



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO DE CASO DE UNA
ADOLESCENTE CON EPISODIO
DEPRESIVO EN UN CENTRO PRIVADO DE
LIMA METROPOLITANA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

ESTHER YESSICA AROCUTIPA PATRICIO

LIMA – PERÚ

2022

MIEMBROS DEL JURADO

Mg. Elena Esther Yaya Castañeda

Presidente

Mg. Adolfo Aguinaga Álvarez

Vocal

Mg. Maria Elena Apumayta Rosas

Secretaria

ASESOR DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Mg. Susana Elizabeth Mamani Guerra

DEDICATORIA

A mis padres “Cristina y Adolfo”, a mi hermano “Emanuel” y toda mi familia que han ido apoyándome de manera incondicional y que hicieron que fuera posible el culminar una meta de tantas que me he propuesto en la vida. Doy las gracias por su paciencia, palabras de motivación y apoyo día a día que fue siendo un impulso para continuar y concluir con mi formación profesional.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre Cristina, por estar conmigo en cada momento de mi vida y alentándome a seguir adelante, sobre todo por confiar en mí.

A mi hermano Emanuel, por su apoyo constante y motivación por medio de palabras, abrazos que hacían que me saque una sonrisa.

A mi padre Adolfo, por el apoyo incondicional.

A mis mascotas, que me alegraban el día cuando me sentía tensionada o cansada.

A mi asesora Lic. Susana Mamani Guerra, por la dedicación y apoyo que me ha brindado en el transcurso del proceso. Gracias por el apoyo ofrecido desde el inicio del trabajo.

A los docentes, por sus enseñanzas para desarrollarme profesionalmente con adecuados valores éticos y científicos.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO	3
1.1. Descripción de la Institución	3
1.1.1. Misión, Visión y Valores	3
1.1.2. Objetivos	4
1.1.3. FODA.....	4
1.1.4. Reseña Histórica de la institución	6
1.2. Puesto desempeñado.....	7
1.2.1. Denominación del puesto.....	7
1.2.2. Funciones del puesto	7
1.2.3. Jefe inmediato y cargo.....	7
1.2.4. Organigrama de la institución	7
1.2.5. Descripción del área de Trabajo.....	10
1.3. Plan de Trabajo.....	11
1.3.1. Actividades generales.....	11
1.3.2. Recursos	12
1.4. Línea de investigación	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	14

2.1. Definiciones de las variables	14
2.1.1. Depresión	14
2.1.2. Adolescencia	17
2.2. Teorías y Modelos de abordaje o intervención.....	19
2.2.1. Modelo cognitivo de Beck (1967)	19
2.2.3. Teoría conductual.....	21
2.2.5. Teoría de desarrollo psicosocial de Erikson (1950).....	22
2.3. Antecedentes: Nacionales e Internacionales.....	22
2.3.1. Nacionales.....	22
2.3.2. Internacionales	24
CAPITULO III: METODOLOGÍA.....	27
3.1. Contextualización del Problema (Diagnóstico)	27
3.1.1. Problema de estudio.....	27
3.1.2. Delimitación del problema.....	28
3.1.3. Estrategias de evaluación y medición de evaluación de la problemática	28
3.1.4. Procedimiento de la evaluación	30
3.1.5. Diagnóstico del problema: Reporte de resultados encontrados	31
3.2. Intervención (Estrategia)	33
3.2.1. Problema delimitado	33
3.2.2. Objetivos de intervención	33
3.2.3. Selección y sustento de técnicas empleadas	34
3.2.4. Ejecución: descripción del plan de intervención	35
3.2.5. Sesión modelo.....	35

3.2.6. Cronograma de trabajo.....	35
3.2.7. Indicadores de logro.....	45
3.2.8. Monitoreo y evaluación de la intervención.....	46
CAPITULO IV: RESULTADOS	47
4.1. Resultados.....	47
4.1.1. Descripción de los resultados hallados	47
4.1.2. Análisis de resultados encontrados con fuentes.....	52
4.2. Reflexión de la experiencia	53
4.2.1. Limitaciones encontradas en el proceso de intervención.....	53
4.2.2. Impacto en la institución con los resultados hallados	54
4.2.3. Aporte en el área de psicológica y en el contexto.....	54
4.2.4. Demandas profesionales requeridas y capacitaciones técnicas	55
4.2.5. Autoevaluación y autocrítica personal e institucional	55
RECOMENDACIONES	57
CONCLUSIONES.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	59
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLA

TABLA 1. <i>Cronograma de actividades del plan de trabajo.</i>	12
-----------------------------------------------------------------------------	----

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. <i>Organigrama de la institución</i>	9
-------------------------------------------------------------	---

FIGURA 2. <i>Modelo cognitivo de beck (1967)</i>	21
---------------------------------------------------------------	----

FIGURA 3. <i>Diagrama de procedimiento de evaluación</i>	31
-----------------------------------------------------------------------	----

