pilar de San Juan de Lurigancho, según la edad

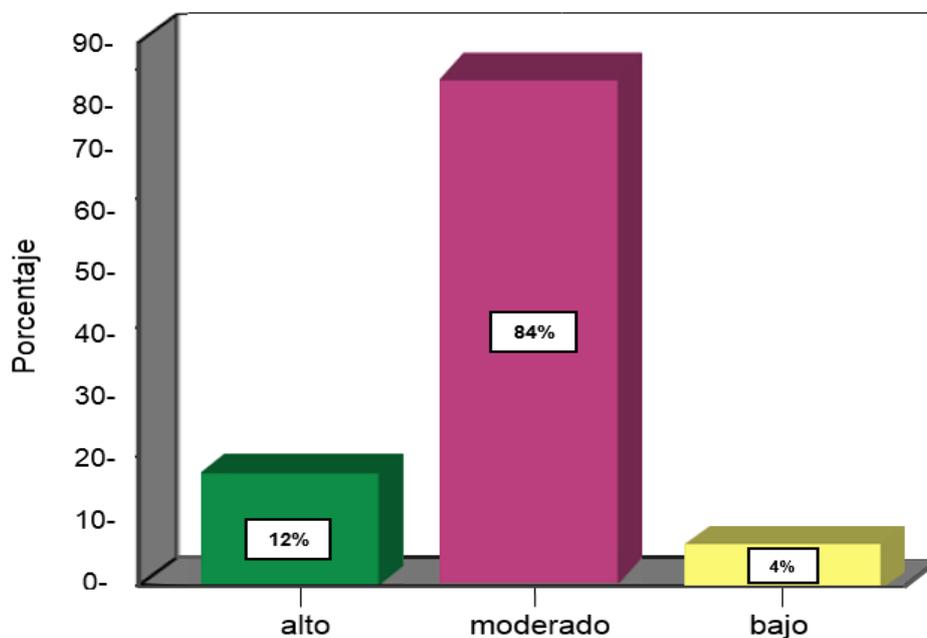
**Interpretación:** Los resultados de 82%, demuestran que la mayor proporción de adolescentes tienen una edad entre 16 a 19 años y un 18% de menor proporción, tienen 12 a 15 años, lo que representa a la población de menos edad.

## 4.2. Presentación de los resultados específicos

**Tabla N°5**

Nivel general de síntomas de depresivos en adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho.

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	2	4%
Moderado	42	84%
Alto	6	12%
Total	50	100%



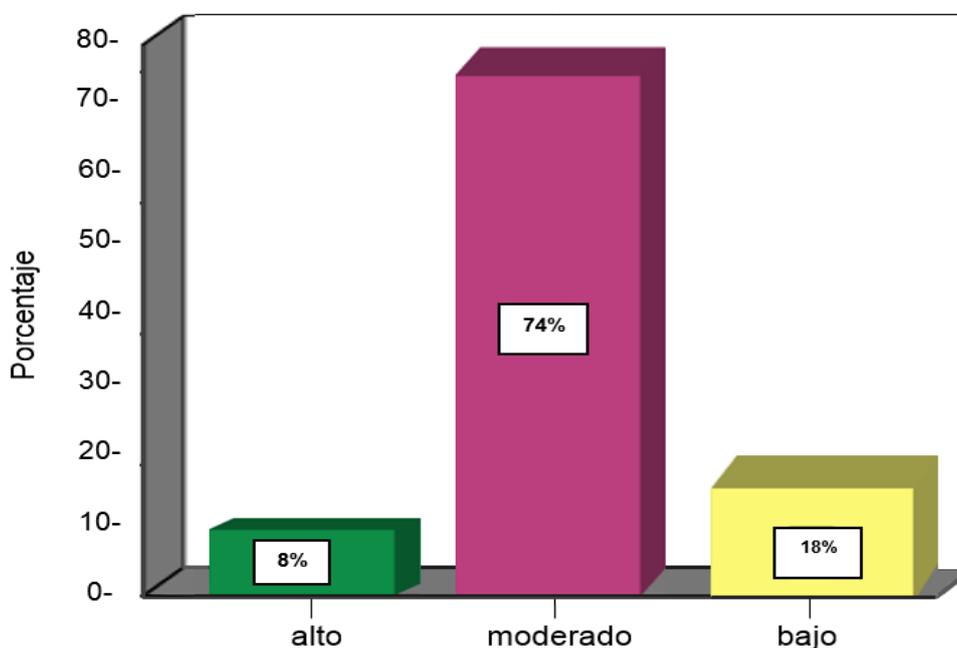
**Figura N° 2:** Nivel general de síntomas depresivos en adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho.

**Interpretación:** De acuerdo a los resultados obtenidos en el nivel general de síntomas depresivos se determina que, el 84% (42 adolescentes) se encuentran en un nivel moderado y el 12% (6 adolescentes) en un nivel alto, seguido de un 4% (2 adolescentes) nivel bajo.

**Tabla N°6**

Nivel de síntomas depresivos, según la dimensión disforia, en las adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho.

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	9	18%
Moderado	37	74%
Alto	4	8%
Total	50	100%



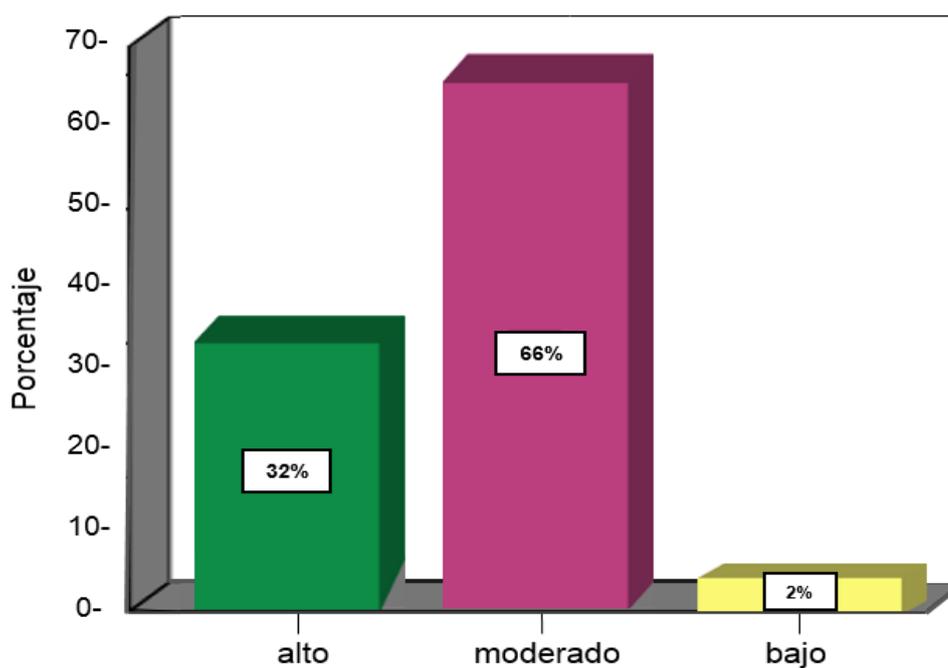
**Figura N° 3:** Nivel de síntomas de depresivos según la dimensión disforia en las adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho.

**Interpretación:** De acuerdo a los resultados obtenidos en el Nivel de síntomas de depresivos según la dimensión disforia, se determina que el 74% (37 adolescentes), se encuentren en nivel moderado, un 18% (9 adolescentes) está en nivel bajo, seguido de un 8% (4 adolescentes) en nivel alto.

