



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Para optar el título profesional de LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Trastorno Depresivo en Adolescentes en un Hospital Estatal en el Distrito de San Juan de
Miraflores 2020

AUTORA

Montoya Sánchez Heliana Del Rocio

ASESORES

Dra. Rico Chanamé Delia Gladys

Dr. Castillo Chavez Luis Manuel

Lima - Perú

Agosto, 2020

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios divino creador, por guiarme siempre e iluminar mi camino.

A mis padres, por forjarme en un hogar lleno de valores.

A mi esposo, amor de mi vida, amigo y compañero, por su apoyo incondicional.

A mis hijos, fuente de inspiración, mi motor y motivo

Y hasta el cielo a mi inolvidable Tulita.



AGRADECIMIENTO

A las Autoridades de la Facultad de Psicología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

A mis maestros que contribuyeron a mi formación profesional

A mis asesores, por su orientación y consejos para cristalizar el presente Trabajo de Suficiencia Profesional.



INDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
INDICE.....	4
INDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	6
RESUMEN	7
ABSTRACT.....	8
KIWORDS.....	8
INTRODUCCION.....	9

CAPITULO I : ASPECTOS GENERALES.

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN.....	10
1.1.1 Descripción del producto o servicio.....	10
1.1.2 Ubicación geográfica	10
1.1.3 Contexto socioeconómico.....	11
1.1.4 Actividad general o área de desempeño.....	12
1.1.5 Misión y visión.....	12
1.1.6 Propósito.....	13
1.1.7 Valores.....	13
1.1.8 Organización.....	14

CAPITULO II : DESCRIPCION GENERAL DE LA EXPERIENCIA

2.1 Actividad Profesional Desarrollada.....	16
2.2 Propósito del puesto y función asignadas.....	16
2.2.1 Actividad desempeñada.....	18
2.2.2 Producto.....	18
2.2.4 Resultados.....	18

CAPITULO III – FUNDAMENTACION DEL TEMA

3.1 Teoría y Práctica en el desempeño Profesional.....	19
3.1.1 Definiciones.....	19
3.1.1.1 Trastorno depresivo.....	19
3.1.1.2 Causas de depresión.....	20
3.1.1.3 Consecuencias de la depresión.....	22
3.1.1.4 Síntomas de la depresión en adolescentes.....	24
3.1.1.5 Criterios diagnósticos de un episodio depresivo.....	25
3.1.1.6 Investigaciones nacionales.....	29
3.1.1.7 Investigaciones internacionales.....	30
3.1.2 Teorías.....	31
3.1.2.1 Teoría atribucional de la indefensión aprendida.....	31
3.1.2.2 Teoría conductista.....	32
3.1.2.3 Teoría cognitiva de Beck.....	32
3.2 Acciones metodológicas y procedimientos.....	33
3.2.1 Descripción de las acciones.....	33
3.2.2 Metodología.....	34
3.2.2.1 Metodo.....	34
3.2.3 Técnicas de recolección de datos.....	35
3.2.3.1 Técnicas de entrevista semi estructurada.....	35
3.2.3.2 Técnicas de observación.....	35
3.2.3.3 Anamnesis.....	35
3.2.4 Procedimiento.....	37
3.2.4.1 Desarrollo de Estrategias.....	38
3.2.4.2 Programa de intervención.....	39
3.2.4.2.1 Desarrollo de las sesiones terapéuticas.....	44
3.2.4.2.2 Evaluación.....	57

CAPITULO IV: PRINCIPALES CONTRIBUCIONES

4.1 CONCLUSIONES.....	58
4.2 RECOMENDACIONES.....	59
4.3. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	60
4.4 ANEXOS.....	66

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

<i>Figura I.</i>	<i>Mapa de Lima Metropolitana</i>	11
<i>Figura II:</i>	<i>Organigrama del hospital</i>	14
<i>Figura III:</i>	<i>Organigrama del departamento de psicología</i>	15
<i>Figura IV:</i>	<i>Modelo conductivo de Beck</i>	20
<i>Figura V:</i>	<i>Causas de la depresión</i>	45
<i>Figura VI:</i>	<i>Terapia racional emotiva A. Ellis</i>	47
<i>Figura VII:</i>	<i>Pensamiento automático</i>	48
<i>Figura VIII:</i>	<i>Respiración diafragmática</i>	50
<i>Figura IX:</i>	<i>Cualidades personales</i>	51
<i>Figura X:</i>	<i>Árbol de mis logros</i>	52
<i>Figura XI:</i>	<i>Técnicas conductuales dominio, placer</i>	54
<i>Tabla I:</i>	<i>Crecimiento poblacional por distritos</i>	12
<i>Tabla II:</i>	<i>Consecuencias de la depresión</i>	23
<i>Tabla III:</i>	<i>Programa de intervención cognitivo conductual</i>	39

**TRASTORNO DEPRESIVO EN ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL ESTATAL
EN EL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES 2020**

RESUMEN

El presente trabajo de Suficiencia Profesional, tuvo como objetivo describir mi experiencia profesional en la intervención de un programa Cognitivo Conductual para depresión en adolescentes en un hospital de San Juan de Miraflores, con la finalidad de disminuir los síntomas depresivos de este grupo etáreo, y contribuir de esta manera en el bienestar emocional y por ende en el mejoramiento de la calidad de vida de esta población.

El Hospital que tiene como propósito brindar una atención de calidad a los pacientes, con la finalidad de mejorar su salud física y mental, y evidenciando la cantidad de pacientes adolescentes que acuden a dicha institución con síntomas depresivos, es que a partir de esta necesidad se desarrolló dicho programa con mucha responsabilidad y ética, teniendo en cuenta los fundamentos teóricos descritos en el presente trabajo.

Las estrategias Cognitivo Conductuales, según muestra la evidencia científica resultan ser eficaces para tratar el Trastorno depresivo en los adolescentes, que se ve reflejado en la mejoría y recuperación del paciente.

Palabras clave: Depresión, adolescente, empatía, Síntomas, Terapia

**DEPRESSIVE DISORDER ON YOUNG PEOPLE IN A STATE HOSPITAL IN THE
DISTRICT OF SAN JUAN DE MIRAFLORES 2020**

ABSTRACT

The following paper of a professional sufficiency had as a objective to describe my professional experience in the participation of a cognitive behavioral program to young people in a hospital of San Juan de Miraflores in order to reduce the depressive symptoms of this age Group and thus contribute to emotional well-being of this population as well as a better quality of life.

The hospital aims to provide quality care to patients, in order to improve their physical and mental health

knowing that the number of teenagers patients who come to this institution with depressive symptoms, starting from this need, the program was developed with great responsibility and ethic, taking into account the theoretical principles describe in this work.

The cognitive behavioral strategies are, as the scientific evidence show to be effective in treating depressive disorder in teenagers, which is reflected in the improvement and recovery of the patient

Keywords: Depresión, Teen, Empathy, Symptoms, rapport, Therapy

INTRODUCCIÓN

El informe desarrollado bajo la modalidad del curso de Suficiencia Profesional para obtener el grado de Licenciada en Psicología de la prestigiosa Universidad Inca Garcilaso de la Vega, tiene como objetivo principal evidenciar los conocimientos adquiridos durante mi formación profesional y la experiencia adquirida en el ámbito de la psicología Clínica, mi experiencia profesional se llevó a cabo en un hospital de San Juan de Miraflores, las funciones que cumplí fue, realizar la evaluación y diagnóstico, intervención psicológica y elaboración de informe en consultorio externo del Departamento de Psicología; además de brindar apoyo emocional, orientación y consejería psicológica, así como la respectiva evaluación y diagnóstico en piso en los servicios de Cenex, Oncología, Pediatría, y Ginecología.

En dicho hospital se evidenció la atención en mayor porcentaje de pacientes adolescentes con síntomas de depresión, motivo por el cual fue fundamental la intervención psicológica bajo el Enfoque Cognitivo Conductual, con la finalidad de reducir los síntomas depresivos en dicha población, con la intención de brindar una mayor calidad de vida.

El Informe está compuesto por 4 capítulos que se detallarán:

En el capítulo I, Contiene la descripción general del Hospital, la ubicación geográfica, el servicio que brinda a la comunidad, contexto socio económico de la población y los distritos considerados dentro del área de atención, así como su misión y visión.

En el capítulo II, se brinda una visión general de la experiencia profesional, como se desarrolló, cual fue la problemática y los resultados alcanzados.

En el capítulo III, se describe la fundamentación teórica del trastorno depresivo, como base principal para el desarrollo del programa Cognitivo Conductual en el paciente adolescente.

En el capítulo IV, Se consigna las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

Expongo el presente trabajo, que fue elaborado bajo toda la experiencia profesional, con mucha responsabilidad y ética.

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1 Descripción de la Institución

El Hospital, es una institución asistencial de tercer nivel del Ministerio de Salud, que funciona como único centro hospitalario de referencia del Cono Sur de Lima, depende orgánicamente del Instituto de Gestión de Servicio de Salud, entre sus funciones otorga atención integral a la población de las zonas periféricas en situación de pobreza, de los Distritos de Barranco, Chorrillos, Surco, San Juan de Miraflores, V.M.T., El Agustino, Lurín, Pachacamac, San Bartolo, Punta Hermosa, Punta negra, Pucusana, Santa María del Mar, así como referencias de provincias del Sur de Lima y departamentos de Ica, Ayacucho y Junín. Promueve el trabajo multidisciplinario a fin de contribuir a mejorar la calidad de la atención al público, y recuperación de la salud de la comunidad.

1.1.1 Descripción del Servicio

El hospital Brinda una atención de calidad en los diferentes servicios que ofrece a la comunidad, con la finalidad de mejorar la salud y ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección de salud en la población, así como también, la modernización de los servicios de salud, generar capacidades para el desarrollo e implementación de tecnologías, investigación e información sanitaria.

Cabe señalar que específicamente el Dpto. de psicología brinda servicios de atención al paciente niño, adolescente y adulto mayor, tanto en consultorio externo como en hospitalización, mediante evaluación, terapia, orientación, consejería, y apoyo emocional contribuyendo al mejoramiento de la salud emocional de los pacientes.

1.1.2 Ubicación geográfica.

El Hospital, es una dependencia del Ministerio de Salud, se encuentra ubicado en la Avenida Miguel Iglesias S/N, Distrito de San Juan de Miraflores. (Cono Sur de Lima **Metropolitana**).



Figura I : Mapa de Lima Metropolitana

Fuente: Artículo de endeperu.about.com (2020)

1.1.3 Contexto Socioeconómico.

En cuanto al contexto socioeconómico el cono sur de Lima, tiene una característica heterogénea ya que comprende zonas urbanas, urbano marginales, rurales y balnearios

Todos los distritos de Lima Sur pertenecen a la región costa, y su altitud está a menos 180 m. sobre el nivel del mar.

De acuerdo con la clasificación de la zona metropolitana de Lima, los distritos Barranco y Santiago de Surco se encuentran ubicados en la zona central y los 11 distritos restantes están considerados dentro del denominado cono sur de Lima. El distrito que tiene mayor extensión territorial es Lurín, que tiene 190.16 Km², y el más pequeño es el distrito de Barranco con 3.02 Km².