FIGURA 4. <i>Pretest y postest del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).</i>	47
-----------------------------------------------------------------------------------------------	----

FIGURA 5. <i>Pretest y postest de la Escala de depresión en adolescentes (EDAR)</i>	48
--------------------------------------------------------------------------------------------------	----

FIGURA 6. <i>Niveles de relajación al inicio y final de las sesiones.</i>	49
----------------------------------------------------------------------------------------	----

FIGURA 7. <i>Registro de termómetro del estado de ánimo.</i>	51
---------------------------------------------------------------------------	----

FIGURA 8. <i>Termómetro del estado de ánimo en funciones a las sesiones</i>	52
------------------------------------------------------------------------------------------	----

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo general disminuir la sintomatología del episodio depresivo en una adolescente de 13 años ocasionado por los pensamientos negativos relacionado al fracaso académico y desarrollo socioemocional. Para el estudio de caso, se utilizaron recursos como entrevista psicológica con la madre y adolescente, al igual que la utilización de pruebas psicológicas como el Inventario de depresión de Beck – II (BDI-II) y la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR). A partir de ello, se obtienen los resultados a nivel cualitativo y cuantitativo, lo cual fomentó la creación de un plan de intervención basado en el Modelo cognitivo de Beck, que estuvo constituido por catorce sesiones, que incluyeron diversas técnicas como *“triple columna”*, *“termómetro del estado de ánimo”*, *“listado de actividades agradables”*, *“solución de problemas”*, *“respiración 4-7-8”* y *“relajación progresiva”*. Además, se incluyeron, tres sesiones de seguimiento. En cuanto a los resultados de intervención, en el Inventario de depresión de Beck (BDI-II) se obtuvo 13 puntos, lo cual significa ausencia de sintomatología depresiva y en la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) se obtuvo 52 puntos, considerándose el descarte de sintomatología depresiva. Se concluye que, la adolescente logró aprender disminuir los pensamientos irracionales, aplicar estados de relajación e involucrarse con personas de la misma edad contemporánea.

Palabras clave: episodio depresivo, modelo cognitivo de Beck, adolescente.

ABSTRACT

The present research had as general objective to reduce the symptomatology of the depressive episode in a 13-year-old adolescent, due to negative thoughts related to academic failure and socio-emotional development. For the case study, resources such as a psychological interview with the mother and adolescent were used, as well as the use of psychological tests such as the Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Reynolds Depression Scale for Adolescents (EDAR). From this, the results are obtained at a qualitative and quantitative level, which encouraged the creation of an intervention plan based on Beck's Cognitive Model, which consisted of fourteen sessions, which included various techniques such as "triple column", "mood thermometer", "list of pleasant activities", "problem solving", "4-7-8 breathing" and "progressive relaxation", apart from that three follow-up sessions were held. The results of the intervention were in the Beck Depression Inventory (BDI-II) 13 points were obtained, which means absence of depressive symptomatology and in the Reynolds Adolescent Depression Scale (EDAR) 52 points were obtained, considering the ruling out depressive symptomatology; that is to say, that the intervention turned out to be efficient for the adolescent since she was able to learn how to manage irrational thoughts, obtain states of relaxation and get involved with people of the same contemporary age.

Keywords: depressive episode, Beck's cognitive model, mood thermometer, adolescent.

INTRODUCCIÓN

En el Perú, la salud mental representa el 17.5% del total de cantidad de enfermedades que puede existir en el país, siendo la depresión unipolar como predominante con un 3.9% del total, la dependencia y consumo excesivo de alcohol son otros de los problemas de la población que oscila entre los 15 a 44 años, asimismo los cuadros de demencia, esquizofrenia, violencia y adicción a las drogas son otros puntos a tomar en consideración Ministerio de Salud (MINSA, 2018). En la población de 12 años a más se muestra con mayor prevalencia los episodios depresivos siendo el 4% anual en Lima rural, por lo que se estima el 7.6% a nivel nacional.

En el 2020, se presentó un acontecimiento inesperado para todos los peruanos y peruanas que era sobre la aparición de un virus (COVID-19), lo cual indujo al cierre de escuelas, centros de trabajos, lugares de esparcimientos, entre otros; de esta manera limitando a la realización de actividades de la vida cotidiana, por lo que terminó afectado a la salud mental, principalmente a los niños, niñas y adolescentes, ya que son población vulnerable. Tanto UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) y el MINSA, realizaron un estudio en el 2020, hallándose como resultados que en cada 10 adolescentes 3 presentan algún problema emocional, de conducta o de atención, ya que la pandemia y las consecuentes medidas restrictivas produjo la transformación del entorno, entre ellos la virtualidad, que en un primer momento se instauró como recurso “necesario”, lo que implicaba disponer de una señal de internet y de un dispositivo electrónico dentro del hogar, pero que al final obligo a la mayoría de las personas a estar en casa y aislarse socialmente, por lo que ante este nuevo contexto se generaron estresores que repercutieron en el ámbito académico, familiar y personal (MINSA, 2021)