**Tabla N° 07**

Nivel de síntomas depresivos según la dimensión autoestima negativa o autodesprecio, en las adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	2%
Moderado	33	66%
Alto	16	32%
Total	50	100%



**Figura N° 4:** Nivel de síntomas de depresivos según la dimensión autoestima negativa o autodesprecio en las adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar.

**Interpretación:** De acuerdo a los resultados obtenidos en el Nivel de síntomas de depresivos según la dimensión autoestima negativa o autodesprecio, se determina que un 66% (33 adolescentes), se encuentren en un nivel moderado, un 32% (16 adolescentes) en un nivel alto, seguido de un 2% en nivel bajo.

### **4.3. Procesamiento de los resultados**

Para la obtención y procesamiento, de los datos del instrumento de investigación, (Inventario de depresión CDI de Kovacs, M., & Beck, A), se utilizó:

- ✓ Programa de Microsoft Excel 2016
- ✓ Programa estadístico usado en ciencias sociales “SPSS 22” (Análisis de estadísticos descriptivos).

#### **4.3.1. Microsoft Excel 2016**

Es un programa informático que permite efectuar cálculos sencillos y complejos a través de fórmulas, en el que se tabula información y se obtiene la suma total de los 27 ítems y sus 02 dimensiones del Inventario de depresión infantil y adolescentes CDI de Kovacs, M., & Beck, A, así como también la asignación manual del (puntaje) nivel para cada dimensión.

#### **4.3.2. Procesador estadístico SPSS -22**

Es un software informático de investigación y análisis estadístico, que permite recoger la información del Excel, para presentarlo en tablas, y figuras estadísticas, mediante el análisis de estadísticos descriptivos; los cuales favorecen a una mejor visualización, manejo y entendimiento de la información.

#### **4.4. Análisis y discusión de los resultados**

Según los resultados encontrados en la presente investigación, se establecen comparaciones y diferencias con otros estudios, apoyándose en teorías de autores que estudiaron y estudian el tema de investigación.

Con relación al resultado obtenido en el presente estudio sobre la variable síntomas depresivos en las adolescentes se estableció que el 84% presenta un nivel promedio, 12% nivel alto y 4% nivel bajo. Esto concuerda con los resultados de Ávila, A. (2013), cuyo resultado de 30.77% nivel moderado, se deben a la llegada de un bebe no planificado, el miedo a cambiar de vida, el provenir de familias disfuncionales con bajo nivel educativo y no contar con el apoyo familiar durante el embarazo. Por otro lado, Astudillo, M & Inga A. (2016), obtienen resultados diferentes un 17,14% de depresión baja; un 82.86%, no presentaron depresión, además de 62.8% presentan un mayor porcentaje de depresión leve, refiere que esto se debe a que no existe analfabetismo en el grupo de sus evaluados. Por otro lado, Jadan, C., (2017), obtiene un 65.75%, categoría prevalente resultado que es diferente, al actual, refiere Jadan que esto se debe a que la depresión en mujeres es más alta que los hombres y está asociada a factores socioeconómicos, como la edad, género, y hábitos como alcohol, tabaco y drogas. Para la autora de la actual investigación las coincidencias de resultados se deben al factor educación, social, ambiental y genético, así como también a la poca regulación emocional, motivo por el cual los jóvenes experimentan frustración, desesperanza y pocas expectativas hacia el futuro. Su inmadurez los invita a copiar el papel del adulto, envolviéndolos en una práctica sexual precoz, incrementando así la depresión, ansiedad, y desesperación.

- Con relación a la dimensión disforia, se obtuvo que las adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar presentan un 74% a nivel moderado, 18% en nivel bajo y un 8% en nivel alto, resultados que concuerdan con Ávila C. y Espinoza J., (2015), quienes obtuvieron un 26% nivel moderado, el predictor de la depresión es el ánimo disfórico y que el sexo masculino en comparación con las mujeres tiene niveles más altos. Sin embargo, Olivero, D, (2017), obtiene un 48,9% resultado muy alto en la dimensión disforia, que difiere a la actual investigación y lo relaciona a factores familiares, y al desinterés o falta de apoyo de parte del entorno del adolescente. No obstante, para la autora de la actual investigación los jóvenes están a la defensiva ante preguntas que invaden su privacidad, sin embargo, la ambivalencia que enmascaran no perdura y rompen en llanto y rabia, odiando lo que les toca vivir. Esto concuerda con lo que dice: Chauca J., (2017), refiere que el estado de ánimo disfórico se manifiesta con indicadores de tristeza, soledad, desdicha, indefensión o pesimismo, es cuando su estado de ánimo empieza a padecer cambios repentinos, siendo complicado complacerle por la postura negativista e irritable, que manifiestan.
- Con relación al resultado obtenido en la dimensión autoestima negativa o autodesprecio, que presentan las adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho fue de 66% nivel promedio, se comparan con los resultados de: Fernández, R. (2016), un 5.95% nivel moderado, refiere que esto se debe a la poca integración y apoyo familiar hacia los hijos. Por otro lado, Zapata, G., (2016) refiere que las ideas de autodesprecio surgen cuando la autoestima está afectada, este es un constructo psicológico, que se adquiere en primer lugar con los padres, el desarrollo del

autoconcepto se basa en el supuesto de creencias acerca de uno mismo. Quiroz, R., (2017), obtiene un 91.8% nivel normal, refiriendo que esto se debe a factores internos, así como al escaso control de amistades de mal vivir, nivel económico, decepción, cambio de residencia, etc., que logran desencadenar síntomas depresivos y conductas agresivas. La similitud de resultados se debe a lo que cita Zapata, G, (2016), los adolescentes experimentan ideas de persecución, deseo de muerte y en algunos casos graves, posible tentativa de suicidio e ideas de escaparse y huir de sus hogares, debido al clima familiar que los rodea. Así mismo para la autora de la actual investigación los adolescentes están rodeados de un ambiente familiar dañino para ellos, imitando o aprendiendo a ser iguales desde que nacen, motivo por el cual ellos viven el presente sin importar ni medir las consecuencias.

#### 4.5. Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, se establece las siguientes conclusiones:

- ✓ El nivel de síntomas depresivos en adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho es en 84% a nivel moderado, esto se debe a la influencia del factor, social (orientación en temas sobre depresión, soporte emocional, etc, en centros educativos, ) genético, ambiental y personal, así como también originado por (triada cognitiva de Beck) visión negativa del mundo, de sí mismo, y del futuro, que tiene el adolescente.
- ✓ El nivel de síntomas depresivos, según la dimensión disforia, en adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar es de 74% a nivel moderado, producto de la carencia del soporte emocional (conflictos familiares) y poca producción de serotonina.
- ✓ El nivel de síntomas depresivos según la dimensión autoestima o autodesprecio, en adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar es de 66% a nivel moderado, originado por el ambiente que rodea a un adolescente, la forma como este procesa la información y como es vuelta a construirla en base a la interpretación de sus creencias, vivencias, traumas, etc. (triada cognitiva de Beck)
- ✓ Los resultados de los datos sociodemográficos en el centro obstétrico el pilar de San Juan de Lurigancho, según la edad es de 82%, lo cual demuestra que la mayor proporción de adolescentes inician su vida sexual a temprana edad, se embarazan, contraen enfermedades (ETS) y desconocen de métodos anticonceptivos.

#### **4.6. Recomendaciones**

Según las conclusiones establecidas se sugiere las siguientes acciones.

- ✓ El consultorio obstétrico el Pilar debe ejecutar un programa de intervención que reduzca los síntomas depresivos en adolescentes, dirigido a padres de familia e hijos que pertenezcan al grupo de la muestra evaluada.
  
- ✓ El consultorio obstétrico el Pilar, debe contar con un profesional en salud mental que brinde consejería y orientación al paciente adolescente o padres de familia que acuden al centro.
  