FONCODES establece una clasificación por quintiles, el quintil 1, representa al más pobre y el 5 al menos pobre. Para el año 2007 para el Cono Sur de Lima se encuentra: 2 distritos están en la categoría de muy pobre, 4 pobre, 5 en regular y 2 en aceptable.

	DISTRITOS	POBLACIÓN AÑO 2017
1	Villa el Salvador	477,392
2	Villa María del Triunfo	462,439
3	San Juan de Miraflores	416,519
4	Santiago de Surco	354,906
5	Chorrillos	336,631
6	Pachacamac	133,670
7	Lurín	87,769
8	Barranco	30,913
9	Pucusana	17,552
10	San Bartolo	7,937
11	Punta Hermosa	7,845
12	Punta Negra	8,180
13	Santa María del Mar	1658

Tabla. I: Crecimiento poblacional por distritos (2017)

Fuente: Ministerio de Salud, Plan operativo anual (2017)

1.1.4 Actividad General o Área de Desempeño

El hospital brinda atención integral del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, mediante actividades de recuperación de la salud, así como de rehabilitación y control de enfermedades, incorporando sistemas de mejoramiento continuo de la calidad en base a los lineamientos de la política nacional del sector salud, contribuyendo a la solución de los principales problemas de salud en el país, mediante los programas de prevención en salud mental y otros.

1.1.5 Misión y Visión

Misión

Coadyuvar a fortalecer un sistema nacional de salud, que tenga como principios la universalidad, la equidad, la solidaridad, la integralidad, la accesibilidad y la calidad, para avanzar hacia una seguridad social universal como parte del desarrollo social del país.

Visión.

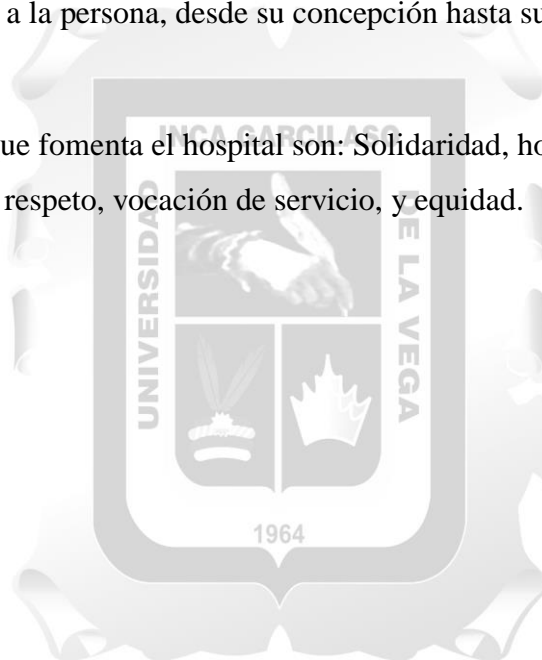
Contribuir a la vida saludable de la población, principalmente en los procesos de promoción de la salud, prevención de enfermedades, accidentes, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación para mejorar la calidad de vida de la población, garantizando el derecho fundamental a la salud de las personas, familias y comunidades.

1.1.6 Propósito.

El hospital tiene el propósito de brindar un servicio integral de calidad a través de profesionales calificados, prevenir el riesgo, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes en condiciones de plena accesibilidad y de atención a la persona, desde su concepción hasta su muerte natural

1.1.7 Valores.

Los valores que fomenta el hospital son: Solidaridad, honestidad, responsabilidad, compromiso, respeto, vocación de servicio, y equidad.



1.1.8 Organización

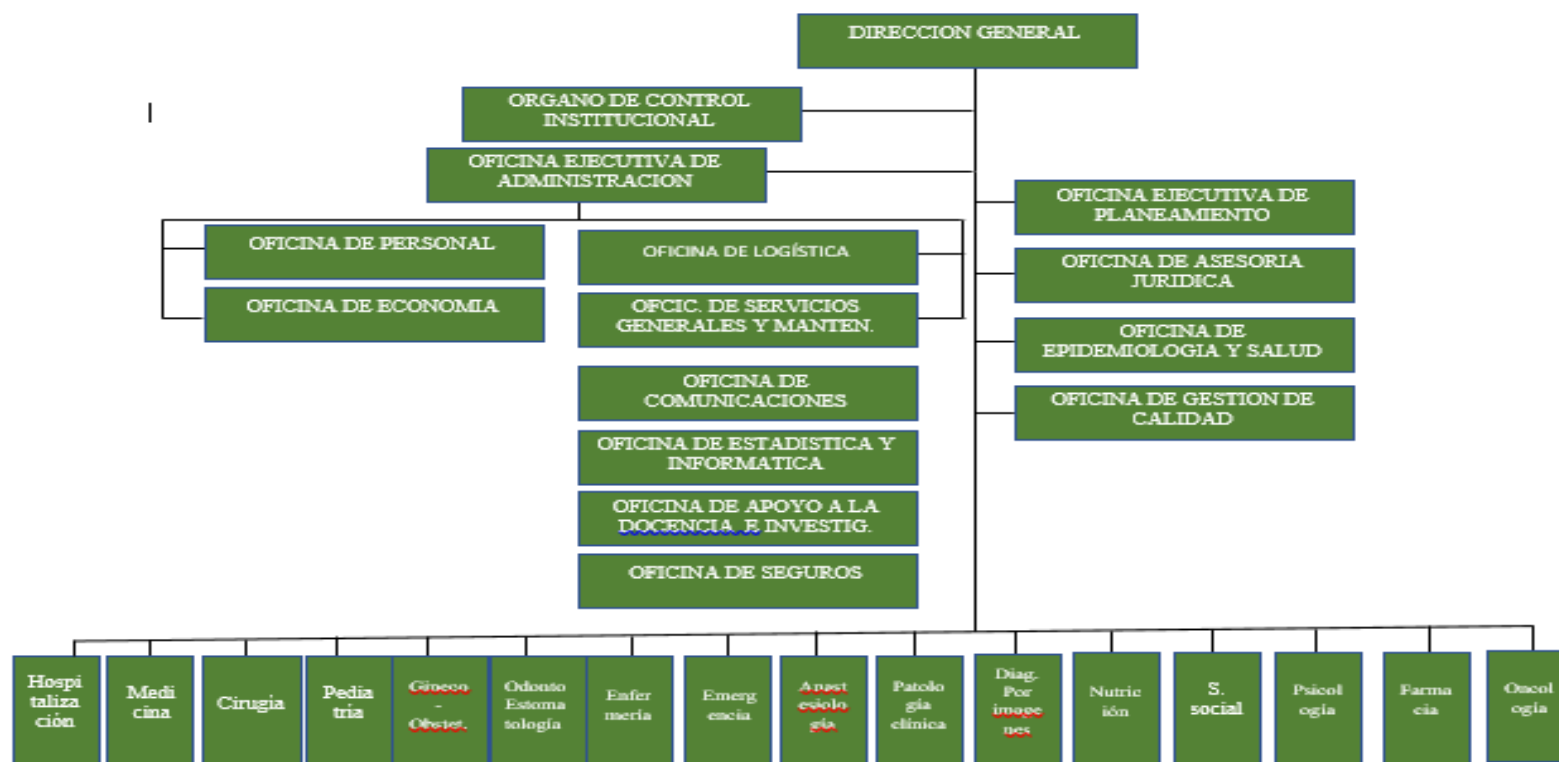


Figura II: Organigrama del Hospital

Fuente: Ministerio de Salud, Plan operativo anual (2017)

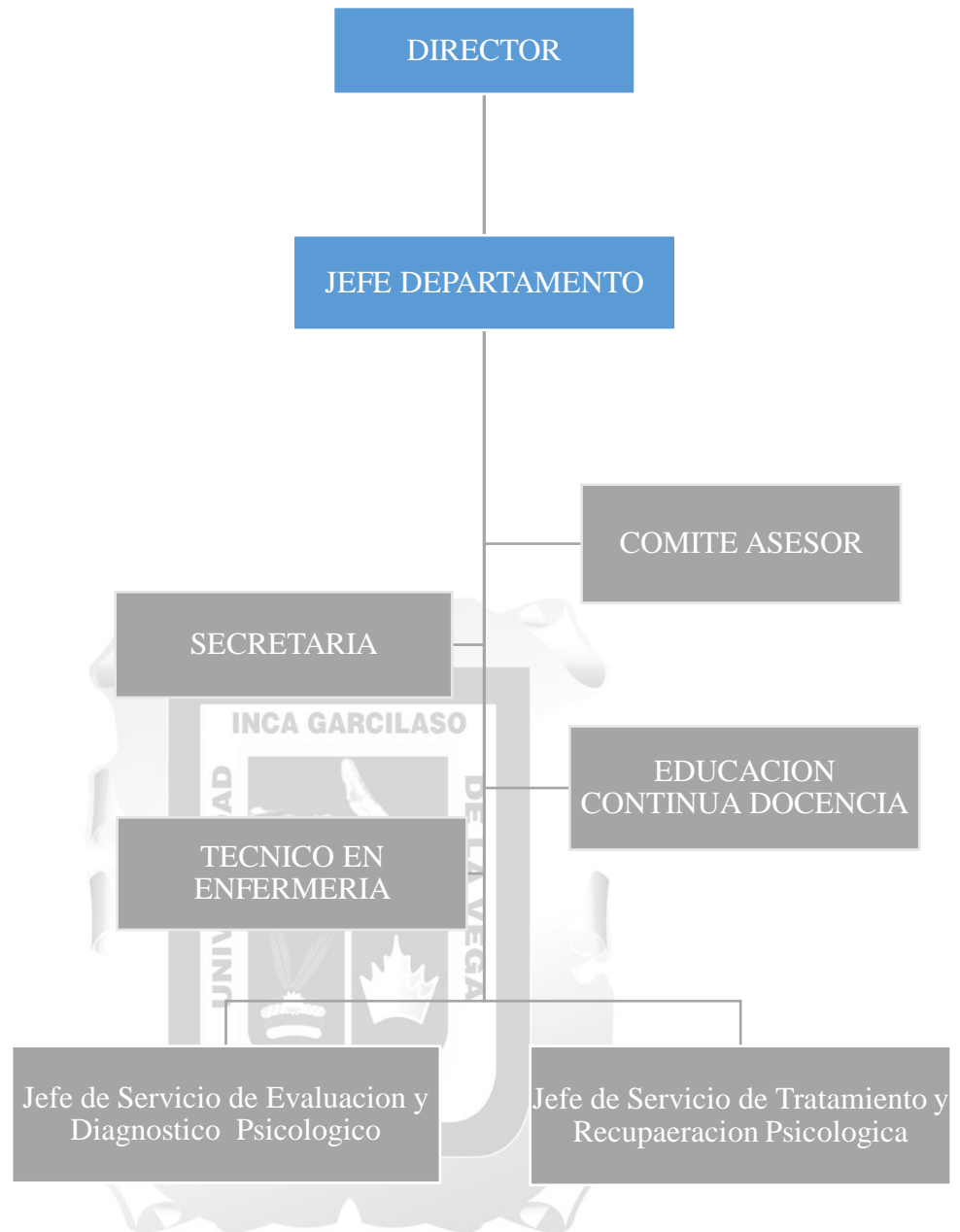


Figura III: Organigrama del Departamento de Psicología

CAPÍTULO II

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA EXPERIENCIA

2.1 Actividad Profesional Desarrollada

Parte de las actividades a mi cargo son: evaluación, diagnóstico y tratamiento en consultorio externo del Departamento de Psicología, y apoyo emocional; orientación, y participación en las interconsultas en el área de hospitalización como CENEX, Pediatría, Ginecología, Oncología y Neuropsicología.