Siguiendo esta línea, la salud mental en los adolescentes se vio afectado debido al prolongado tiempo de confinamiento asociándose con la virtualidad, a pesar de la

propuesta de horarios delimitados para actividades recreativas, el gran reto de los menores era la adaptación, lo que generó episodios depresivos caracterizado por la tristeza, frustración, irritabilidad, sensación de soledad, problemas para conciliar el sueño y hábitos alimenticios. En base a ello, el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado -Hideyo Noguchi” en el 2021, realizó un estudio identificándose como problema de salud mental prevalente en la población de adolescentes con un 31.5% el cuadro clínico de depresión, además de un incremento significativo en trastornos mentales en la población infanto-juvenil, lo cual resulta preocupante. Ante ello, el estado peruano implemento la línea 113 del Ministerio de Salud y bonos respectivos para atenuar de alguna u otra manera la preocupación en el ámbito económico de las familias peruanas.

Frente a la prevalencia de síntomas depresivos en los adolescentes, se vio la necesidad de realizar la intervención por medio de un estudio de caso que tiene por objetivo general disminuir la sintomatología del episodio depresivo en una adolescente de 13 años, a través de ello se podrá prevenir otros cuadros clínicos de salud mental de mayor complejidad en los adolescentes inclusive para la adultez temprana, por medio de la modificación de pensamientos desadaptativos que propicia los episodios depresivos.

En el primer capítulo constata de la experiencia profesional y contexto laboral, lo cual abarca el puesto desempeñado en relación a las funciones y descripción del área de trabajo. Seguidamente, en el segundo capítulo se pasa a desarrollar el marco teórico, definiendo y explicando en base a teorías y modelos en relación al episodio depresivo y adolescencia. Por otro lado, el tercer capítulo se encuentra el problema de estudio y el proceso de intervención, que incluye los objetivos, técnicas y el plan de intervención. En el cuarto capítulo consta de los resultados encontrados y reflexión de la experiencia. Finalmente, las recomendaciones y conclusiones en relación al trabajo.

CAPÍTULO I: EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO

1.1.Descripción de la Institución

El Centro de Orientación Familiar se inició con el pedido del Papa Francisco en el último Sínodo de la Familia realizado en Roma y del Vigésimo Sínodo Arquidiocesano Limense manifestada en la última Carta Pastoral “Al Encuentro con Cristo” del Cardenal Juan Luis Cipriani, quien hace un pedido especial a la Comisión de Familia y Vida de implementar los centros de orientación familiar (San Norberto, 2018).

El Arzobispado de Lima, mediante la Asociación de Instituciones Educativas Católicas (AIEC) y la Comisión de Familia y Vida inauguró el centro de orientación familiar ubicado en el asentamiento humano Portada I de Manchay, que limita con los distritos de La Molina y Cieneguilla. La institución

En la institución se ofrece servicios de orientación y consejería psicológica, consejería de parejas y acompañamiento espiritual a toda la comunidad de Pachacamac, que presentan problemas familiares, dificultades en la relación de pareja por motivo de infidelidad, inestabilidad emocional, manejo de ansiedad y estrés, siendo de esta manera una forma de apoyo a la población, por ende, es una organización sin fines de lucro. Dentro de la institución, se cuenta con cuatro ambientes disponibles para los servicios ofrecidos al público, entre ellos se encuentra: recepción, un consultorio para consejería de parejas y dos para orientación psicológica.

1.1.1. Misión, Visión y Valores

La institución tiene como misión mejorar el bienestar y desarrollo socioemocional de las familias a través de las atenciones de manera integral

(psicológica, familiar y espiritual). La visión, se propone ser reconocidos como un centro de atención integral en el área psicológica, familiar y espiritual.

Los valores fundamentales en que se basa la institución son el amor, respeto, responsabilidad, paz e igualdad.

1.1.2. Objetivos

El objetivo general es brindar atención psicológica, espiritual y familiar basada en principios éticos y espirituales hacia la población.

Los objetivos específicos son brindar orientación y consejería individual y grupal para el bienestar mental, emocional y social de los matrimonios y las familias. Asimismo, fortalecer el acompañamiento espiritual de las familias, por medio de la escucha activa y acercamiento a la espiritualidad. Por último, promover el desarrollo y ejecución de talleres virtuales y/o presenciales con niños, adolescentes, parejas e instituciones privadas y estatales.

Con respecto a los valores, la institución se basa principalmente en el amor, respeto, responsabilidad, paz e igualdad.

1.1.3. FODA

Por medio del análisis situacional se identificaron las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de la institución. A continuación, se dará a conocer cada una de ellas de manera específica.

a) Fortalezas

- El trabajo en equipo multidisciplinario.
- El único centro de referencia enfocado en el abordaje familiar.
- Abordaje en los distintos niveles de intervención del área de la salud, promoción, prevención, seguimiento y derivación con problemática de salud psicológica.