- ✓ El profesional en salud mental, debe realizar talleres de control de emociones y fortalecimiento de la autoestima, con la finalidad de fortalecer la confianza (interacción, padre - docente - alumno).
  
- ✓ El profesional en salud mental, debe Brindar orientación específica a los padres de familia que fortalezcan la confianza en sus hijos y practicar la comunicación asertiva.
  
- ✓ El profesional en salud mental, incentivará la práctica de técnicas que cambien la forma de pensar y comportarse.

## CAPÍTULO V

### 5.1. Nombre del programa

ME SIENTO GENIAL Y ME VEO BIEN

### 5.2. Justificación

Según Aaron Beck. 2009, citado en Chapi (2013), la depresión no solo se trata de un trastorno afectivo, a su vez tiene consecuencia directa de la distorsión del pensamiento y razonamiento de la persona que padece. Es por ello los síntomas de disminución de motivación, anhedonia y todos los relacionados a la depresión son indicios secundarios de una realidad deformada y su interrelación con la misma.

Considerando el resultado general obtenido en la actual investigación, nivel de síntomas depresivos en adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo, El Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho es 84% Nivel moderado y sus 02 dimensiones:

- ✓ Nivel según la dimensión disforia, es 74% Nivel moderado.
- ✓ Nivel según la dimensión autoestima negativa o autodesprecio es 66% Nivel moderado.

Se considera de suma importancia desarrollar un programa de intervención planteando estrategias y técnicas adecuadas, que permitan al adolescente entender sus emociones y este mal (depresión), no afecte su sistema nervioso e inmunológico en esta etapa que implica diferentes cambios tanto a nivel físico y emocional, por tal motivo se plantean los siguientes objetivos, para

reducir el “Nivel moderado” de depresión en los adolescentes de la muestra evaluada y así evitar que este se acreciente.

### **5.3. Objetivos**

#### **5.3.1. Objetivo general**

- ✓ Disminuir los índices de sufrimiento emocional en las adolescentes de la muestra evaluada, mediante la orientación y consejería psicológica

#### **5.3.2. Objetivo específico**

- ✓ Aumentar la autoestima en los adolescentes, mediante la programación continua de Charlas, talleres, etc.
- ✓ Generar una disminución de la disforia y el autoconcepto negativo en las adolescentes, mediante la técnica de la comunicación.

### **5.4. Sector al que se dirige**

El programa está dirigido a las adolescentes (50) del centro obstétrico preventivo El Pilar del distrito de san Juan de Lurigancho.

### **5.5. Establecimiento de conductas**

- ✓ Conducta Problema
- ✓ Conducta meta

#### **5.5.1. Conductas problemas**

- ❖ Disforia

la Disforia presente en los adolescentes de la muestra se manifiesta con tristeza, soledad, desdicha, indefensión o pesimismo, son

difíciles de calmar o complacerlos, mantienen temporalmente una postura negativista e irritable.

❖ Autoestima negativa o autodesprecio

La autoestima negativa en los adolescentes de la muestra evaluada se hace presente con (yo creo, yo pienso, yo imagino, yo supongo etc..) supuestos y creencias acerca de sí mismos, con calificativos e ideas de autodesprecio. Ellos surgen cuando la persona se encuentra afectada, por experiencias, recuerdos e historias del pasado, los mismos que empezaron en el hogar

### **Conductas Metas**

Reducir el nivel de depresión en los adolescentes, generando una adecuada autoestima. Cuando se reducen las emociones negativas y se genera una autoestima adecuada, los adolescentes mejoran su estado emocional, su humor, pierden el miedo, crean pensamientos limpios, retorna la fortaleza, confianza, ganas de vivir, alegría, se sienten genial y las ven bien, etc...

Generar una disminución de la disforia y autoconcepto negativo en las adolescentes, mediante la técnica de la comunicación positiva. Esto quiere decir que el juicio que las personas realizan de su eficacia personal surge de cuatro fuentes principales: la autoeficacia positiva, la comparación positiva, la persuasión positiva y la influencia positiva. Esto quiere decir que la persona que disminuyan la disforia, se elaboraran un autoconcepto cambiante y constante que dependerá de las circunstancias y de las relaciones confrontadas por la persona.

Cuando el adolescente no posee un autoconcepto negativo o lo disminuye, este aprende a confiar en ella, posee la capacidad y seguridad necesarias para lograr la autoeficacia, la cual se cimenta, a la vez, en un concepto positivo de sí mismo o de sí misma.

## **5.6. Metodología de la intervención**

Se aplicará en el Centro Obstétrico preventivo el Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho y usará una metodología de Dinámicas, participativas, mediante la proyección de videos o charlas, así mismo talleres, consejería y orientación psicológica, etc...), la cual se desarrollará en 08 sesiones para una población de 50 adolescentes, el mismo que se iniciará con un máximo de 15 asistentes, por semana según el horario que establezca la dirección del centro obstétrico, los mismos que tendrán una duración de 50 minutos aproximadamente y los gastos serán cubiertos por el Centro Obstétrico

## **5.7. Instrumentos-material a utilizar**

### **Recursos humanos**

- ❖ Persona responsable del taller.
- ❖ Una persona de apoyo.

### **Material mobiliario**

- ❖ Ambiente adecuado
- ❖ Mesas
- ❖ Sillas
- ❖ Proyector
- ❖ Laptop
- ❖ Radio con USB o CD

## 5.8. Actividades

Semana 1 / sesión 1

Actividad	Objetivo	Estrategia	Desarrollo	Material	Tiempo
La respuesta del silencio	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Disminuir los índices de sufrimiento emocional en las adolescentes de la muestra evaluada, mediante la consulta y orientación psicológica</p>	<p>Dinámica grupal</p> <p>Lluvia de ideas</p> <p>Reflexiva</p> <p>Visualización de un video.</p>	<p>Se iniciará, con la bienvenida al taller y se brindará una breve explicación sobre el desarrollo del programa.</p> <p><b>1ra Parte</b></p> <p>Se hará uso de un rompe hielo “el Avión”, que consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Se entregará una hoja de papel bond y un lapicero donde los participantes escribirán su nombre y dos preguntas que desearían se les pregunten.</li> <li>❖ Seguido doblarán la hoja formando un avión.</li> <li>❖ Formarán un círculo y lo harán volar en el medio. Cada participante recogerá un avión con un nombre distinto al suyo y se acercará a la persona haciéndole las preguntas escritas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Papel bond</li> <li>❖ 50 lapiceros</li> <li>❖ Laptop</li> </ul>	50

			<p>Seguido se pedirá opiniones respecto a la dinámica y será el inicio para generar una buena comunicación.</p> <p><b>2da Parte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Se mostrará un video que dura 5 minutos <a href="https://www.youtube.com/watch?v=XeUjIh4HXt0&amp;t=409s">https://www.youtube.com/watch?v=XeUjIh4HXt0&amp;t=409s</a> “estoy bien”. El mismo que permitirá al observador identificar y expresarse, lo que logrará una disminución en los índices de sufrimiento emocional.</li> <li>❖ En el video se observará a un grupo de personas que a pesar de celebrar un cumpleaños usan el celular para mensajearse y no notan que uno de ellos padece depresión. La rutina se repite y cuando decide hablar, responde “ESTOY BIEN, cuando NO LO ESTA”.</li> </ul> <p>Se proporcionará hojas con preguntas los que responderán (ver anexo 8). Se culminará la sesión explicando la importancia y beneficios de expresar nuestras emociones y sentimientos y se da las gracias.</p>		
--	--	--	--	--	--