2.2 Propósito del puesto y Funciones asignadas

El propósito fue mejorar el estado emocional del paciente que acude al Departamento de Psicología del Hospital del Cono Sur, por intermedio de la evaluación, y terapia, así como mediante la orientación.

- En consultorios externos, el propósito es brindar asistencia psicológica de calidad al niño, adolescente, adulto y adulto mayor, contribuyendo a su bienestar emocional, mejorando su calidad de vida.
- En Hospitalización, el propósito es integrarse al equipo de interconsulta, con la finalidad de lograr una mejor comprensión de la enfermedad del paciente, para poder brindar un adecuado apoyo emocional, así como la orientación y la evaluación respectiva, tratando de identificar recursos individuales, con el objetivo de lograr que el paciente se adhiera al tratamiento y de esa manera incrementar sus posibilidades de curación
- En el Área de CENEX, es importante lograr la adherencia al tratamiento por parte del paciente, para ello se brinda orientación y apoyo emocional; en este sentido la oportuna evaluación, va a permitir identificar problemas psicológicos que impiden al paciente continuar y completar el tratamiento.
- El Área de Ginecología, tiene como objetivo principal detectar alteraciones emocionales en las adolescentes y en las madres que han tenido abortos por causas naturales o provocadas, hijos con una malformación o fallecidos; se brinda orientación, apoyo emocional, evaluación y diagnóstico para un oportuno tratamiento.
- En el Área de Pediatría, la finalidad es identificar los problemas psicosociales causados por la enfermedad del niño y adolescente, evaluar y establecer un diagnóstico, para

referirlo oportunamente al Dpto. de Psiquiatría, además mediante la orientación psicológica lograr una adecuada adaptación al medio hospitalario; para ello se realiza la entrevista a cada paciente hospitalizado y se realiza el llenado de su ficha psicológica; además se brinda orientación y consejería a los padres y/o responsables del paciente.

- En el Área de Oncología, se brinda soporte emocional a los pacientes, ante las diversas reacciones que manifiestan por el impacto en el momento del diagnóstico; en estos momentos el paciente es vulnerable, es por ello que la orientación psicológica y el apoyo emocional resulta indispensable, para que el paciente se enganche a las posibilidades de intervención.
- En el área de Neuropsicología, se brinda la evaluación requerida por el Servicio de Neurología.

La función que me asignaron fue:

- Realizar evaluación psicológica
- Diagnóstico
- Informe psicológico
- Terapia psicológica
- Orientación Psicológica

2.2.1 Actividad desempeñada.

Parte de las actividades a mi cargo son evaluar, diagnosticar, elaborar el informe psicológico y brindar la terapia respectiva según la problemática que presente el paciente con la finalidad de lograr su bienestar emocional.

2.2.2 Producto

Se diseñó el programa Cognitivo Conductual para adolescentes con depresión, con la finalidad de reducir los síntomas depresivos en esta población, se eligió este enfoque ya que la evidencia científica lo avala como una de las mejores estrategias para tratar la depresión, tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales, y con ello se busca atenuar los síntomas mediante la reestructuración cognitiva para generar un cambio en el comportamiento.

2.2.3 Resultados

Tras la aplicación del programa, se pudo comprobar que las estrategias utilizadas ayudaron para la mejoría emocional del paciente.



CAPITULO III.

FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA

3.1 TEORÍA Y PRÁCTICA EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL

En el periodo de mi desempeño profesional, para poder abordar y entender la problemática de un paciente con trastorno depresivo fue de gran ayuda recurrir primeramente a comprender el concepto de depresión, para ello recurrí a la definición de algunos autores y de la OMS.

3.1.1 Definiciones

3.1.1.1 *Trastorno depresivo.*

Según la OMS (2020), la Depresión es un Trastorno Mental, que se caracteriza por síntomas de tristeza, pérdida de interés o placer, sensación de cansancio, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sentimientos de culpa y falta de concentración; la depresión puede afectar el desenvolvimiento en la escuela, en el trabajo, en la vida diaria y puede conducir al suicidio, en su forma más grave.

Según Beck (1963) citado por Cabana (2018) “plantea que las personas deprimidas tienen una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro” es decir que la persona se percibe de una manera negativa, se ve defectuosa e incapaz, “no sirvo para nada” “soy horrible”; creer que todo el mundo debe querernos, el no ser aceptado es lo peor que le puede pasar; percibe el futuro como hostil y desesperanzador. Considera que la depresión se da por la alteración en el procesamiento de la información y los esquemas negativos que adquieren desde sus experiencias tempranas.

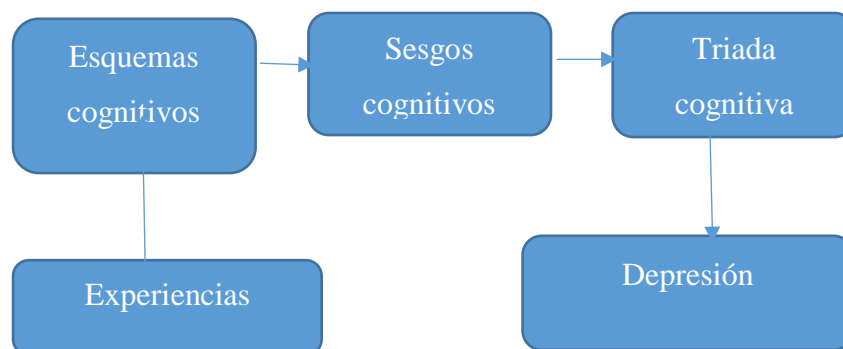


Figura IV: Modelo Cognitivo Beck (1967)

Fuente: Cabana (2018). “La Depresión: un acercamiento desde el modelo cognitivo de Beck

Se puede decir que la depresión es un trastorno mental donde la persona se ve inútil, sin habilidades, por lo tanto, no puede enfrentar las situaciones de la vida, y ve el futuro con desesperanza del cual sólo puede esperar cosas peores. Los síntomas que caracterizan a una persona deprimida son tristeza, pérdida de interés o placer, sensación de cansancio, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sentimientos de culpa y falta de concentración, ideas o intentos suicidas, La depresión repercute negativamente en la vida diaria de la persona.

3.1.1.2 Causas de la Depresión.

Entender las posibles causas de la depresión es muy importante, ya que permite entender que factores pueden estar desencadenando o que predisposición tiene la persona para presentar un cuadro depresivo, estos factores son muy importantes y que hay que tomarlos en cuenta al momento de plantear el tratamiento adecuado.

Las investigaciones nos demuestran que la depresión tiene muchas causas que resulta de la interacción de factores biológicos, genéticos, ambientales y psicológicos

Según Department of health and human services public health service national institut es of health (2001). Depresión lo que toda mujer debe saber. Los factores genéticos predisponen a padecer depresión, existe mayor riesgo cuando hay una historia familiar, lo cual no significa que todas las personas con antecedentes familiares van a desarrollar depresión, esto sugiere que hay otros factores como bioquímicos, ambientales y psicosociales; los factores bioquímicos, juegan un papel importante en los trastornos depresivos; está demostrado que en las personas que padecen un trastorno depresivo grave, se produce un desajuste en los niveles de neurotransmisores, asimismo hay otros factores ambientales que contribuyen a la depresión; la pérdida de un ser querido, problemas económicos, problemas en una relación, cualquier cambio significativo, una enfermedad física o crónica; los factores psicológicos y sociales también juegan un rol importante, las personas que tienen tendencia a la preocupación excesiva, que tienen baja autoestima, sensación de falta de control sobre circunstancias de la vida, son más propensos a padecer depresión; estas características interfieren con la capacidad de afrontamiento al estrés. En las personas que están predispuestas biológicamente, el estrés puede contribuir a la depresión; la alta incidencia de la depresión en la mujer, se debe a las situaciones de estrés que enfrentan.

Existen estudios que demuestran que las mujeres que han sufrido abuso sexual en su niñez o adolescencia sufren depresión en algún momento de su vida, el maltrato físico y el acoso sexual en el trabajo, también puede llevar a la depresión.

Según Ajjan (1997). Aron Beck, afirma que las personas se deprimen cuando distorsionan la realidad, utilizan una lógica incorrecta, la visión que tienen de sí mismos, del mundo y del futuro son negativas, asimismo nos dice que los niños y adolescentes que sufren rechazos, críticas o actitudes negativas de los padres, aprenden a describir su vida negativamente, y este esquema negativo se activa en la edad adulta en

situaciones similares. Beck cree que estos esquemas negativos son la causa para desarrollar depresión.

Según estos autores la depresión se puede dar por la vulnerabilidad genética, biológica y psicológica que presenta la persona y que la predispone a sufrir depresión por causas del entorno. Todos estos factores reducen la capacidad de afrontamiento frente al estrés, siendo de mucha importancia tenerlos presente al momento de elaborar el plan de intervención.

3.1.1.3 Consecuencias de la depresión

Según Méndez (2007) citado por (Flores 2019). La depresión va más allá de una simple melancolía o rabieta, los adolescentes que desarrollan un episodio depresivo pueden acarrear dificultades en diferentes áreas como: la salud, en lo social, en lo escolar y sexual; en la salud pueden manifestar dolores de cabeza, dolores de estómago; en lo social, puede manifestar conductas antisociales: robos, peleas, consumo de drogas y alcohol, aislamiento, infracciones etc; en la actividad escolar su rendimiento puede verse disminuido, despreocuparse de sus responsabilidades escolares, manifestar desinterés vocacional.

	Niños pequeños menores de 6 años	Niños mayores a 12 años	Adolescentes 13 a 18 años
Salud	Control de esfínteres Dolor de cabeza o estómago Asma Dermatitis	Enuresis Encopresis	Dolores de cabeza Dolores de estómago
Social	Aislamiento Agresividad	Aislamiento Agresividad	Conducta antisocial: robos, peleas, infracciones etc Consumo de drogas y alcohol Aislamiento
Escolar	Rechazo escolar Fobia escolar Ansiedad de separación Dificultades en el aprendizaje, prelectura, escritura.	Desmotivación Miedo al fracaso escolar. Disminución del rendimiento Conducta disruptiva en el aula.	Despreocupación Disminución en el rendimiento. Conducta perturbadora Desinterés vocacional
Sexual			Desinterés sexual Promiscuidad Embarazo Enfermedades de transmisión sexual Dismenorrea

Tabla II: Dificultades en diferentes áreas. Consecuencia de la Depresión

Fuente: Aguilar, J., Huamaní, J (2019). Aplicación de un programa Cognitivo - Conductual para la depresión en niñas de una casa hogar de la ciudad de Arequipa

Se puede decir que las dificultades que puede presentar el adolescente se pueden manifestar mediante conductas antisociales, conductas de riesgo, a veces se puede mostrar triste o irritable, muchas veces su rendimiento académico baja, también pueden presentar dolores de cabeza y estómago, siendo muchas veces estas las causas por las que acuden al hospital.