- El compromiso organizacional hacia el servicio comunitario.
- Las capacitaciones permanentes.
- El ambiente laboral estable.

b) Debilidades

- Ausencia de ambientes diferenciados para cada área de atención.
- Infraestructura inadecuada para asegurar la privacidad de la persona.
- El acceso limitado a las pruebas psicológicas.
- La escasez de recursos mobiliarios, humanos y tecnológicos.
- El cumplimiento de actividades planificadas en el plan de trabajo de la institución.
- La programación de una atención en los servicios ofrecidos, por lo general suelen ser en un tiempo distante.
- Difusión y promoción de áreas de servicios ofrecidas al público en general.

c) Oportunidades

- El desarrollo de talleres psicoeducativos y actividades del servicio de psicología, consejería de parejas y espiritual.
- La capacitación hacia otras instituciones relacionado a la salud mental (escuela para padres y orientación vocacional).
- La participación activa de las personas en los talleres ofrecidos por la institución.
- El abordaje multidisciplinario tomando en consideración las realidades sociales, educativas y culturales; ante una problemática ligada a la salud mental de la comunidad.
- Brinda experiencia en formación profesional.

- La institución está al servicio del distrito.

d) Amenazas

- Ausencia de convenios con las autoridades locales, municipales o gubernamentales.
- Inestabilidad administrativa y política.
- Presencia de instituciones aledañas que ofrecen el servicio de psicología.
- Falta de presupuesto y abastecimiento de materiales.
- El acceso limitado de atenciones debido a la crisis sanitaria por la COVID-19.
- La derivación de la persona a un establecimiento de salud genera suspicacia en relación a la calidad de servicio ofrecido en la institución.

1.1.4. *Reseña Histórica de la institución*

La Institución fue creada en el 2017, por medio de la Asociación de Instituciones Educativas Católicas (AIEC) y la Comisión de familia y Vida, quienes se comunicaron con el Arzobispado de Lima. La fundación se debió a la prevalencia de problemas de parejas y familiares, dentro del distrito que era recepcionado por la parroquia de la zona; es ahí donde surge la idea de la creación iniciándose con un psicólogo, dos consejeros de familia, dos sacerdotes y dos religiosas.

De esta manera, se apertura los servicios de psicología, consejería de parejas y espiritualidad, con el transcurrir de los años se fue definiendo los servicios que se brinda a la población, dándose a conocer en la actualidad las áreas de orientación y consejería psicológica, consejería de parejas y acompañamiento espiritual, con un total de un psicólogo, cuatro consejeros de parejas y tres religiosas.

1.2. Puesto desempeñado

1.2.1. Denominación del puesto

Psicóloga clínica que labora en el área de orientación y consejería psicológica.

1.2.2. Funciones del puesto

Las funciones desempeñadas tienen que ver con el área de orientación y consejería psicológica en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Aquí se encuentran las actividades de realización de entrevistas psicológicas de abordaje integral, derivación de usuarios en casos de violencia física, psicológica, económica entre otras, elaboración y ejecución de talleres de fortalecimiento de habilidades socio emocionales, estilos de comunicación, estilos de crianza; reuniones dos veces al mes con todos los integrantes de la institución con el propósito de intercambio de información de usuarios atendidos para el análisis de estado y evolución, asimismo en la participación de actividades extramurales como escuela para padres y perfiles vocacionales para otras instituciones, al igual que, en la implementación y registro de atenciones programadas con los usuarios para una posterior elaboración de reportes mensuales e informe bimestral, asimismo, apoyo en proceso de evaluación para puestos que requiera la institución.

1.2.3. Jefe inmediato y cargo

- Coordinadora general de la institución (Religiosa).
- Supervisor de Psicología.