Semana 2/sesión 2

Actividad	Objetivos	Estrategia	Desarrollo	Material	Tiempo
¿Cómo me siento hoy?	Identificar y disminuir los síntomas de depresión en las adolescentes de la muestra evaluada.	Dinámica Expositiva	<p><b>1ra Parte</b></p> <p>Se iniciará con una dinámica “la carta”, que consiste; en brindar una hoja de papel bond y 3 lápices de colores, donde los participantes describen como se sienten. La carta estará dirigida a la persona (amigo o familiar), que consideran, que los podrían ayudar. La dinámica le permitirá al participante experimentar del beneficio de aligerar la carga emocional mediante expresar sus sentimientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ A continuación, se formularán preguntas (anexo 01)</li> </ul> <p><b>2da Parte</b></p> <p>Acto seguido, se expondrá en papelote el tema: “diferentes tipos de emociones e importancia de expresar las emociones guardadas mediante la escritura” tema que será ampliado en las sesiones posteriores.</p> <p>Se finalizará pidiendo al participante formule preguntas para hacer una retroalimentación, a la vez se le extenderá una invitación al próximo taller.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Papel bond</li> <li>❖ Lápices de colores</li> <li>❖ Papelote</li> <li>❖ Plumones gruesos</li> </ul>	50

Semana 3/sesión 3

Actividad	Objetivos	Estrategia	Desarrollo	Material	Tiempo
Hablemos sobre la depresión	Aumentar la autoestima en los adolescentes.	Visualización de un video Expositiva Lluvia de ideas	<p><b>1ra Parte</b></p> <p>Se iniciará la sesión dando la bienvenida a los participantes, indicando que trataremos el tema de la depresión en adolescentes; mostrando un video.</p> <p><a href="https://www.youtube.com/watch?v=FvUfKtBJdgl">https://www.youtube.com/watch?v=FvUfKtBJdgl</a></p> <p>“un mal día”, el cual tendrá una duración de 7 minutos y cuenta un día de la vida de una joven a quien le suceden incidentes que la conducen a crear y mantener pensamientos suicidas. Antes de culminar se plantearán y responderán preguntas, con la finalidad de identificar posibles cuadros depresivos en los adolescentes (ver anexo 01)</p> <p><b>2da Parte</b></p> <p>Se llevará a cabo una exposición en papelógrafo sobre el tema de “depresión y autoestima” informando lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Concepto de la depresión y autoestima</li> <li>❖ Síntomas de la depresión y</li> <li>❖ Causas de la depresión y sus componentes</li> <li>❖ Depresión y autoestima en adolescentes</li> </ul> <p>Al finalizar la 2da parte se formularán preguntas (ver anexo 08)</p>	Laptop Papelógrafo Plumones gruesos	45

Semana 4/sesión 4

Actividad	Objetivos	Estrategia	Desarrollo	Material	Tiempo
<p><b>¡No me soporto!</b></p>	<p>Aumentar la autoestima y autoidentificar carencias en los adolescentes, mediante la identificación de los indicadores de baja autoestima, usando dinámicas grupales, Charlas, talleres, etc..</p>	<p>Dinámica grupal Frasas incompletas Exposición Reflexiva</p>	<p><b>1ra Parte</b></p> <p>Se iniciará dando la bienvenida a los participantes haciendo una breve retroalimentación de la sesión anterior enfocándose en un factor de la depresión que es la autoestima baja.</p> <p>Se desarrollará una dinámica llamada “el rompecabezas”; el cual será (ver anexo 03) de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Se pedirá a los participantes formen grupos de 4</li> <li>❖ Se entregará 4 imágenes en papel bond recortada como rompecabezas e intentaran unir las piezas correspondientes.</li> </ul> <p>Una vez los grupos formados se entregarán fichas (ver anexo 04) con “frases incompletas”.</p> <p>Ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ “no me soporto cuando.....”</li> <li>❖ ....</li> </ul> <p>El uso de frases incompletas, nos permitirá explorar e identificar, rasgos inconscientes en la personalidad depresiva del adolescente, con finalidad de brindarles el soporte correspondiente.</p> <p>Se terminará con una frase ¡yo soy valiosa! Y se agradecerá la participación, así mismo se hará la invitación a la siguiente sesión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Papel bond</li> <li>❖ Tijeras</li> <li>❖ Copias de las fichas</li> <li>❖ Papelógrafo</li> </ul>	<p>50 minutos</p>

Semana 5 sesión 5

Actividad	Objetivos	Estrategia	Desarrollo	Material	Tiempo
<p><b>¡Nadie me quiere!</b></p>	<p>Aumentar la autoestima en los adolescentes, mediante la identificación de los indicadores de baja autoestima, usando dinámicas grupales, Charlas, talleres, etc..</p>	<p>Dinámica grupal Expositiva Visualización de video Lluvia de ideas Reflexión</p>	<p><b>1ra Parte</b></p> <p>Se iniciará la sesión del taller dando la bienvenida y felicitando por tu su participación.</p> <p>Se realizará un juego dinámico “nadie te quiere”</p> <p>Esta consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Formar un círculo con una pelota de papel, la misma que será lanzada a un compañero: ejemplo ¡nadie me quiere porque soy gordo!, así sucesivamente.</li> </ul> <p>A continuación, se mostrará un video “nadie me quiere porque soy gordo”, de 4 minutos (ver anexo 1) <a href="https://www.youtube.com/watch?v=tjJ79fWiR-Q">https://www.youtube.com/watch?v=tjJ79fWiR-Q</a></p> <p>El video ¡nadie me quiere porque soy gordo!, dura 5 minutos aprox. y muestra a un joven, que recibe insultos de sus compañeros y observa de si, una apariencia poco agradable a sus ojos, lo que hace que se profiera descalificativos. El motivo del video es para que el público asistente reflexione sobre el poder de las “frases negativas expresadas” y el daño que se hace a las personas con autoestima negativa. mientras se rueda el video la</p>	<p>Laptop Proyector Papel bond Papelógrafo</p>	<p>60</p>

			<p>expositora pegará un papelógrafo con preguntas (ver anexo 01).</p> <p>Se cerrará la sesión con una lluvia de ideas y se invitarán a una reflexión sobre el amor que se debe sentir hacia sí mismos, meta que se logrará si se cultivan pensamientos positivos.</p>		
--	--	--	---	--	--

**Semana 6 sesión 6**

Actividad	Objetivos	Estrategia	Desarrollo	Material	Tiempo
	<p>Generar una disminución de la disforia y autoconcepto negativo en las adolescentes, descubriendo aspectos positivos de mi autoimagen.</p>	<p>Dinámica grupal debate retroalimentación</p>	<p><b>1ra Parte</b></p> <p>Se brindará la bienvenida en esta oportunidad se pedirá la participación de los padres o algún familiar cercano de darse el caso.</p> <p>Se dará inicio el taller con una dinámica “el espejo”, donde se unirán en pareja y uno de ellos hará de espejo, e imitará todos los movimientos que el otro realice.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ A continuación, se formará dos filas, con dos espejos al frente el cual cada participante se pondrá frente al espejo y mencionará que aspecto no le gusta de su cuerpo, y así sucesivamente.</li> </ul> <p><b>2da Parte</b></p> <p>Se usará una frase “que me gusta de mi cuerpo” y se pedirá al adulto o familiar que se acerca y mencione una cualidad positiva, así sucesivamente participarán todos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Se realizará un debate sobre la dinámica y técnica del espejo con preguntas (ver anexo 01)</li> </ul>	<p>02 espejos grandes</p>	<p><b>50 minutos</b></p>

			<p>Se culminará la sesión desarrollando una retroalimentación, sobre la importancia de fortalecer nuestra autoimagen, que permitirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Generar una autoestima sana</li> <li>❖ Mejorará la relación con uno mismo</li> <li>❖ Fortalecerá la autoconfianza</li> <li>❖ Aprenderán a amarse a sí mismos</li> </ul> <p>Por último, se brindará información sobre estrategias de cómo fortalecer la autoimagen.</p>		
--	--	--	--	--	--