3.1.1.4 Síntomas de la depresión en los adolescentes

Conocer los síntomas que puede presentar un adolescente con depresión nos ayuda a realizar un adecuado diagnóstico.

Según Méndez (2007) citado por (Flores 2019). Manifiesta que los niños y adolescentes se expresan a través de sus gestos y ánimo disminuido, manifiestan quejas y dolores físicos, se muestran tristes o irritables y con comentarios negativos, se enfadan con más frecuencia; por lo tanto, los síntomas pueden ser: Cognitivos: problemas de atención, dificultades en su memoria, pensamientos negativos; Afectivos: tristeza, apatía, ansiedad; Motivacionales: poca fuerza de voluntad, ideas suicidas; Motores: agitación, lentitud, pasividad; Físicos: insomnio, aumento o pérdida del apetito, dolores de cabeza, cansancio etc. Asimismo (Dallal & Castillo, 2000). Citado por Pardo, Sandoval y Umbarila (2004). Refiere que en los adolescentes mayores que presentan un síndrome depresivo, es habitual que presenten somatizaciones, como es el caso de bulimia y anorexia, síntomas de gastritis, fatiga mental e incapacidad para concentrarse.

Según Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Una persona con depresión manifiesta un estado de ánimo bajo, anhedonia, ocasionando de esta manera una interferencia en su funcionalidad, repercutiendo en las actividades diarias; al hablar de este trastorno, se debe tener en cuenta la presencia de los siguientes síntomas: Presencia de tristeza o ánimo irritable en el caso de los niños y adolescentes, pérdida de placer o interés por las actividades cotidianas, fatiga o pérdida de energía, además de pérdida o aumento significativo de peso o de apetito, alteración del sueño, agitación o retraso psicomotor, sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva, menor capacidad de concentración, intento ideación suicida.

3.1.1.5 *Criterios diagnósticos de un episodio depresivo*

En un hospital se utiliza los criterios de la Guía Internacional CIE 10 para diagnosticar las diferentes enfermedades mentales, es de gran ayuda esta guía para realizar un correcto diagnóstico

El episodio depresivo, debe durar al menos dos semanas, no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico, el síndrome somático se considera presente, cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras, ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta, despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia de enlentecimiento motor o agitación, pérdida marcada del apetito, pérdida de peso, notable disminución del interés sexual.

Episodio depresivo leve (F32.0)

La persona con un episodio leve, probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

- A. Deben cumplirse los criterios generales de episodios depresivos: El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas, el episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico, no haber tenido síntomas hipomaniacos o maniacos, en ningún periodo de la vida del individuo.
- B. Presencia de por lo menos dos de los tres síntomas siguientes:
1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. (en adolescentes el humor puede ser triste, depresivo o irritable).

2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. (en adolescentes la pérdida de interés puede ser en el juego, en el ocio en general o en las actividades escolares).
3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad. (en adolescentes, la falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga).

C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de cuatro.

1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
2. Sentimientos no razonables de autoreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida. (en los adolescentes se presentan mayormente indicios no verbales de conducta suicida, incluidos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y “gestos” autolesivos (arañazos, cortes, quemaduras, etc)
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones. (en adolescentes los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar).
5. Cambios en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento. (en ocasiones en los adolescentes se puede mostrar un comportamiento hiperactivo).
6. Cualquier tipo de alteración del sueño.
7. Cambio en el apetito, aumento o disminución, con el correspondiente cambio de peso.

D. Puede haber o no síndrome somático.

Episodio depresivo moderado (F32.1)

La persona con un episodio moderado, probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias, debe cumplir los criterios generales de episodio depresivo (F32), Presentar al menos dos de los tres síntomas descritos en el criterio B de (F32.0), Presencia de síntomas adicionales del criterio C de (F32.0), para sumar un total de al menos seis síntomas.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2).

Episodio depresivo con marcados síntomas que afectan al paciente, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad, son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan algunos síntomas somáticos, deben cumplir los criterios generales de episodio depresivo (F32), Presencia de los tres síntomas del criterio B de F32.0, Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0 hasta un total de al menos ocho, ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos F32.3

Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes, pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave; los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo, deben cumplir los criterios generales de episodio depresivo (F32), deben cumplirse los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos F32.2 a excepción del criterio D, No se cumplen los criterios de esquizofrenia ni trastorno esquizoafectivo, presencia de ideas delirantes.

F33 Trastorno depresivo recurrente

Se trata de un trastorno que se caracteriza por la presencia de episodios repetidos de depresión, ya sea un episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), sin antecedentes

de episodios aislados de exaltación del ánimo que justifiquen un episodio maníaco.

F33.0 Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Leve.

Debe satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo leve (F32.0), sin ningún antecedente de manía.

F33.1 Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Moderado.

Debe cumplir con las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33), además el episodio actual debe cumplir los criterios para episodio depresivo moderado.

F33.2 Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Grave Sin Síntomas Psicóticos.

Se caracteriza por satisfacerse todos los criterios de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2).

F33.3 Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Grave Con Síntomas Psicóticos.

Se caracteriza por cumplir con todos los criterios de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3).

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.

Se caracteriza por que en el pasado se cumplieron satisfacerse todos los criterios de trastorno depresivo recurrente (F33), pero el estado actual no cumple los criterios para episodio depresivo de cualquier gravedad, o para cualquier otro trastorno de F30-39, además debe haber estado sin síntomas depresivos por varios meses.

F34.1 Distimia

Depresión crónica del estado del ánimo, que no cumple con los criterios para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve (F33.0), presencia de humor depresivo de al menos dos años de manera constante o recurrente, los periodos intermedios de estado de ánimo normal dura pocas semanas y no hay episodios de hipomanía; presencia de por lo menos tres de los siguientes síntomas al menos en algún periodo de depresión : disminución de la energía o de la actividad, insomnio, pérdida de la confianza en sí mismo, o sentimientos de inferioridad, dificultad para concentrarse, llanto fácil, pérdida de interés o actividades placenteras, sentimientos de desesperanza, percepción de incapacidad para afrontar responsabilidades de la vida diaria, pesimismo sobre el futuro o preocupación por el pasado, aislamiento social, disminución de la locuacidad.

3.1.1.6 Investigaciones nacionales.

Según estudios del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2014), publicados en una nota de prensa, señala que el 6% de la población mayor de 15 años tiene un episodio depresivo al año y se estima que 1'700,000 adolescentes en el Perú, tienen síntomas depresivos, siendo fundamental estar alerta ante las señales que puede manifestar un adolescente deprimido.

En un estudio titulado “La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú” publicado el año 2017 por “Navarro, L., Moscoso, M, Calderón-De la Cruz.G. La depresión en adolescentes es una problemática multicausal y predictora de problemas sociales y otros trastornos. Por ello, es considerada un problema de salud pública.

Arenas citado por Sánchez.,G.,Sánchez.,F (2016), “refiere que el Hospital Nacional Hipólito Unanue, recibe muchos adolescentes con sintomatología depresiva a través de sus diferentes servicios.” Los adolescentes que son atendidos por MAMIS evidencian síntomas

depresivos, falta de autoestima, siendo algunos factores desencadenantes la violencia o abuso familiar, las drogas, hogares disfuncionales.

3.1.1.7 Investigaciones internacionales.

La Organización Mundial de Salud (2017), reporta que la depresión en el peor de sus escenarios pueden conducir al suicidio y que al año, alrededor de 800,000 personas se suicidan, siendo la 2da causa de mortalidad en la población mundial entre la edades de 15 a 29 años; éstos datos estadísticas, nos muestran la incidencia y prevalencia que la depresión ha alcanzado en los últimos años, convirtiéndose en un problema de salud pública, requiriendo de la intervención oportuna de los episodios depresivos en esta población, para evitar la gravedad de sus consecuencias, así como entender que cada adolescente, responde de una manera diferente al ambiente que lo rodea, tanto a nivel familiar, como social.

En un estudio titulado “Factores de riesgo neurobiológicos, familiares y sociales, asociados a los trastornos depresivos en niños y adolescente” publicado el año 2013 por Ureña y realizado en Costa Rica. Evidencia que los trastornos depresivos, en general, y en especial en niños y adolescentes tienen una génesis multifactorial. También ha señalado las alteraciones en los sistemas de neurotransmisores, en el sistema nervioso central y su asociación con los trastornos depresivos, también se ha asociado la depresión materna como un factor de riesgo para los trastornos depresivos de inicio temprano.

Según Barradas (2014), refiere que algunos síntomas que presentan los adolescentes escolares deprimidos son: apatía, sin ganas de nada, desmotivados en sus actividades escolares, muchos muestran alteración de sueño, su arreglo personal se ve desalineado, tienden a aislarse; éstos síntomas, ocasionan un deterioro en la calidad de vida de los adolescentes, tanto a nivel individual, social y familiar

Las investigaciones realizadas por Sánchez., G., Sánchez.,F (2016). en el Hospital Hipólito Unanue; reflejan la gran problemática que

representa la depresión en la población adolescente en muchos hospitales del Perú, entre ellos el Hospital del Cono Sur de Lima. Los adolescentes evidencian síntomas depresivos, falta de autoestima, siendo algunos factores desencadenantes la violencia o abuso familiar, las drogas, hogares disfuncionales.

Teniendo en cuenta que la depresión es un trastorno del estado del ánimo que surge a partir de interpretaciones erróneas acerca de sí mismo, y que hace referencia a que en el paciente deprimido, su autoestima es baja, desestima sus habilidades y a su persona, adjudica las experiencias desagradables a un defecto suyo, piensa que carece de los recursos necesarios para ser una persona, feliz, alegre, competente; A sí mismo la visión negativa del mundo tiene que ver con la interpretación negativa de las vivencias que ha tenido, considerando al mundo como muy demandante y exagerado, lleno de obstáculos que le impide alcanzar sus objetivos. y del futuro, lo ve como desesperanzador, se anticipa al sufrimiento y al fracaso al momento de emprender un proyecto. El incremento de este trastorno se ve reflejado en las diversas investigaciones, tanto nacionales como internacionales, identificándose que en la población femenina es más frecuente este trastorno, motivo por el cual es muy importante tratarlo oportunamente, ya que afecta a la persona en diferentes áreas, dificultando su día a día, y convirtiéndose en predictor de ideación o intento suicida.

3.1.2 Teorías.

3.1.2.1 Teoría atribucional de la indefensión aprendida

(Abramson et al., 1978) citado en Rodríguez, J., Arnau, J. (1986). afirma “que cuando los sujetos son enfrentados con eventos incontrolables perciben que sus respuestas no controlan las consecuencias”. Es decir que cuando las personas interpretan las situaciones estresantes o fracasos que van padeciendo a lo largo del tiempo, esto lo conduce a una expectativa de incontrolabilidad y generalidad de los déficits de indefensión, consideran que estas causas siempre van a estar presentes en el futuro, entonces es muy

factible que padezcan síntomas de depresión al momento de enfrentarse a estas situaciones negativas.

3.1.2.2 Teoría Conductista

“El modelo conductual sugiere que la depresión unipolar es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo”. (Antonuccio et al., 1989). Citado en (Vásquez, F., Muñoz, F., Becoña E (2000). Es decir que la depresión se manifiesta como una respuesta a la relación negativa que se da entre la persona y su medio.