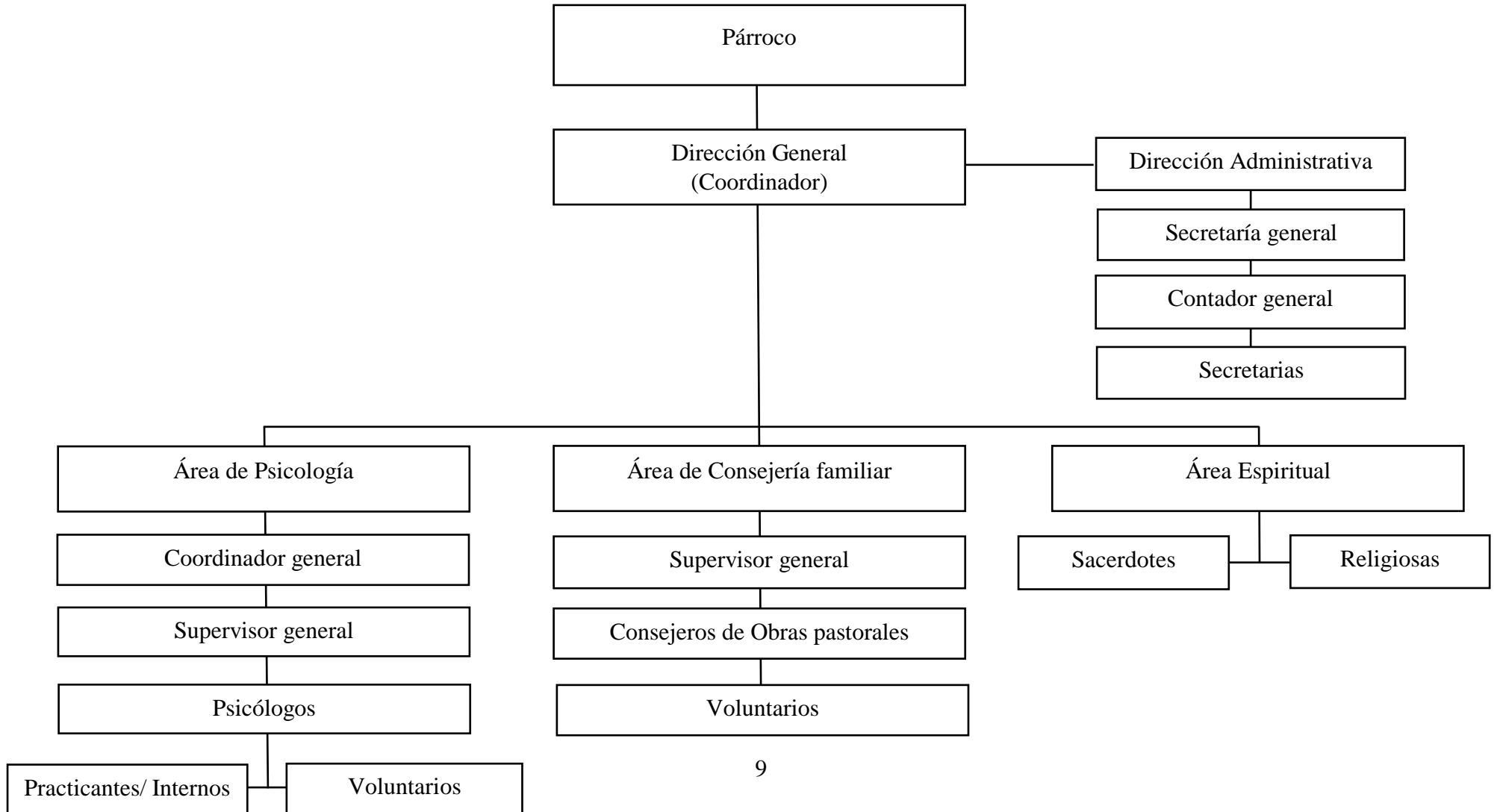
1.2.4. Organigrama de la institución

El Centro de Orientación Familiar cuenta con tres áreas de atención: psicología, consejería familiar y acompañamiento espiritual. El área de psicología cuenta con un

psicólogo, practicantes preprofesionales y voluntarios (universitarios de la carrera de psicología) que apoyan en las entrevistas, la aplicación de pruebas psicológicas, talleres psicoeducativos entre otros.

Figura 1.

Organigrama de la institución



1.2.5. Descripción del área de Trabajo

La institución está conformada por cinco ambientes: una recepción, tres consultorios y un ambiente en común, para reuniones o actividades adicionales de la instrucción. Con respecto a los ambientes son iluminados y limpios; sin embargo, el espacio entre consultorios y la privacidad se veía limitada debido a consultorios contiguos.

La ruta de atención del usuario es primero con el área espiritual (religiosas); segundo es recepcionado por el practicante pre profesional o para la realización de la entrevista y conocer el motivo de consulta. Una vez terminado la entrevista, el practicante o voluntario evalúa la situación, tomando como referencia la información recopilada y reunión sostenida con los profesionales de las otras áreas de servicio (psicólogos y consejeros familiares) para una posterior mención al usuario de la continuación de las sesiones en el área de psicología o consejería de pareja, inclusive ambos.

Las actividades realizadas son la atención a entrevistas derivadas por el supervisor del área de psicología. Se observan casos de estilos de crianzas, perfiles vocacionales, problemas de pareja, que implica la evaluación de la relación de padres y/o pareja, la aplicación de pruebas psicológicas, elaboración y ejecución de programa de sesiones a desarrollar con los usuarios. Asimismo, se realizaba reuniones aproximadamente dos veces al mes, con el propósito de intercambio de información de usuarios atendidos por las tres áreas, para el análisis de estado y evolución de cada uno de ellos, por ello, cada una de las áreas maneja un archivo con información breve de cada uno de los pacientes atendidos, por parte del área de psicología se manejaba un formato de entrevista, proporcionado por la institución, donde se redactaba información recepcionado del usuario y las actividades trabajadas en cada sesión.