Semana 7 / sesión 7

Actividad	Objetivos	Estrategia	Desarrollo	Material	Tiempo
<p><b>¿Cómo me defino!</b></p>	<p>Generar una disminución de la disforia y autoconcepto negativo en las adolescentes, mediante el autoconcepto positivo</p>	<p>Dinámica de integración Lluvia de ideas Expositiva</p>	<p>Se felicitará a los asistentes por su participación a las sesiones, para iniciarla con una dinámica de “persona a persona”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Todos caminarán y formarán parejas ¡a la voz! Todos “nariz con nariz”, “cabeza con cabeza”, “pie con pie” ....</li> <li>❖ se continua con la participación de una pareja, quien se colocará una hoja bond en la espalda, el cual su pareja describirá cualidades positivas a su compañero. El cual posteriormente se los leerá en voz alta</li> <li>❖ Luego se invertirá los roles hasta que ambos se describan cualidades positivas y estas sean leídas en voz alta.</li> </ul> <p>La finalidad del trabajo es que los adolescentes practiquen el uso de frases positivas y experimenten una disminución del autoconcepto negativo.</p> <p>Luego se pedirá una lluvia de ideas respecto a las siguientes preguntas (ver anexo 01)</p> <p>Se cerrará la sesión con una exposición en papelógrafo sobre autoconcepto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ¿Qué es el autoconcepto?</li> <li>❖ Factores que determinan el autoconcepto</li> </ul>	<p>Papel bond y scotch Plumones gruesos papelógrafo</p>	<p>60</p>

			<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Importancia de tener un autoconcepto positivo en la adolescencia.</li><li>❖ Estrategias de cómo fortalecer mi autoconcepto</li></ul>		
--	--	--	--	--	--

Semana 8 / sesión 8

Actividad	Objetivos	Estrategia	Desarrollo	Material	Tiempo
<p><b>¡Cómo me defino!</b></p>	<p>Generar un autoconcepto positivo</p>	<p>Dinámica de integración Lluvia de ideas Expositiva</p>	<p>Se iniciará la sesión del taller dando la bienvenida y felicitando a los asistentes por su participación continua.</p> <p><b>1ra Parte</b></p> <p>Se expondrá en papelote todas las características de la autoestima negativa, mientras los participantes sueltan frases contrarias a lo que observan en el primer punto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ No respetarse a uno mismo</li> <li>❖ Autoconcepto negativo</li> <li>❖ Autoimagen negativa</li> <li>❖ Autoaceptación negativa</li> <li>❖ No valorar nuestras cualidades</li> </ul> <p>Esta actividad se realiza con la finalidad que el participante logre cambiar su realidad reprogramando su mente y pensamientos mediante el uso de frases positivas.</p> <p><b>2da Parte</b></p> <p>Se realiza una dinámica llamada “el granjero” en el que se forman grupos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ En papeles el psicólogo pintará diferentes animales.</li> <li>❖ Posteriormente entregará los papeles doblados a los participantes y les pedirá que caminen en círculos por el ambiente.</li> </ul>	<p>Papel bond Plumones gruesos Papelógrafo</p>	<p>50 minutos</p>

			<p>❖ Mientras estos caminan nombrará un animal (compro un perro, compro un pato, etc) hasta formar grupos de 5.</p> <p>Una vez formados los grupos cada grupo emitirá los sonidos y representará a cada animal.</p> <p>La dinámica permitirá que los asistentes mejoren sus relaciones inter e intrapersonales. Antes de finalizar se proporcionan fichas para completar con una frase “Mi futuro en 1 año” (ver anexo 5). En esta última parte se comprobará si los participantes toman decisiones y se adaptan a cambios futuros de forma exitosa.</p> <p>Se cierra la sesión agradeciendo por el tiempo regalado e invitando a dos participantes quienes se insultarán cambiando las frases negativas por insultos positivas, mientras que el otro devolverá abrazos en lugar de insultos o gritos, así mismo se les pedirá que llenen una encuesta compuesta por 5 preguntas, la misma que evaluará el nivel de satisfacción en la asistencia a todas las sesiones. (ver anexo 2)</p>		
--	--	--	---	--	--

## Referencias Bibliográficas

- Abramson, L. Alloy, L. Matalsky, G. Joiner, T. Sandin B. (1994), *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 2. N° 3, pp. 211-222. 1997, recuperado de:  
<http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3845/3700>
- Arévalo, E. (2008), *Inventario de depresión infantil, tesis Adaptación y estandarización del CDI, para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura*. Pág. 1-44, recuperado de:  
<https://es.scribd.com/doc/50593062/Manual-Del-Cdi>
- Arrom, C., Ruoti, M., Samudio, M., Orue, E. (2015), *Sintomatología depresiva en embarazadas víctimas de abuso sexual*, recuperado de *Memorias del instituto de investigación en ciencias de la salud* de:  
<http://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/637>
- Astudillo, M & Inga A. (2016), *Frecuencia de ansiedad y depresión en niñas y adolescentes de la casa de acogida, Miguel León del cantón* (tesis de pregrado), universidad de Cuenca Ecuador recuperado de:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25503/1/TESIS.pdf>
- Ávila, & Espinoza, (2015), *Indicadores de depresión en niños y adolescentes* pág. 195-203 recuperado de *Horizonte de la ciencia* el 18 de enero 2019 de:  
<file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-IndicadoresDeDepresionEnNinosDeCuartoASextoGradoDe-5612847.pdf>
- Ávila, Andrea, (2013) *Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole – Isis* (tesis de pregrado), universidad de Cuenca Ecuador, Recuperado de:  
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3676/1/T-UCE-0007-121.pdf>

Ávila C. & Espinoza J, (2015), *Indicadores de depresión en niños de 4to a 6to de primaria* (tesis de pregrado), universidad Continental de Huancayo- Perú  
recuperado de Horizonte de la Ciencia 6 (10) Julio 2016 FE/UNCP. ISSN. Pág. 1-9,  
recuperado de:  
<http://revistas.uncp.edu.pe/index.php/horizontedelaciencia/article/viewFile/215/211>

Barrio V, Roa M, Olmedo M, Colodron F. (2002), Primera adaptación del CDI a la población española Del Barrio, Olmedo y Colodron / acción psicológica 3 (2002) pág. 263-272, de:  
[https://www.researchgate.net/publication/28092761\\_Primer\\_a\\_adaptacion\\_del\\_CDI-S\\_a\\_poblacion\\_espanola](https://www.researchgate.net/publication/28092761_Primer_a_adaptacion_del_CDI-S_a_poblacion_espanola)

Jadan, López, C. (2017), *Depresión en adolescentes de 14 a 16 años* (tesis de pregrado), universidad nacional de Loja Ecuador, pág. 1-102, recuperado de:  
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19702/1/Cristina%20Yasmin%20Jad%C3%A1n%20L%C3%B3pez.pdf>

Beck, A.T. (1967). Citado por Buchwald, A. M. (1977). Depressive mood and estimates of reinforcement frequency. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(4), 443-446, recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/1978-20332-001>

Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.