Skinner (1953).Citado por Perello,M.,Martinez,C.,Llorens N (2001). Manifiesta que la conducta depresiva se da por falta de reforzadores.

Para Lewinsohn (1981).Citado por Perello,M.,Martinez,C.,Llorens N (2001). Refiere que las situaciones aversivas y la falta de reforzadores en áreas que son importantes para la persona, pueden inducir a estados disfóricos, nos explica que hay tres factores que aclara la baja tasa de reforzadores que conducen a la depresión: la carencia de habilidades, lo cual impide el reforzamiento positivo; aumento de experiencias aversivas y pérdidas de reforzadores del ambiente, así como la anhedonia o el aumento en la percepción de experiencias negativas.

3.1.2.3 Teoría Cognitiva de Beck

Actualmente la mayoría de los trabajos empíricos sobre la depresión se basan en la teoría cognitiva que propusieron Beck et al. (1979). Citado por (Vásquez, F., Muñoz, F., Becoña, E (2000)

(A. T. Beck, et al., 1983; J. Beck, 2000). citado por Korman,G y Sarudiansky,M (2011).Refiere que Beck a partir de la observación de las cogniciones de las personas deprimidas es que formula su teorías bajo la hipótesis de Triada cognitiva negativa, pensamiento negativo de sí mismo, del mundo y del futuro, el paciente se ve como incapaz, sin habilidades; el mundo lo percibe lleno de problemas, de obstáculos; y el futuro lo ve con desesperanza. Beck manifiesta que la existencia de esta triada cognitiva negativa propicia la aparición de pensamientos automáticos o distorsiones

cognitivas como: la sobregeneralización, la inferencia arbitraria, pensamiento dicotómico, entre otros.

Beck y sus seguidores postulan que estas cogniciones distorsionadas son causadas por la base de un esquema disfuncional”. Estos esquemas se van formando a lo largo de la vida ante situaciones negativas o traumáticas, y que comienza con experiencias tempranas en la niñez.

“Los esquemas depresivos tienen que ver con acontecimientos tales como la desaprobación o la pérdida de los padres”. Vásquez, F., Muñoz., Becoña E (2000.).

3.2 ACCIONES, METODOLOGÍAS Y PROCEDIMIENTOS

3.2.1 Descripción de las acciones.

Una vez conocida la problemática general de lo que representa el Trastorno depresivo, se desarrolló las siguientes acciones, para poder formular el programa de Intervención Cognitivo Conductual para pacientes adolescentes con depresión.

En primer lugar, se lleva a cabo la entrevista clínica, que según Gallart, M (2008). Es el instrumento principal en la práctica psiquiátrica y psicológica, la entrevista directa proporciona información que no se puede obtener de otras fuentes, durante la entrevista, se explora todos los detalles que nos interesa de la vida del paciente, empezando por el motivo de consulta, en el caso que evalué, el motivo de consulta fue el siguiente: Paciente de 17 años acude a consulta en compañía de su mamá y de su hermana menor, referida de psiquiatría por pensamiento suicida, para evaluación y tratamiento psicológico. Paciente refiere: “Hace 3 meses aproximadamente que no me siento bien, me entristece mucho acordarme de mi ex enamorado, el me dejó porque estoy gorda y la nueva chica con la que está es flaca”, menciona no tener una buena comunicación con su madre, “siento que no me quiere, siempre me ha hecho menos, me dice que no sirvo para nada”. Así mismo menciona, “Me siento triste, lloro constantemente, pienso que soy fea y gorda por eso nadie me quiere, no tengo ganas de comer, no duermo bien, me despierto varias veces de madrugada. ya no disfruto de las fiestas como antes, tampoco me interesa salir a pasear, prefiero estar en casa, además, menciona, “Por eso pienso constantemente en escapar de todo y acabar con mi vida, sin embargo, no lo haría porque pienso en mis hermanas y el trauma que podría causarles, y desde entonces estoy medicada por el psiquiatra”.

Es fundamental establecer una buena relación con el paciente, asegurándole la confidencialidad. Se utilizó la entrevista semiestructurada ya que es más flexible, espontánea que se adapta mejor al paciente.

Se llena la historia clínica, que según La Dirección General de Salud de las personas Dirección de Servicios de Salud (2007). Es el documento médico legal, donde se registra los datos del paciente, la información complementaria o antecedentes, La observación, y los diagnósticos consignados corresponden a la CIE 10.

Fundamentación del Programa de intervención .Una vez conocida la problemática que tiene el paciente, se elaboró el programa bajo el enfoque Cognitivo Conductual, teniendo en cuenta que la evidencia científica lo avala como una de las mejores para tratar el Trastorno depresivo, y por qué mediante esta terapia se puede cambiar el pensamiento irracional que presenta la paciente, la visión negativa de sí misma,” él me dejó porque estoy gorda; visión negativa del mundo, “nadie me quiere”, y visión negativa del futuro, “lo ve con desesperanza, “por eso quiero acabar con mi vida” por pensamientos positivos y de esa manera generar cambios en su estado emocional y comportamental.

Luego se describe los objetivos que persigue el programa: Objetivo general, y objetivos específicos, es importante tener en cuenta la metodología y los objetivos que se persigue en cada sesión.

3.2.2 Metodología.

3.2.2.1. Método.

El método que se utilizó es el cualitativo. (Monje, 2011). “El autor refiere que la investigación cualitativa puede informar con objetividad y claridad acerca de sus propias observaciones del mundo social así como de las experiencias de los demás”, por otro lado los investigadores se aproximan a un sujeto real, que puede ofrecernos información sobre sus propias experiencias, valores, por intermedio de técnicas como la entrevista, la historia de vida, el estudio de caso, se utilizó este método cualitativo, ya que no se aplicó ningún elemento estadístico para recolectar información y tampoco programas estadísticos.

3.2.3 Técnicas de recolección de datos.

3.2.3.1 Técnica de la entrevista semiestructurada.

Se eligió ésta técnica porque es más flexible al momento de abordar a la paciente. Según Folgueiras (sf). La entrevista se elabora de una forma abierta lo cual permite recoger más información, adaptándose al guión preestablecido, en este tipo de entrevista es esencial la actitud abierta y flexible del entrevistador, adaptándose al relato del paciente e ir anotando las respuestas según se vaya dando el curso de la entrevista, también es posible integrar una nueva pregunta.

3.2.3.2 Técnica de la observación.

Este es un método muy utilizado en la práctica psicológica, según Díaz (2011). La observación directa se utiliza como un primer paso para conocer a la persona y lo que manifiesta en forma verbal y no verbal, poniéndose en contacto directo con el fenómeno a tratar.

3.2.3.3 Anamnesis.

La anamnesis es un requisito fundamental en la práctica clínica, especialmente en los establecimientos de salud. Según manifiesta que es la exploración clínica que se realiza mediante la entrevista para identificar y conocer las dolencias del paciente. Para obtener una historia clínica adecuada se requiere de una organización, tradicionalmente se organiza bajo un cuadro de categorías: Informante, datos de identificación, Historia de la enfermedad actual o motivo de consulta, antecedentes personales, familiares, historia psicosocial etc.

Se sugiere distinguir las etapas básicas:

- Preparación. Antes de la atención del paciente, se prepara el ambiente, y la revisión breve de la historia clínica.
- Recepción. Se inicia con el saludo, tratando de establecer el rapport para de esta manera lograr la colaboración del paciente.

- Desarrollo. Se realiza para clarificar el motivo de consulta, y la narrativa del problema, la función del entrevistador es buscar pistas sobre síntomas, emociones, y sobre todo practicar la escucha activa. Para guiar al paciente en el abordaje se utiliza las preguntas directas, la confrontación, la validación etc
- Resolutiva. Finalmente se hace el resumen y las conclusiones diagnósticas según los criterios del CIE 10, y se establece el tratamiento.

3.2.3.4 Instrumentos Utilizados.

Se tomó el test de Beck. Por ser el instrumento más utilizado para medir la severidad de una depresión (la guía y manual Psicología Clínica Terapia Cognitivo Conductual, 2014), está dirigido a una población a partir de los 13 años. Es un cuestionario de 21 preguntas:

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión*

0-13Estos altibajos son considerados normales.

14-19..... Leve perturbación del estado de ánimo.

20-28Depresión moderada.

29-63Depresión grave.

La paciente obtuvo un puntaje de 24, ubicándolo en un rango de Depresión moderada.

3.2.4 Procedimiento.

Justificación

Teniendo en cuenta la información recopilada durante el proceso de evaluación, se considera conveniente trabajar la sintomatología depresiva, la visión negativa de sí misma, de los demás y del futuro que presenta la paciente, por tal motivo es fundamental encontrar un modelo de intervención psicológica, para el tratamiento oportuno y eficaz de la depresión, sin embargo, ante los diferentes modelos, el modelo Cognitivo Conductual es uno de los enfoques que se utiliza para el tratamiento como la depresión, a partir de la reestructuración del pensamiento y el cambio comportamental.

Objetivos:

- **Objetivos Generales**
Disminuir o eliminar la sintomatología depresiva de la paciente.
- **Objetivos Específicos**
 - Describir las sesiones que se utilizaron en la intervención con el modelo Cognitivo Conductual.
 - Especificar el estado emocional de la paciente, antes, durante y después de la intervención psicológica

Metodología

Se establecerá un contrato terapéutico entre el Psicólogo y el paciente, en el cual ambos se comprometerán a tener una participación activa durante el proceso. De esta forma se espera por un lado la colaboración profesional por parte de la psicóloga explicando y llevando a cabo las diversas técnicas de psicoterapia Cognitiva Conductual, y por el otro la participación comprometida de la paciente en el desarrollo de las técnicas y el cumplimiento de las tareas que se asignen.

El desarrollo de la terapia se llevará a cabo en aproximadamente 12 sesiones, las cuales durarán 45 minutos, una vez por semana, en donde se aplicarán las diversas técnicas Cognitivas y Conductuales elegidas para lograr los objetivos propuestos.

Se aplicó el cuestionario de depresión de Beck al inicio durante la evaluación.

3.2.4.1 Desarrollo de estrategias.

Los objetivos de la terapia se lograrán con base al entrenamiento en técnicas de reestructuración cognitiva para identificar, debatir y modificar pensamientos automáticos, “Los pensamientos automáticos son fugaces, conscientes, pueden entenderse como la expresión o manifestación clínica de las creencias” (Camacho 2003). Asimismo, se emplearán técnicas de respiración, entre ellas la respiración diafragmática. Finalmente se utilizarán técnicas para una comunicación asertiva y solución de problemas. Entre cada sesión se dejará tareas graduales para casa con el fin de corroborar los avances durante las mismas.