1.3. Plan de Trabajo

1.3.1. Actividades generales

Evaluación y diagnóstico: es un proceso en el cual se extraen conclusiones a través de la aplicación de recursos o herramientas como la observación conductual, entrevista psicológica, pruebas psicométricas, que permite describir el área cognitiva, emocional, conductual y social; con la finalidad de realizar una presunción diagnóstica para una posterior elaboración de programa de intervención en función al caso (Zambrano, 2019).

Seguimiento de casos: basado en una evaluación preliminar que se da en las últimas sesiones, con el propósito de conocer el éxito logrado con el programa de intervención, asimismo el manejo oportuno de las recaídas.

Actividades psicoeducativas: basado en la proporción de información específica acerca de la conducta problema con el propósito de responder acerca del origen, evolución y abordaje desde el entorno, lo cual implica el entrenamiento en técnicas para afrontar el problema (Cuevas y Moreno, 2017).

Intervención: es un proceso de aprendizaje que consiste en la construcción de programa basado en teorías y técnicas psicológicas con la finalidad de reducir o prevenir la ocurrencia de la conducta problema (Montenegro, 2022).

Orientación y consejería: es un tipo de intervención que involucra la escucha activa por parte del profesional para la identificación de situaciones que generan malestar emocional, para posteriormente brindar recursos y orientar a la persona en el manejo de dicha problemática (Calle, 2018).

1.3.2. Recursos

a) Recursos humanos

En la institución se cuenta con un psicólogo, dos practicantes del área de psicología (universitarios de la carrera de psicología), dos consejeros familiares y dos personales administrativos (profesionales de administración y/o contabilidad).

b) Recursos materiales

Dentro de la institución se cuenta con tres consultorios para las atenciones, un ambiente en común para reuniones, equipo multimedia y material de pruebas psicológicas.

c) Cronograma de actividades

Dentro del cronograma de actividades se incluyeron las actividades proyectadas a realizar en el área de psicología como entrevistas, observaciones conductuales, charlas psicoeducativas, entre otros. Para ello se consideró el tiempo (febrero a diciembre) y el objetivo general de la institución.

Tabla 1.

Cronograma de actividades del plan de trabajo.

ACTIVIDADES	TEMPORALIZACIÓN											
	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sept	Oct	Nov	Dic	
1. Elaboración de plan de trabajo	X											
2. Retroalimentación con personal de otras áreas de servicio.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3. Entrevista psicológica a usuarios.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2. Observación de conducta	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3. Aplicación y corrección de pruebas psicológicas (psicométricas y proyectivas).		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4. Orientación y consejería psicológica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5. Seguimiento de casos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6. Redacción de oficios de casos a derivar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7. Registro de atenciones digitalmente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8. Elaboración de materiales para actividades lúdicas.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9. Elaboración de reporte de atenciones	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10. Charlas psicoeducativas con usuarios de la institución.									X				X
11. Elaboración de informe anual.													X

1.4.Línea de investigación

Debido a lo mencionado anteriormente, la línea de investigación corresponde a bienestar psicológico y salud mental. Esto debido a que, se pretende investigar acerca de los factores emocionales y de salud mental que regulan el bienestar psicológico y permiten la adaptación orientada a la calidad de vida de las personas.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Definiciones de las variables

2.1.1. *Depresión*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, citado en Alzuri, Hernández y Calzada, 2017) considera la depresión como un trastorno mental frecuente, caracterizada por la tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, trastornos de apetito o sueño, falta de concentración y sensación de cansancio. Además, es uno de los trastornos de mayor prevalencia en la población y se da frecuentemente a una edad muy temprana como en la adolescencia.

Asimismo, American Psychiatric Association (APA, como se citó en González, Pineda y Gaxiola, 2018) indica que la depresión tiene una duración mínima de dos semanas, caracterizado por una pérdida de interés o placer por realizar actividades, sin ser atribuible a otras condiciones médicas.

De acuerdo a Blum (2000, como se citó en Flores, 2019) afirma que existe una probabilidad de padecer depresión en la etapa de la adolescencia, debido a los cambios no solo a nivel físico sino también cognitivo, afectivo y social, lo cual genera una exigencia en el desarrollo de estrategias de afrontamiento con el propósito de generar capacidades que permitan enfrentar situaciones nuevas e inesperadas.

2.1.1.1. Síntomas de la depresión

De acuerdo Ping (2014, como se citó en Jadán, 2017) indica que la depresión varía en función a la gravedad de los síntomas y el tiempo. Los síntomas a considerar son: los cambios de estado de ánimo, sentimientos de culpa, pesimismo, pérdida de interés en actividades agradables, fatiga, agotamiento, insomnio (despertar temprano

o dormir demasiado), pérdida de apetito y peso, irritabilidad, inquietud, pensamientos o intentos suicidad,

Por otro lado, el inicio y la permanencia de la depresión en la adolescencia suele estar mediada por situaciones de ámbito familiar, académico, intrapersonal o interpersonal, generándose variaciones en cuanto a la intensidad y frecuencia.