Boeree, G, (1998), libro electrónico El almanaque, Parrf. 1-122, Recuperado de:  
<http://www.elalmanaque.com/psicologia/freud.htm>

Cano, J. (2013), Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana. *Revista Minds*. Recuperado de:  
<http://blog.ucvlima.edu.pe/index.php/minds/article/view/4/4>

Coto, E. E, Alonso, Y, & Gómez, Y. F. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 293-314. Recuperado de:  
<file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-PacientesSíntomasTrastornosOrganicidadYPsicopatolo-3229782.pdf>

Castillo, R, S. (2016), *Presencia de síntomas depresivos en adolescentes del colegio Rosenthal de la Puente de Magdalena del Mar en el año 2016* (Tesis de pregrado), Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima- Perú pág. 8.  
Recuperado de:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5182/Castillo\\_rs.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5182/Castillo_rs.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Cauas, D. (2015), *Definición de las variables, enfoque y tipo de investigación*. Bogotá: biblioteca electrónica de la universidad Nacional de Colombia, 2. Recuperado de:  
[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36805674/1-Variables.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1552660618&Signature=yb5Yg6IFtnjJg5Xhrj6aS3n5Uc%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3Dvariables\\_de\\_Daniel\\_Cauas.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36805674/1-Variables.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1552660618&Signature=yb5Yg6IFtnjJg5Xhrj6aS3n5Uc%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3Dvariables_de_Daniel_Cauas.pdf)

Cordero, D., (2017), *CDI inventario de depresión infantil de M., Kovacs* recuperado de:  
<https://docplayer.es/18002420-Cdi-inventario-de-depresion-infantil-maria-kovacs.html>

Chauca, J., (2017), *Adaptación psicométrica de la escala para adolescentes* pág. 12-161 recuperado de: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/11176>

Doloriel, P., (2019), *Síntomas depresivos en adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar del distrito de san Juan de Lurigancho*. (Trabajo de suficiencia profesional) UIGV Lima-Perú

Fernández, R. J., (2016), *Clima social familiar y síntomas depresivos en estudiantes de una institución educativa*, (tesis de pregrado), universidad Juan Mejía Baca Bogotá-Colombia, pág. 1- 106, recuperado de:  
<http://repositorio.umb.edu.pe/bitstream/UMB/62/1/Tesis%20Fernandez%20Roque%20Jhasmin.pdf>

González, C., Hermosillo de la Torre, A. E., Vacío-Muro, M. D. L. Á., Peralta, R., & Wagner, F. A. (2015), Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155. Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462015000200149](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462015000200149)

Hernández R; Fernández C, y Baptiste P, (2010), *Metodología de la investigación*. Quinta edición. Mc Graw Hill. México 2010, recuperado de:  
[http://www.esup.edu.pe/descargas/dep\\_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf](http://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf)

Infobae, (2016), *Ansiedad y depresión adolescente, un inquietante drama en ascenso*. canal de noticias online de Argentina parrf. 1,2-18 Recuperado de:  
<https://www.infobae.com/tendencias/2016/10/31/ansiedad-y-depresion-adolescente-un-inquietante-drama-en-ascenso/>

Instituto Nacional de la Salud Mental (2010), *Depresión*, recuperado de publicación

de NIH Núm. SQF 11-3561 División de Redacción Científica, párrf. 1-26, recuperado de:

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp/index.shtml>

Instituto nacional de salud mental Noguchi, (2014), Recuperado de la sala de prensa virtual párrf. 1-8, recuperado de:

<http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/020.html>

Jadresic (2014), Departamento de psiquiatría y salud mental, Recuperado del informe de Depresión perinatal: detección y tratamiento recuperado de: [https://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/23-jadresic.pdf](https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/23-jadresic.pdf)

Kovacs, M. (1992). Children's Depression Inventory CDI Manual. New York: Multi-Health Systems.

Kovacs, M. & Beck, , A.T.(1977). An empirical approach toward a definition of childhood depression. En J.G. Schulterbrandt. Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models. New York: Raven Press

López, M. (2018), Salud mental, recuperado de radio programas del Perú párrf.

1- 8 el 22 de enero del 2018 de:

<https://vital.rpp.pe/salud/salud-mental-depresion-y-ansiedad-afectan-a-ninos-y-jovenes-durante-la-etapa-escolar-noticia-1155649>

López, P. L. (2004), Población muestra y muestreo, punto cero, 9(08), 69-74. recuperado de:

<http://www.scielo.org.bo/pdf/rpc/v09n08/v09n08a12.pdf>

- Makhijani, (2017), Las madres jóvenes son más propensas a sufrir depresión,  
recuperado del Canal de Vice parrf. 1-9, recuperado de:  
[https://www.vice.com/es\\_latam/article/kbp48w/las-madres-jovenes-son-mas-propensas-a-sufrir-de-depresion](https://www.vice.com/es_latam/article/kbp48w/las-madres-jovenes-son-mas-propensas-a-sufrir-de-depresion)
- Martínez, P. & Waysel R. (2009), Depresión en adolescentes embarazadas  
Recuperado de artículo enseñanza e investigación en Psicología VOL. 14, Num. 2:  
261-274 julio-diciembre, 2009, recuperado de:  
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29211992004.pdf>
- Monje, C., (2011) Guía didáctica - Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa, Universidad Sur Colombiana pág. 11-217  
<https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Pardo , G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004), Adolescencia y depresión. Revista colombiana de psicología, 13(1), 13-28. Recuperado de:  
<file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-AdolescenciaYDepresion-3246301.pdf>
- Ekman, P., (2016), Blog: para emocionarse - las emociones Básicas  
<https://paraemocionarse.wordpress.com/category/teoria-de-ekman/>
- Pernalete, J. (2017), Gestión de redes informática para el sistema de alerta temprana de inundaciones en el municipio Maracaibo. Télématique, 16(2), 54-78.  
Recuperado de:  
<https://www.redalyc.org/pdf/784/78457361004.pdf>
- Olivero, de la M, D, (2017), *Acoso escolar y depresión en estudiantes de secundaria*

*de un colegio estatal de los Olivos 2016*, (tesis de pregrado), Universidad Cesar Vallejo Lima- Perú, pág. 1-80 recuperado de:

[http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/3340/Olivero\\_DLMDS.pdf?sequence=1](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/3340/Olivero_DLMDS.pdf?sequence=1)

OMS, (2015), Depresión en Colombia es más alta que el promedio en el mundo.

Recuperado del diario virtual el Tiempo el 19 de enero de 2019, prrf. 1-13 de:

<https://www.eltiempo.com/vida/salud/cifras-sobre-depresion-en-colombia-y-en-el-mundo-segun-la-oms-61454>

OMS (2018), salud del adolescente recuperado de comunicado de prensa recuperado de:

[https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)

OMS (2000), Publicado por Churchill Livingstone. Traducido por editorial médica

Panamericana Edición Junio recuperado de:

<https://www.medicapanamericana.com/Autores/Autor/19952/CIE10-Clasificacion-Internacional-de-las-Enfermedades-OMS.html>

Pérez, (2017), definición de la euforia prarf 1-5 recuperado de:

<https://definicion.de/disforia/>

Quiroz, R., (2017), facultad de Humanidades de la Universidad cesar vallejo. Tesis

*sintomatología depresiva y bullying* pág. 1-92 recuperado de:

[http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/3398/Tumbay\\_TLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/3398/Tumbay_TLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ramírez, Brenda, (2018), *Incidencia de depresión en adolescentes de 12*

a 14 años, (tesis de pregrado), universidad Rafael Landívar - Guatemala pág. 9-102,  
recuperado de:

<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrkd/2018/05/42/Ramirez-Brenda.pdf>

Rosas M., Yampufe M., López M., Carlos, G y Sotil A., (2011), Scielo Perú, *Niveles de depresión en estudiantes de Tecnología Médica*, (tesis de pregrado), Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú, Recuperado de:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832011000300005](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832011000300005)

Sausa, M. (2018), Menores ocupan el 70% de atenciones en salud mental.