3.2.4.2 Programa de intervención Cognitivo Conductual para pacientes adolescentes con Depresión

Tabla III

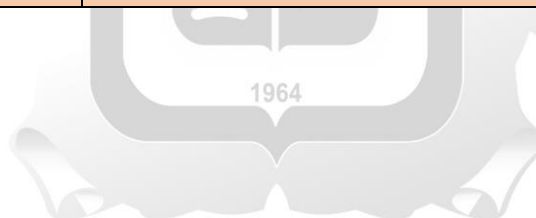
	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RECURSOS	FECHA
1.	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer la alianza terapéutica. - Explicar a la paciente su problemática bajo los fundamentos básicos de la terapia cognitivo- conductual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer el rapport con la paciente - Explicar a la paciente en que consiste la depresión teniendo en cuenta el Enfoque Cognitivo Conductual. 	Heliana Montoya Sánchez	Láminas ilustrativas	2018
2.	<ul style="list-style-type: none"> - -Explicar la relación que existe entre pensamiento, emoción y conducta 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar a la paciente el ABC de A. Ellis, y como los pensamientos influyen en las emociones y en la conducta 	Heliana Montoya Sánchez	Láminas ilustrativas	2018

3.	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar qué son los pensamientos automáticos. - Identificar y modificar los pensamientos automáticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Retroalimentación de la sesión anterior - Mediante la psi coeducación, enseñar que son los pensamientos automáticos, y la manera como influyen en las emociones y la conducta. 	Heliana Montoya Sánchez	Láminas ilustrativas	2018
4.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar distorsiones cognitivas. - Detección y modificación pensamientos disfuncionales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apertura de la sesión con la escucha activa - Mediante la psi coeducación explicar sobre las principales distorsiones cognitivas. 	Heliana Montoya Sánchez	Láminas ilustrativas	2018
5.	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenar a la paciente en la respiración diafragmática 	<ul style="list-style-type: none"> - Retroalimentación de la sesión anterior 	Heliana Montoya Sánchez		2018

		- Se le enseña el procedimiento de la respiración diafragmática			
6.	- Promover la valoración positiva de la paciente	- Escucha activa - Creación de un diario de actividades en el cual escribe sus éxitos logros, experiencias positivas.	Heliana Montoya Sánchez	Lápiz Papel colores	2018
7.	- Evaluar la autoestima, y a la vez que la paciente reflexione sobre sus logros y cualidades positivas.	- Retroalimentación - Elaboración del árbol de los logros con énfasis en las cualidades positivas.	Heliana Montoya Sánchez	Papel Lápiz colores	2018
8.	- Motivar a la paciente para realizar actividades que le agraden. - Incorporar actividades de dominio y agrado en su día a día para lograr un cambio de actitud positivo.	- Realizar lista de actividades de dominio y agrado	Heliana Montoya Sánchez	Lápiz Papel	2018

9.	- Fortalecer relaciones interpersonales de manera asertiva.	<ul style="list-style-type: none"> - Retroalimentación. - Relajación guiada. - Psicoeducación sobre asertividad, y como ser asertivo. - Exposición a situaciones evitadas 	Heliana Montoya Sánchez	Celular	2028
10.	- Fomentar la capacidad para solucionar problemas adecuadamente	<ul style="list-style-type: none"> - Retroalimentación y revisión de la tarea. - Psicoeducación acerca de la técnica de resolución de problemas D'Zurilla y Goldfried, - Tarea para casa 	Heliana Montoya Sánchez	Papel Lápiz	2018

11.	- Ejercitar a la paciente en la resolución de problemas para responder adecuadamente al entorno	- Técnica de relajación - Psicoeducación y retroalimentación para que la paciente ponga en práctica la resolución de problemas cotidianos.	Heliana Montoya Sánchez		2018
12.	- Confrontación de la primera evaluación con la última	- Aplicación del inventario de Beck.	Heliana Montoya Sánchez	Lápiz	2018



3.2.4.2.1 Desarrollo de sesiones Terapéuticas.

Sesión 1

Objetivos

- Fortalecer la alianza terapéutica.
- Explicar a la paciente su problemática bajo los fundamentos básicos de la terapia cognitivo- conductual.

Técnicas utilizadas

- Contrato terapéutico
- Psicoeducación

Descripción de la sesión

- Se da la bienvenida, se establece el rapport y se explica la problemática de la paciente, desde la perspectiva del modelo Cognitivo Conductual, a través de la Psicoeducación, se debe tener en cuenta la escucha activa y la empatía.
- Se explica que es y cómo se manifiesta la depresión, para ello se entrega imágenes ilustrativas. La depresión es una enfermedad mental que tiene que ver con el estado de ánimo, caracterizándose por síntomas como: ánimo depresivo, anhedonia, fatiga constante, pérdida o aumento de sueño, del apetito, falta de motivación, estos síntomas se prolongan de 15 días a más.
- Se le explica que la depresión es una enfermedad que requiere de tratamiento tanto psicológico como farmacológico para que se pueda generar un cambio positivo en el estilo de vida.
- Se le explica las causas por las que puede darse la depresión mediante una ficha ilustrativa.

- Se le hace ver que una de las causas de la depresión a nivel psicológico viene hacer el procesamiento de la información, pensamientos distorsionados.

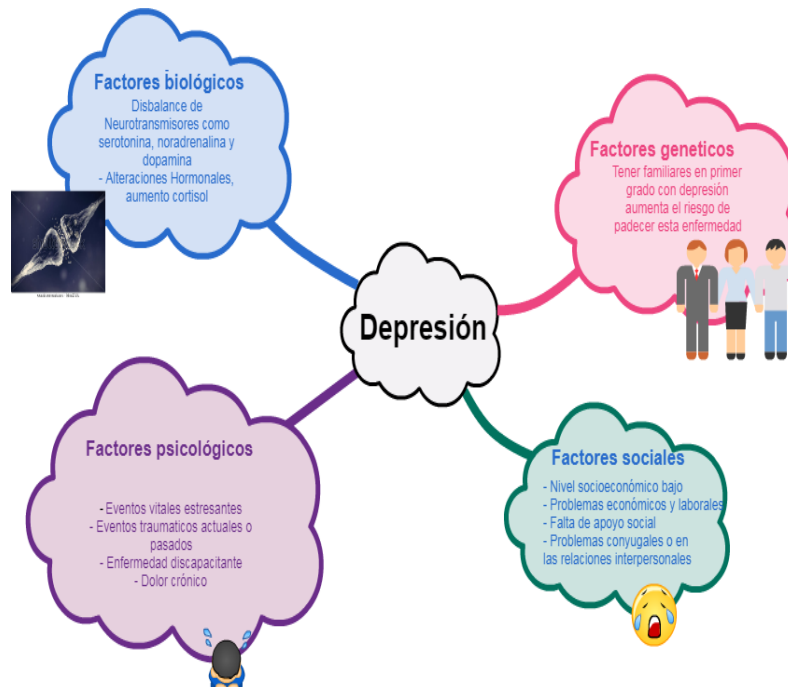


Figura. V: causas de la depresión

Fuente: Centro de salud comunitario la real (2018)

Finalmente se establecieron el número de las sesiones y su frecuencia (aproximadamente 12 sesiones con una frecuencia de una por semana) y se procedió a realizar el contrato terapéutico explicando la importancia de una adecuada participación activa tanto del terapeuta como del paciente para el éxito de la terapia

Conclusión

Se logró los objetivos que se planificaron.

Sesión 2

Objetivos de la sesión.

- Explicar la relación que existe entre pensamiento, emoción y conducta (ABC de Ellis).

Técnicas utilizadas:

- Psicoeducación
ABC de Ellis

Descripción de la sesión:

- Se le dio la bienvenida a la paciente. iniciándose el proceso terapéutico. Luego se le educó en que consiste la terapia cognitiva-conductual haciendo énfasis en la explicación de su problemática, en como los pensamientos influyen en las emociones y en la conducta. Posteriormente se aplicó la técnica de ABC de Ellis: A es la situación (lo que me pasa), B son los pensamientos (cómo lo interpreto) y C son las consecuencias emocionales (cómo me siento) y conductuales (cómo actúo).
- El pensamiento, la emoción y la conducta, son 3 aspectos psicológicos que están íntimamente relacionados, de tal manera que un cambio en el pensamiento producirá un cambio en la emoción y la conducta.
- Finalmente, se le dio tarea para casa, para que utilizando la triple columna describiera en una hoja las situaciones en las que se sintió triste, así como que pensamientos tuvo y que emociones y conductas se generó.

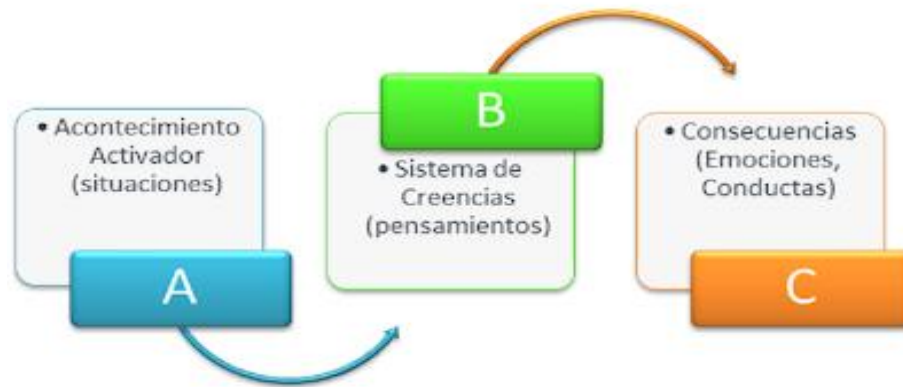
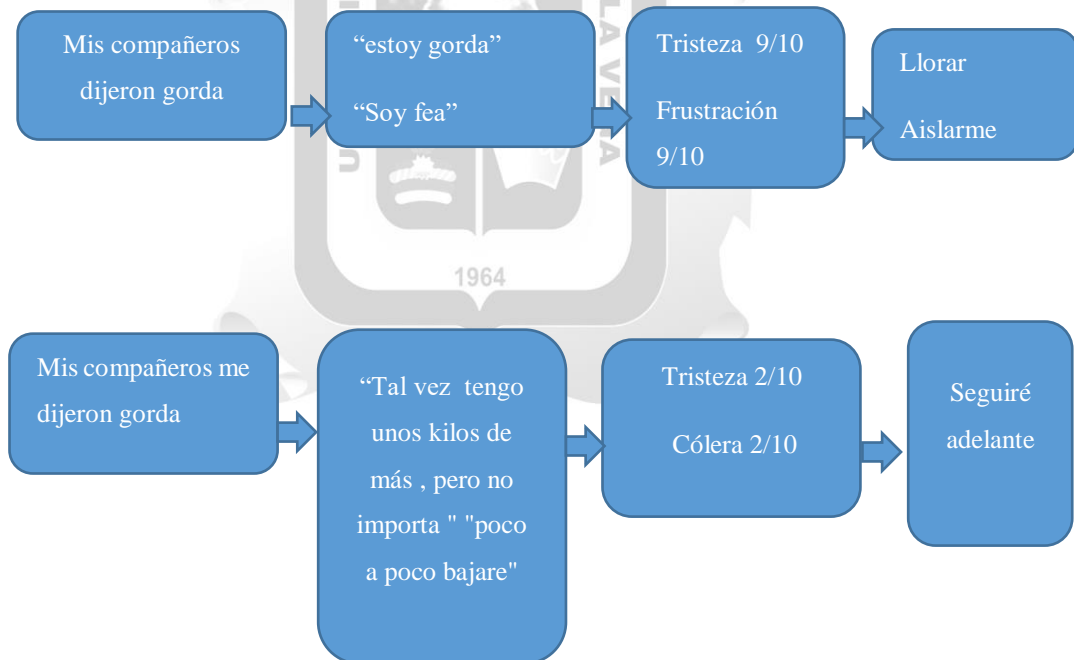


Figura.VI: Terapia ABC

Fuente: Bernal, L., Larrota, A., Parrado. Terapia Racional Emotivo A. Ellis

Se le explico didácticamente con un ejemplo.