2.1.1.2. Clasificación de la depresión

Según Jadán (2017) la depresión se puede clasificar en base a la clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) o el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).

En función a la CIE-10 clasifica la depresión como: episodio depresivo leve, moderado, sin síntomas psicóticos, con síntomas psicóticos; el trastorno depresivo recurrente: con episodio actual leve, moderado, sin síntomas psicóticos, con síntomas psicóticos, otros trastornos depresivos recurrentes y el trastorno del humor persistente: distimia, ciclotimia.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017) indica que los criterios a considerar están en base al diagnóstico y gravedad de la depresión. En el diagnóstico, los criterios generales para un episodio depresivo son: aproximadamente al menos dos semanas, no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas u otro trastorno mental orgánico, al igual de no presentarse síntomas hipomaniacos o maniaco. La presencia de al menos dos de los siguientes síntomas (criterio B) que son: la pérdida de interés en actividades agradables y el disfrute que solía tenerse anteriormente, ausencia o disminución de energía dándose la fatiga en la persona, percepción de desdicha, sentimientos de culpa y autoacusaciones marcadas del pasado que están presentes en la mayor parte del día y/o durante todos los días. Por último, la presencia de uno o más

síntomas de la lista (criterio C), para que sean cuatro: pensamientos acerca de la muerte o suicidio, dificultad en la concentración y memoria, ausencia en la toma de decisiones, alteraciones en el sueño, cambios en el apetito, sentimientos de inferioridad, desvalorización personal.

En la gravedad, la clasificación consiste en cuatro tipos de episodios que son: episodio depresivo leve, se considera cuando está presente los criterios generales, dos o más síntomas según al diagnóstico de depresión (criterio B) y uno al menos de los síntomas del criterio C, y usualmente la persona con episodio depresivo leve posiblemente está apta para proseguir con actividades de la vida diaria. De igual manera, el episodio depresivo moderado contempla los criterios generales del diagnóstico, al menos dos síntomas del criterio B y del criterio C, haciendo una suma total de seis síntomas como mínimo, la persona que este transitando por este tipo de episodio depresivo manifiesta habitualmente dificultades para continuar con actividades cotidianas. En el episodio depresivo grave (sin síntomas psicóticos) toma en cuenta los criterios generales, del criterio B los tres síntomas y algunos del criterio C haciendo un mínimo de ocho síntomas; en este caso, la persona presenta síntomas claramente evidentes; especialmente, disminución de la autoestima, sentimientos de culpa, ideas y actos suicida, incluyendo episodios de aislamiento, pero no se llega a dar alucinaciones. Finalmente, el episodio depresivo grave (con síntomas psicóticos) se considera los síntomas psicóticos como delirios, alucinaciones, retardo psicomotor o falta de reacción/movimiento por un periodo, también se toma en consideración criterios que son dos: a) alucinaciones o ideas delirantes, asociado a un contenido depresivo de culpa, hipocondriaco, autorreferencial o persecutorio, excluyendo las voces a escuchar por terceras persona o comentarios de la propia actividad de la persona; b) estupor depresivo, referencia a la ausencia de movimiento por un periodo. Asimismo, el episodio depresivo

grave con síntomas psicóticos incluye episodios de aislamiento de depresión mayor, psicosis depresiva y depresión psicótica.

Por otro lado, el DSM-5 clasifica directamente a la depresión de la siguiente manera: trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, otro trastorno depresivo especificado, otro trastorno depresivo no especificado.

Además, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018), menciona que la depresión es referida como “*trastorno depresivo mayor*”, siendo la característica principal el periodo de dos semanas consecutivas como mínimo, donde la persona presente no menor a cinco síntomas entre ellos el ánimo depresivo, pérdida de interés, etc. Para el diagnóstico se toma en cuenta cinco o más de los síntomas presentes (descenso de interés en actividades, aumento o disminución del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o dificultad en el área psicomotora, culpabilidad excesiva, dificultad en la concentración y toma de decisiones) por un periodo de dos semanas consecutivas y simboliza un cambio en el funcionamiento que implica el deterioro en el área social, laboral debido a los síntomas.

2.1.2. Adolescencia

La adolescencia es un periodo de desarrollo del ser humano que conlleva cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y social; a su vez, admite distintos escenarios sociales, culturales y económicos, debido a muchas transformaciones suscitados de crisis, conflictos u otros. Además, esta etapa comprende aproximadamente desde los 11 años hasta los 19 años (Papalia, 2009, como se citó en Sánchez, Oliver, Adelantado y Bresó, 2020).