Recuperado del diario Perú 21 parrf.2,3,4-18 de:

<https://peru21.pe/peru/cifras-salud-mental-peru-menores-ocupan-70-atenciones-infografia-394376>

Seligman, M. E. (1975), *Helplessness: On depression, development, and death. A series of books in psychology*. New York, NY: WH Freeman/Times Books/Henry Holt & Co. recuperado de:

<https://ykpswdtdb09.storage.googleapis.com/EeBXIXMym8mJMsvq5A09.pdf>

Solís, (2009), *Aportes al análisis de la validez y de la confiabilidad del Inventario de Depresión para Niños de Kovacs* (tesis pregrado), Universidad de Costa Rica recuperado de:

<http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis3.pdf>

Sousa, V. Driessnack, M. y Costa, I. (2007), Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: Diseños de investigación cuantitativa. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 15(3), 70-76.

Tamayo, M. (2003), *El Proceso de la Investigación Científica*. México:

Editorial Limusa. Recuperado de:

<http://www.revista.unam.mx/vol.11/num11/art107/art107.pdf>

TN, (2017), *Relaciones TN* sitio web recuperado de:

<http://www.tnrelaciones.com/informacion/modelos-y-teorias-que-intentan-explicar-el-origen-de-la-depresion/>

Villa, V., (2017), *El autodesprecio*, recuperado del sitio web, *El financiero* recuperado

de: <https://www.elfinanciero.com.mx/opinion/vale-villa/autodesprecio>

Wikiquote (2017), *historia de la depresión* recuperado de:

<https://es.wikiquote.org/wiki/Melancol%C3%ADa>

Zapata, Q. G. (2016), *Depresión y sentido de la vida en alumnos de una*

*institución educativa nacional* (tesis de pregrado), Universidad Privada del Norte

Trujillo- Perú recuperado de UPN pág. 1-75 recuperado de:

<http://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/10146/Zapata%20Quispe%20G>

[loria%20.pdf?sequence=1](http://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/10146/Zapata%20Quispe%20G)

## **ANEXOS**

## Anexo N°1

### Matriz de Consistencia de la variable depresión

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	METODOLOGIA
¿Cuál es el nivel general de síntomas depresivos en adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho?	Determinar el nivel general de síntomas depresivos en adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho.	<b>Metodología de la investigación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tipo: Descriptivo</li> <li>✓ Diseño: No experimental</li> <li>✓ Enfoque: Cuantitativo</li> <li>✓ Corte: Transversal</li> </ul>
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	POBLACIÓN Y MUESTRA
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Cuál es el nivel de Síntomas depresivos según la dimensión disforia, en adolescentes que asisten al Centro Obstétrico preventivo el Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho?</li> <li>✓ ¿Cuál es el nivel de síntomas depresivos según la dimensión autoestima o autodesprecio, en adolescentes que asisten al Centro Obstétrico preventivo el Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Determinar el nivel de síntomas depresivos, según la dimensión disforia, en adolescentes que asisten al Centro Obstétrico preventivo el Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho.</li> <li>✓ Determinar el nivel de síntomas depresivos, según la dimensión autoestima o autodesprecio, que presentan las adolescentes que asisten al Centro Obstétrico preventivo el Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho.</li> </ul>	<b>Población</b> <p>La población de la presente investigación está conformada por 50 adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar del distrito de San Juan de Lurigancho, que fueron atendidos durante el periodo de febrero y marzo del 2019.</p> <b>Muestra</b> <p>Una muestra es intencional, no probabilística y de tipo censal, porque se evalúa al 100% de la población. Por tanto, en la presente investigación se evaluará a los 50 adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El Pilar.</p>

## Anexo 2

### Carta de aceptación



# Universidad Inca Garcilaso de la Vega

**Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas**

Facultad de Psicología y Trabajo Social

Lima, 08 de Marzo del 2019

Carta N° 568-2019-DFPTS

Señora  
**PILAR ALVAREZ LIMA**  
**JEFA DEL COP-EL PILAR**  
**CENTRO OBSTÉTRICO PREVENTIVO EL PILAR**  
Presente.-

Luego de recibir mis saludos y muestras de respeto, presento a la señorita **Mannheim del Pilar DOLORIER LIZANA**, Bachiller de la Carrera Profesional de Psicología de nuestra Facultad, identificada con código 34-7301227, quien desea realizar una muestra representativa de investigación en la Institución que usted dirige; para poder así optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología, bajo la Modalidad de Suficiencia Profesional.

Agradezco la atención a la presente carta y renuevo mis cordiales saludos.

Atentamente,



Dr. RAMIRO GÓMEZ SALAS  
Decano (e)  
Facultad de Psicología y Trabajo Social

RGS/erh  
Id. 1045575



Av. Petit Thouars 248, Lima  
Teléfonos: 433 1615 / 433 2795 Anexo: 3304  
E-mail: psic-soc@uigv.edu.pe

FACULTAD DE  
PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL

### Anexo N° 3

#### Galería de fotos



**Anexo 4**

**INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL DE KOVACS  
CDI APLICACIÓN EN NIÑOS DE ENTRE 9 Y 15 AÑOS EDAD**

día----- mes -----año-----sexo-----grado escolar- fecha de hoy --  
-----centro educativo----- puntuación-----  
----- instrucciones en el  
presente cuestionario, no hay respuestas correctas o incorrectas. únicamente señala la  
frase que te describa mejor. marca solo uno de los círculos con (x), la frase que más se  
acerque a cómo te sientes. pasa a la página siguiente

Ítems	Marcar	Preguntas
01	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Estoy triste de vez en cuando Estoy triste muchas veces Estoy triste siempre
02	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nunca me saldrá nada bien No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien. Las cosas me saldrán bien.
03	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Hago bien la mayoría de las cosas. Hago mal muchas cosas. Todo hago mal.
04	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Me divierten muchas cosas. Me divierten algunas cosas. Nada me divierte.
05	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Soy malo siempre. Soy malo muchas veces. Soy malo algunas veces.
06	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas. Me preocupa que me ocurran cosas malas. Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas muy terribles.
07	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Me odio. No me gusta como soy. Me gusta como soy.
08	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Todas las cosas malas son culpa mía. Muchas cosas malas son culpa mía. Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.
09	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	No pienso en matarme. Pienso en matarme, pero no lo haría. Quiero matarme.
10	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Tengo ganas de llorar todos los días. Tengo ganas de llorar muchos días. Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.
11	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Las cosas me preocupan siempre. Las cosas me preocupan muchas veces. Las cosas me preocupan de cuando en cuando.
12	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Me gusta estar con la gente. Muy a menudo no me gusta estar con la gente. No quiero en absoluto estar con la gente.
13	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	No puedo decidirme. Me cuesta decidirme. Me decido fácilmente.
14	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Tengo buen aspecto. Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan. Soy feo.
15	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Siempre me cuesta ponerme hacer los deberes. Muchas veces me cuesta ponerme hacer los deberes. No me cuesta ponerme hacer los deberes.