Conclusión:

Se cumplieron con los objetivos propuestos, se reforzó a la paciente para que acuda a la siguiente sesión.

Sesión 3

Objetivos

- Explicar qué son los pensamientos automáticos.
- Identificar y modificar los pensamientos automáticos

Técnicas utilizadas

- Psi coeducación y retroalimentación.
- Reestructuración Cognitiva.

Desarrollo de la session

Se da la bienvenida a la paciente, y se da un pequeño diálogo

introdutorio, luego se brinda una pequeña retroalimentación de la sesión anterior, se revisa la tarea que se dejó para casa, y con esa misma tarea trabajamos para cambiar esos pensamientos negativos por unos más adaptativos y lograr que la paciente se dé cuenta del cambio que se logra a nivel emocional y conductual. Posteriormente se explica acerca de los pensamientos automáticos, y como estos forman parte de nuestro diálogo interno.



Figura VII: Pensamiento automático

Fuente: Camacho (2003) pensamiento automático

Conclusiones

Se cumplió con los objetivos propuestos

Sesión 4

Objetivos

- Identificar distorsiones cognitivas.
- Detección y modificación de pensamientos disfuncionales.

Técnicas utilizadas

- Psicoeducación.
- retroalimentación

Desarrollo de la sesión

-Se inicia con la retroalimentación de la sesión anterior, y se explica sobre las distorsiones cognitivas. “Son maneras erróneas de interpretar lo que ocurre a nuestro alrededor”

-Se le enseña al paciente a identificar mediante una ficha ilustrativa las principales distorsiones cognitivas. Posteriormente se le instruye para que sepa como detener los pensamientos disfuncionales.

- Tarea para casa: Anotar y describir en el cuadro ABCDE , las situaciones, pensamientos, emoción y conducta; así como pensamiento reestructurado y la nueva emoción y conducta generada.

Conclusiones

Se cumplió con el objetivo propuesto

Sesión 5

Objetivos

Entrenar al paciente en la respiración abdominal para disminuir el estrés

Técnicas utilizadas

- Psicoeducación
- Respiración diafragmática

Desarrollo de la sesión.

- Se da la bienvenida a la paciente, se realiza una pequeña retroalimentación y luego se le explica la importancia de la respiración diafragmática en momentos de estrés.
- Explicación de la técnica de la respiración diafragmática, según García, E., Fusté, A., Bados, A. (Manual de entrenamiento en respiración)
- Póngase en una posición cómoda. Puede ser de pie, sentado o acostado boca arriba.
- Póngase una mano en el pecho y la otra en el estómago. Esto permitirá que sienta su estómago subir y bajar.
- Inhale por la nariz si puede, contar mentalmente hasta cinco y sienta como al ingresar el aire a los pulmones sube nuestro estómago.
- Exhale por la boca, pausadamente y permita que su estómago baje conforme sale el aire.
- Repita cada paso hasta que su cuerpo se sienta relajado.

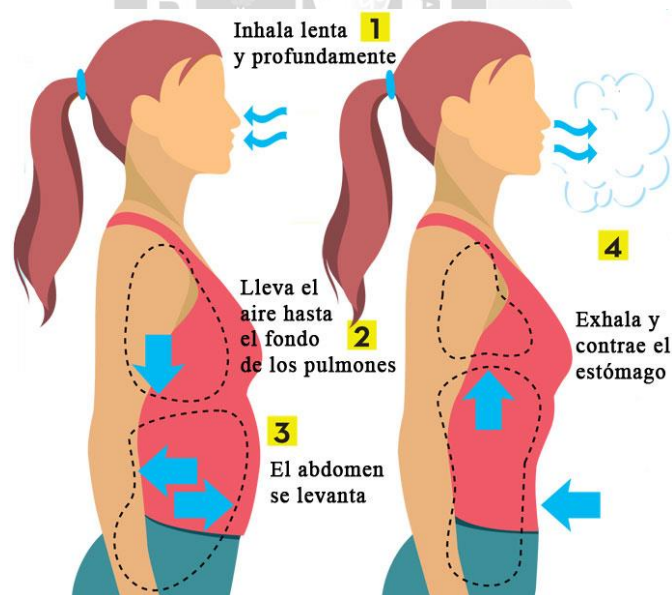


Figura.VIII: Respiración diafragmática

Fuente: .López ,P.Respiración diafragmática (2017)

Conclusiones

No se cumplió con el objetivo por cuanto la paciente no asistió a la sesión.

Sesión 6

Objetivos

- Promover la valoración positiva de la paciente.

Técnicas utilizadas

- Diálogo expositivo

Desarrollo de las sesiones

- Se inició la sesión con la retroalimentación previa y la escucha activa.
- Se le anima a la paciente para que relate y escriba sus experiencias positivas, que a ella le hayan parecido agradables, sus logros y cualidades; pueden ser del día o las que ella recuerde. Así mismo se le explica que va a tener que elaborar su propio diario donde cada día va a anotar todo lo que le ha parecido agradable y le ha hecho sentir bien.



Figura.IX: Cualidades personales

Fuente : Edu Caixa. Cualidades personales

Conclusiones:

No se cumplió el objetivo por cuanto la paciente no asistió a la sesión.

Sesión 7

Objetivos

- Evaluar la autoestima, y a la vez que la paciente reflexione sobre sus logros y cualidades positivas.

Técnicas utilizadas

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo

Desarrollo de las sesiones

- la sesión se inicia con un pequeño diálogo y la retroalimentación de la sesión anterior, luego se le indica que vamos a trabajar sus cualidades positivas, logros que ha traído anotado en su diario.
- Se le pide que haga una lista con sus cualidades positivas y otra con todos los logros conseguidos.
- Cuando se tiene las dos listas, la paciente dibujará un árbol en toda la hoja de la siguiente manera.

Actividad 3 . El árbol de mis logros

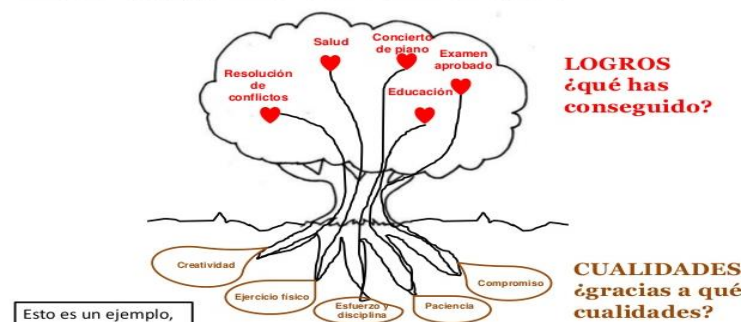


Figura X: El árbol de mis logros

Fuente: Llorente, E. (2015). Autoestima

- Luego se habla sobre el dibujo y reflexionar sobre como se sintió al elaborar su árbol.

Conclusiones

No se logró los objetivos por la inasistencia de la paciente

Sesión 8

Objetivos

-Motivar a la paciente para que realice actividades agradables, y lograr un cambio de actitud.

Técnicas utilizadas

- Psicoeducación
- Técnicas de dominio y agrado

Desarrollo de la sesión

Se inicia la sesión con una retroalimentación de la sesión anterior, luego se le explica que se va a trabajar la técnica de programación de actividades. Beck, A.,Rush,A.,Shaw,B.,Emery,G..Aplicación de técnicas conductuales. Refieren que muchos pacientes con depresión cuando están inactivos, presentan pensamientos pesimistas, al emplear esta técnica se pretende contrarrestar la desmotivación de la paciente. Este registro proporciona un indicador de que la paciente se auto evalúe en función de dominio y agrado al conseguir el objetivo.

Es necesario concientizar a la paciente para que realice el programa de actividades que se va a elaborar con su colaboración.

asertividad, la importancia en las relaciones interpersonales, y las características de una persona asertiva.

Tarea para casa: Registrar que actividades relacionadas a las interrelaciones personales había evitado, y poner en práctica la asertividad en su vida diaria.

Conclusión

No se cumplió el objetivo por la inasistencia de la paciente

Sesión 10

Objetivo

-Fomentar la capacidad de resolver problemas adecuadamente.

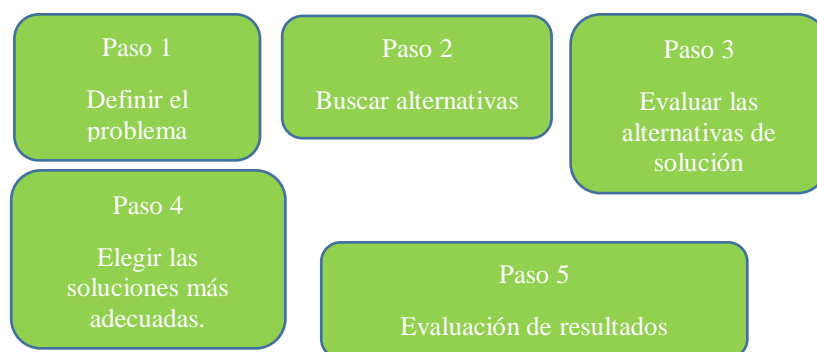
Técnicas utilizadas

-Retroalimentación

-Psicoeducación

Desarrollo de la sesión

Empieza la sesión con un pequeño diálogo, luego se le enseña las cinco etapas a seguir para la resolución de problemas, según D'Zurilla y Goldfried. Citado por: ¹⁹Caila, H., Exupery, A., Camus, A. en el artículo Técnica de resolución de problemas. En el cual se dan 5 etapas: orientación general definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones, verificación.



Conclusión

No se cumplió el objetivo por cuanto la paciente no asistió a la sesión.

Sesión 11

Objetivo

-Ejercitar a la paciente en la resolución de problemas para responder adecuadamente al entorno.

Técnicas utilizadas

-Psicoeducación

-Desarrollo de la sesión

Se inicia la sesión con la retroalimentación, luego se le pide que describa los principales problemas que quisiera resolver, y se le brinda la orientación necesaria para que utilizando los pasos anteriormente descritos se llegue a la resolución del problema.

Pasos

- Definir el problema
- Buscar alternativas de solución
- Evaluar las alternativas de solución
- elegir las soluciones más adecuadas y llevarlas a cabo
- evaluación de resultados

Conclusión

No se cumplió el objetivo por cuanto la paciente no asistió a la sesión.

Sesión 12

Objetivo

-Confrontar la evaluación inicial con la última,

Técnicas utilizadas

-Inventario de depresión de Beck

Desarrollo de la sesión

Se inicia la sesión con la retroalimentación y la revisión de la tarea asignada, luego se aplica el test de Beck.

3.2.4.2 Evaluación

El Programa Cognitivo Conductual fue el apropiado para disminuir los síntomas depresivos de la paciente, sin embargo, la inasistencia de la paciente a las sesiones no permitió que se le volviera a evaluar, pero durante las sesiones que asistió se notó una leve mejoría.



CAPITULO IV

PRINCIPALES CONTRIBUCIONES

4.1 CONCLUSIONES

- El trabajo de Suficiencia Profesional se realizó en un Hospital del Distrito de San Juan de Miraflores, centro donde la función que cumplía, era realizar la evaluación psicológica al paciente, diagnosticar y realizar la terapia respectiva,
- Brinda atención integral, de calidad a los pacientes, con la finalidad de mejorar su salud física y mental contribuyendo de esta manera al mejoramiento de su calidad de vida, sin embargo, la demasiada concurrencia de personas, muchas veces no permite que se cumpla con el tiempo establecido para la atención al paciente, toda vez que el tiempo queda reducido, así mismo el bullicio en los pasillos constituye un factor negativo para realizar las terapias de manera adecuada.
- En base a los objetivos planteados por el programa de intervención Cognitivo Conductual en adolescentes con depresión se concluye que se logró los objetivos en un 40 %, por cuanto la paciente a la que se le aplicó dicha terapia solamente asistió a cuatro sesiones en Consultorios Externos del Departamento de Psicología, del Hospital del cono sur de Lima. El factor económico, la falta de apoyo familiar, así como la falta de disponibilidad de turnos y la espera prolongada constituyen factores predictores para que la mayoría de pacientes abandonen el tratamiento.
- La Terapia Cognitiva conductual, resulto apropiada y eficaz, ya que, bajo el enfoque cognitivo conductual, se logró que la paciente comprendiera su problemática, identificando y modificando sus creencias irracionales, ya que durante las sesiones que asistió, se le notó una leve mejoría.

4.2 RECOMENDACIONES

- El Trabajo de Suficiencia Profesional realizado en el Hospital del cono sur de Lima representa un aporte teórico en el estudio de la depresión en adolescentes.
- Se debe continuar con el modelo Cognivo Conductual para tratar a los pacientes adolescentes que presenten un trastorno depresivo, atendiendo las demandas personales que poseen estos, al momento de la consulta
- Con el objeto de lograr la total recuperación de la paciente, el Hospital por intermedio del Departamento de Psicología, debería implementar un programa de seguimiento de las personas de bajos recursos económicos que viven en las zonas periféricas del cono sur de Lima, mediante la conformación de equipos de trabajo conformado por psicólogos, para que se desplacen a los domicilios de los pacientes y continúen con las terapias establecidas y/o programadas.
- Es fundamental que específicamente el Dpto. de Psicología se ubique en un lugar donde no haya mucha afluencia de público, a fin de que el ruido no ocasione interferencia al momento de realizar las terapias con los pacientes.
- Que el presente trabajo sirva como guía a los futuros profesionales.

4.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabana, A. (2018). “La Depresión: un acercamiento desde el modelo cognitivo de Beck”. Recuperado de:
https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/articulo_revision_la_depresion_un_acercamiento_desde_el_modelo_cognitivo_de_beck.pdf
2. María Esther Barradas Alarcón, Depresión en estudiantes Universitarios, 2014. Recuperado de :
<https://books.google.com.pe/books?id=SHWTAwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=2.+Mar%C3%ADa+Esther+Barradas+Alarc%C3%B3n,+Depresi%C3%B3n+en+estudiantes+Universitarios,+2014.&hl=es>
3. Jorge David Ureña parra (2013). Factores de riesgo neurobiológicos, familiares y sociales asociados a los trastornos depresivos en niños y adolescentes (tesis de posgrado). Ciudad universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica. Recuperado de:
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis43.pdf>
4. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (12-08-14). La depresión es una enfermedad mental que puede ser mortal si no se detecta y trata a tiempo [comunicado de prensa]. Recuperado de:
<http://www.inism.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/033.html>
5. Organización Mundial de Salud (2017). Un reporte sobre la salud. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
6. Navarro-Loli, Jhonatan S., Moscoso, Manolete, & Calderón-De la Cruz, Gustavo. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), 57-74. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.04>

7. Navarro-Loli, Jhonatan S., Moscoso, Manolete, & Calderón-De la Cruz, Gustavo. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: Recuperado de: <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.04>
8. Organización Mundial de la Salud. (2020). Un reporte sobre la salud. Recuperado de: http://origin.who.int/mental_health/management/depression/es/
9. Department of health and human services public health service national institutes of health (2001). Recuperado de http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/depresion_mujer_esp.pdf
10. Según Ajjan, D (1997). La curación natural del estrés la ansiedad y la depresión. Barcelona, Robinbook
11. Ureña. J. (2013) Factores de riesgo neurobiológicos, familiares y sociales, asociados a los trastornos depresivos en niños y adolescente. Costa Rica
12. Sandybell, L., Pineda, A., Gaxiola, R. (2017) Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v17n3/1657-9267-rups-17-03-00063.pdf>
13. Méndez (2007). Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo - conductual en un caso de depresión en la adolescencia temprana (tesis de pregrado. Universidad San Martín de Porres. Lima
14. Pardo, G., Sandoval, A., Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión, No. 13, 13-28. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/13639/1/1204-6068-1-PB.pdf>
15. Organización Mundial de la Salud. (2000) Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>

16. Álvarez., A (2011). Libro didáctico de metodología de la investigación en ciencias sociales elaborado durante el año sabático concedido por la Universidad Sur colombiana al docente. Recuperado de: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>
17. Aguilar, J., Huamaní, J (2019). Aplicación de un programa Cognitivo - Conductual para la depresión en niñas de una casa hogar de la ciudad de Arequipa. Recuperado de:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10244/PSagmojh.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
18. La Dirección General de Salud de las personas Dirección de Servicios de Salud (2007). Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/NT022hist.pdf>
19. Universidad Autónoma de Barcelona (2008). Entrevista diagnóstica con el adolescente. Recuperado de:
http://www.paidopsiquiatria.cat/files/entrevista_diagnostica_con_el_adolescente.pdf
20. Inventario de depresión de Beck, (2014). Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck. Recuperado de : <https://www.psyciencia.com/pdf-inventario-de-depresion-de-beck/>
21. Folgueiras (sf). La entrevista. Recuperado de :
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/99003/1/entrevista%20pf.pdf>
22. Díaz, L (2011).La observación. Recuperado de :
http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf
23. August (1999). Principios técnicos para realizar la anamnesis en el paciente adulto. Recuperado de :
https://www.researchgate.net/publication/262519450_principios_tecnicos_para_realizar_la_anamnesis_en_el_paciente_adulto

24. Rodríguez, P., García1 (1999). Principios técnicos para realizar la anamnesis en el2 paciente adulto. Recuperado de : <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n4/mgi11499.pdf>
25. Camacho, M (2003). El ABC de la Terapia Cognitiva. Recuperado de: <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
26. Centro de salud comunitario la real (2018) causas de la depresión: Recuperado de: <https://www.facebook.com/csmclareaL/photos/pcb.736639590009644/736630496677220/?type=3&theater>
27. Castaño (sf). Modelo cognitivo de Beck sobre el desajuste emocional y/o conductua. Recuperado de : <http://www.uco.es/informacion/webs/fundacioncastilla/documentos/archivos/formacion-residentes/residentes-2012-2013/20-feb-ii-residentes-2013.pdf>
28. Enfoque Racional Emotivo A. Ellis. Recuperado de : <https://sites.google.com/site/psicoadultosonline/enfoque-racional-emotiva>
29. Web del maestro (2019). Que son las distorsiones cognitivas y cuales son las más frecuentes, Recuperado de : <https://webdelmaestrocmf.com/portal/que-son-las-distorsiones-cognitivas-y-cuales-son-las-mas-frecuentes/>
30. técnica de la respiración diafragmática, Recuperado de: <https://www.unomedicalcenter.org/app/files/public/201/pdf-medctr-rehab-diaphbreathingspanish.pdf>
31. Vindel, J., Virseda, A., Cerdeño, J, (2011). Respiración diafragmática. Recuperado de: <https://www.efisioterapia.net/articulos/ejercicios-columna-lumbar>
32. Cualidades personales. Recuperado desde: <https://www.pinterest.es/pin/412572015844085052/>

33. Beck,AT.,Rush,AJ.,Shaw,BF.,Emery,G. Beck,AT.; Rush,AJ.; Shaw,BF.; Emery,G. A. Recuperado de: <http://masterpsicoterapia.com/wp-content/uploads/2014/04/Documento-6.pdf>
34. Bernal,L.,Larrota, A., Parrado,J.Terapia Racional Emotivo A. Ellis. Recuperado de : <https://www.slideshare.net/AngieRojas37/terapia-rationalemotiva-60392952>
35. Rodríguez, J., Arnau, J. (1986). Deficit cognitivo de la indefensión aprendida. Recuperado de: [file:///C:/Users/Windows/Downloads/9448-15268-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Windows/Downloads/9448-15268-1-PB%20(2).pdf)
36. Vásquez, F., Muñoz, F., Becoña, E (2000). Depresión: Diagnóstico, Modelos Teórico. Recuperado de : <http://www.mantyoabras.com/blog/cuadro-consolidado-precio-en-dolares-americanos-de-terrenos-urbanos-desde-ancon-hasta-san-martin-de-porras>
37. Korman,G y Sarudiansky,M (2011). Modelos Teóricos y Clínicos para la conceptualización y Tratamiento de la Depresión. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=339630257005>
38. Perello, M., Martínez, C., Llorens, N (2001). Eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos para la depresión. Recuperado de: <file:///C:/Users/Windows/Downloads/494-1963-1-PB.pdf>
39. Ministerio de Salud (2017). Plan operativo anual. Recuperado de : <http://www.hma.gob.pe/pdf/institucional/intGestion/96.pdf>
40. Artículo de endeperú.about.com (2020).Estructura Distrital de Lina Metropolitana.Recuperado de: <https://www.pinterest.com/pin/578501514617464310/>
41. Fuente:.López ,P.Respiración diafragmática (2017). Recuperado de : <http://www.baldomirpsicologa.com/2017/03/09/respiracion-diafragmatica/>
42. Llorente, E. (2015). Autoestima. Recuperado de : <https://www.slideshare.net/cursolite/proyecto-para-educacin-secundaria-sobre-la-autoestima>
43. Garcia, E.,Fusté,A.,Bados,A. Manual de entrenamiento en respiración. Recuperado de https://www.ttmb.org/documentos/entrenamiento_en_respiracion.pdf

44. Menses, J. (2008). Programa de intervención en estrategias de afrontamiento para la adaptación universitaria en estudiantes de nivel introductorio Uis Socorro. Recuperado de:
https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/1342/digital_15722.pdf?sequence=1&isAllowed=y
45. Caila,H.,Exupery,A.,Camus,A.en el artículo Técnica de resolución de problemas. Recuperado de: <https://artpsycho.webnode.es/metodos-y-tecnicas/tecnicas-de-resolucion-de-problemas/>



4.4 ANEXOS

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

P. total: 24. Depresión moderada.

1) .

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

2

- 9) No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 Desearía suicidarme.
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10) No lloro más de lo que solía llorar.
 Ahora lloro más que antes.
 Lloro continuamente.
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11) No estoy más irritado de lo normal en mí.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado continuamente.
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
- 12) No he perdido el interés por los demás.
 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 He perdido todo el interés por los demás.
- 13) Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 Evito tomar decisiones más que antes.
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 Ya me es imposible tomar decisiones.

3

- 14) No creo tener peor aspecto que antes.
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
 Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15) Trabajo igual que antes.
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 No puedo hacer nada en absoluto.
- 16) Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 17) No me siento más cansado de lo normal.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18) Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.

4

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.