16	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<p>Todas las noches me cuesta dormirme.  Muchas noches me cuesta dormirme.  Duermo muy bien.</p>
17	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<p>Estoy cansado de cuando en cuando.  Estoy cansado muchos días.  Estoy cansado siempre</p>
18	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<p>La mayoría de los días no tengo ganas de comer.  Muchos días no tengo ganas de comer.  Como muy bien.</p>
19	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<p>No me preocupa el dolor ni la enfermedad.  Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.  Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.</p>
20	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<p>Nunca me siento solo.  Me siento solo muchas veces.  Me siento solo siempre.</p>
21	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<p>Nunca me divierto en el colegio.  Me divierto en el colegio solo de vez en cuando.  Me divierto en el colegio muchas veces.</p>
22	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<p>Tengo muchos amigos.  Tengo muchos amigos, pero me gustaría tener más.  No tengo amigos.</p>
23	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<p>Mi trabajo en el colegio es bueno.  Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.  Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.</p>
24	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<p>Nunca podré ser tan bueno como otros niños.  Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.  Soy tan bueno como otros niños.</p>
25	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<p>Nadie me quiere.  No estoy seguro de que alguien me quiera.  Estoy seguro de que alguien me quiere.</p>
26	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<p>Generalmente hago lo que me dicen.  Muchas veces no hago lo que me dicen.  Nunca hago lo que me dicen.</p>
27	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<p>Me llevo bien con la gente.  Me peleo muchas veces.  Me peleo siempre.</p>

## Anexo N° 5

### FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SER EVALUADO (a) EN EL CENTRO OBSTÉTRICO EL PILAR

Yo, \_\_\_\_\_, acepto participar voluntariamente en el estudio  
“Síntomas depresivos en adolescentes que asisten al centro obstétrico preventivo El  
Pilar del distrito de san Juan de Lurigancho” y de ser necesario que se me fotografíe.

Declaro que he leído (la prueba psicométrica) y no encontrado nada que me perjudique,  
además de haber comprendido la forma en que seré participe del estudio. He tenido la  
oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas y al no tener dudas al  
respecto procedo a firmar el presente documento.

Firma Participante

Firma del apoderado

Firma de la participante

Firma del Investigador/a responsable

Lugar y Fecha:

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en poder de cada parte.

## ANEXOS DEL PROGRAMA

### Anexo 1 preguntas respecto al video

<p><b>Sesión N° 1</b>  <b>Video N°1: “estoy bien”</b>  <a href="https://www.youtube.com/watch?v=XeUjIh4HXt0&amp;t=409s">https://www.youtube.com/watch?v=XeUjIh4HXt0&amp;t=409s</a></p>	<p><b>Sesión N° 2</b>  <b>Tema: “tipos de emociones e importancia de expresar las emociones guardadas, mediante la escritura”</b></p>	<p><b>Sesión N° 3</b>  <b>Video N° 2 “un mal día”</b>  <a href="https://www.youtube.com/watch?v=FvUfKtBJdgl">https://www.youtube.com/watch?v=FvUfKtBJdgl</a></p>
<p>1) ¿Qué opina de la actitud de la persona?                  2) ¿Qué harían Uds. si estarían en una situación difícil?                  3) ¿el silencio es la mejor opción?                  4) ¿creen que es importante comunicar lo que sentimos?                  5) ¿Qué haría Ud. ¿Si se encuentra con alguien con una conducta similar a los del video?</p>	<p>1) ¿Qué les pareció la dinámica?                  2) ¿fue difícil escribir?                  3) ¿Qué emoción sintieron en el momento de hacerlo?                  4) ¿creen que encontrarán ayuda?</p>	<p>1) ¿Qué les pareció el video?                  2) ¿se identificaron con la protagonista?                  3) ¿sienten que la solución de tuvo fue la adecuada?                  4) ¿Cómo Uds. actuarían si sienten así?  <b>Tema: depresión y autoestima”</b>                  1) ¿Qué puedo hacer si me pasa a mí?                  2) ¿Estoy triste o deprimido?</p>
<p><b>Sesión N° 5</b>  <b>Video N° 3 “frases negativas expresadas”</b>  <b>Nadie me quiere por que soy gordo</b>  <a href="https://www.youtube.com/watch?v=tjJ79fWiR-Q">https://www.youtube.com/watch?v=tjJ79fWiR-Q</a></p>	<p><b>Sesión N° 6</b>  <b>Técnica: “El espejo”</b></p>	<p><b>Sesión N° 7</b>  <b>Técnica: “lluvia de ideas”</b>                  Responder como el sentir de cada uno</p>
<p>1) ¿Como descubrir mi amor propio?                  2) ¿Importancia de los estímulos negativos que recibimos?                  3) ¿De qué somos capaces cuando cambiamos nuestra forma de pensar?                  4) ¿Cómo mejorar mi autoestima?</p>	<p>1) ¿Cuál fue fácil o difícil el espejo o la persona)?                  2) ¿Nos gusta vernos el espejo frecuéntente?                  3) ¿Vale la pena opacar lo que te gusta con un solo complejo o alguna crítica negativa?                  4) ¿A tu mejor amigo le dirías, lo que no te gusta de la forma como lo haces a ti mismo?                  5) ¿Creen que fortalece el apoyo familiar con respecto a mi aspecto personal?</p>	<p>1) ¿Nos definimos de forma positiva?                  2) ¿Influye lo que piensen los demás de nosotros?                  3) ¿Es necesario compararnos con los demás?                  4) ¿Qué mensajes creen que puede alimentarnos para tener un mejor concepto de sí mismos?</p>

## Anexo N° 2

### Encuesta de satisfacción

1) ¿A cuántas sesiones del programa asistió?

.....  
.....  
.....

2) ¿Si recuerda el tema de cada sesión nómbrelos?

.....  
.....  
.....

3) ¿Qué tema le agrado más?

.....  
.....  
.....

4) ¿Cuál es su opinión del programa?

.....  
.....  
.....

5) ¿Que otro tema le gustaría tratar en un próximo programa?

.....  
.....  
.....

**Anexo 3.**

Rompecabezas



Varios



**Anexo 4.**

**Fichas de frases incompletas 95**

**No me soporto cuando**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Me veo horrible cuando**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**No me gusta de mi cuerpo**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Tengo miedo a**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Anexo 5:**

Mi futuro en un 1 año

**1. ¿Cómo te imaginas físicamente?**

.....  
.....

**2. ¿A qué crees que te dedicas?**

.....  
.....

**3. ¿Con quién vives?**

.....  
.....

**4. ¿Qué amigos tienes?**

.....  
.....

**5. ¿Cómo es la relación con tus padres?**

.....  
.....

**6. ¿Tienes pareja e hijos?**

.....  
.....

**7. ¿Qué te gusta hacer en tiempo libre?**

.....  
.....

**8. ¿Eres feliz?**

.....  
.....

**9. ¿De qué te sientes orgullosa?**

.....  
.....

**10. ¿Lograste tus proyectos de vida?**

.....  
.....

## Anexo 6

Folio de palabras

<b>Pensamientos</b>	<b>Emociones y valores</b>	<b>Conductas</b>	<b>Personas</b>	<b>Futuro</b>
✓ No rendirme	✓ Amor y cariño	✓ Valorar la amistad	✓ Papá	✓ Autorrealización
✓ Luchar por mis sueños	✓ Felicidad	✓ Ser tolerantes con los demás	✓ Mamá	✓ Feliz
✓ Si puedo	✓ Humor	✓ Comer bien	✓ Amigos	✓ Paz
✓ Creo en mi	✓ Alegría	✓ Practicar un deporte	✓ Tíos	✓ Armonía
✓ Me quiero	✓ Satisfacción	✓ Ejercitar la mente	✓ Abuelos	✓ Libertad
✓ Me respeto	✓ Compromiso	✓ Socializar	✓ Primos	✓ Evolución
✓ Me gusta mi cuerpo	✓ Orgullo	✓ Comunicarse	✓ Maestro	
✓ Enfrento mis miedos	✓ Honestidad	✓ Pedir ayuda		
✓ Soy un ser humano y vivo para ser feliz	✓ Sensibilidad	✓ Dormir bien		
✓ Merezco respeto	✓ Gratitude	✓ Hablar de nuestros sentimientos		
✓ Yo tengo el poder de decisión	✓ Responsabilidad	✓ Aceptarse		
✓ Soy agradecido	✓ Respeto	✓ Decir palabras positivas		
✓ Me comprometo a ser feliz	✓ Prudencia			
	✓ Paciencia			
	✓ Humildad			