McLeod (2013 citado en Arias, 2021) menciona a Erickson sobre la crisis que se presenta en los adolescentes dentro de la etapa de desarrollo denominado Identidad vs. Confusión de roles, debido a que deben de desarrollar una identidad consistente y si no lo lograsen se presentaría desconcertación con respecto a lo que desean lograr en la vida y esto representa una fuente de estrés para ellos mismos.

De igual manera, Arnett (2008, como se citó en Sigüenza, Quezada y Reyes, 2019) precisa que la adolescencia es una etapa donde se experimentan problemas complicados y duraderos, ya que no todos vivencian de igual manera; no obstante, lo considera como un periodo de vulnerabilidad. Además, Papalia (2004, como se citó en Riquis, 2020) menciona que el adolescente no ha desarrollado en su totalidad el cerebro, sino que se encuentra en pleno proceso, en base a ello, fundamenta los comportamientos impulsivos y de riesgo que toman los adolescentes.

Sánchez, Oliver, Adelantado y Bresó, (2020) considera que la etapa de la adolescencia surge diferentes cambios como el aspecto físico, caracterizado por aumento de peso, altura y tamaño muscular (crecimiento corporal); al mismo tiempo, el desarrollo de caracteres sexuales primarios y secundarios. En el aspecto cognitivo, la adopción de manera habitual el pensamiento abstracto, lo que deduce la capacidad de formular y comprobar posibles hipótesis; asimismo, se inicia con el cambio de posición sobre los valores familiares y sociales, generando una reevaluación de la percepción del mundo y sobre sí mismos y dentro de la adolescencia, la autonomía y la identidad son procesos fundamentales en esta etapa de desarrollo humano. En el aspecto emocional es caracterizado por la inestabilidad, tensión, al igual que, entusiasmo y pasión, pero hay una ligera dificultad en regular las emociones generado por ciertos agentes sociales (colegio, vecindario, familia), esto se debe a que los adolescentes perciben en menor medida las incoherencias recepcionado por otros individuos, es así que surgen conflictos

entre los roles que propiamente ellos realizan e incluyendo a los padres. Por último, el aspecto social en este punto, el adolescente pasa por una etapa de difícil tránsito, al momento de relacionarse con otras personas; por ello, Rice (2000, como se citó en Esquivel, 2019) considera que existen al menos seis necesidades para la adquisición de actitudes y normas de la sociedad, dichas actitudes son las siguientes: la necesidad de establecer vínculos afectivos significativos, la necesidad de expandir las relaciones amicales de la niñez, la necesidad de recibir aprobación y reconocimiento, la necesidad de aprender y adoptar patrones de forma que contribuya al desarrollo personal y social, dando a lugar la búsqueda de la independencia y la pertenencia a un grupo social.

2.2. Teorías y Modelos de abordaje o intervención

2.2.1. Modelo cognitivo de Beck (1967)

Según Cabana (2018) la temática abordada por Beck con relación a la depresión se consideraba de suma importancia el procesamiento de la información para comprender los “esquemas” mentales de la persona, para posteriormente lograr la adaptación tanto fisiológica, emocional y motivacional. De esta manera, Beck (1967) propone un modelo de orden cognitivo, tomando en cuenta los esquemas que son experiencias tempranas, ante un agente estresor que actúa directamente a través de sesgos cognitivos, teniendo intervención directa en la “*Triada cognitiva*”.

Beck y Clark (2013, como se citó en Gastulo (2020) mencionan que la “*Triada cognitiva*” se constituye por una serie de pensamiento disfuncionales basado en ideas irracionales. Es decir, las distorsiones cognitivas son debido a que las personas interpretan de forma errónea la realidad, dándose la instauración de pensamientos negativos, que en realidad no aportan en el afrontamiento de conflictos, todo lo contrario, se vuelve algo incontrolable y molesto generando afectación emocional y conductual. Por otra parte, la persona presenta tres patrones cognitivos que son:

- El componente “yo mismo”: caracterizada por una perspectiva negativa que se tiene por uno mismo (juzgamiento, menosprecio, dificultad para el reconocimiento de capacidades y habilidades, percepción de inutilidad; es decir, se centra en la escasez de atributos favorables). En este punto, la persona se inclina constantemente en las autocríticas, debido a que el pensamiento está centrado en las deficiencias.
- El componente “los demás”: la visión de la realidad en base a las acciones, por lo que se siente no querido y aceptado, la comparación constante y la dificultad de superar obstáculos, produciendo problemas en las relaciones interpersonales.
- El componente “futuro”: percepción negativa de sí mismo; en otras palabras, que los proyectos planteados son visualizados con obstáculos y problemas, además de presentarse pensamientos relacionados al fracaso; por tal razón, cuesta proyectarse con un sentido realista y optimista.

De hecho, Beck y Clark (2013, como se citó en Gastulo, 2020) indica que “*los esquemas cognitivos*” surgen de experiencias previas a un aprendizaje y se activan ante un acontecimiento significativo, convirtiéndose en una construcción subjetiva mental.

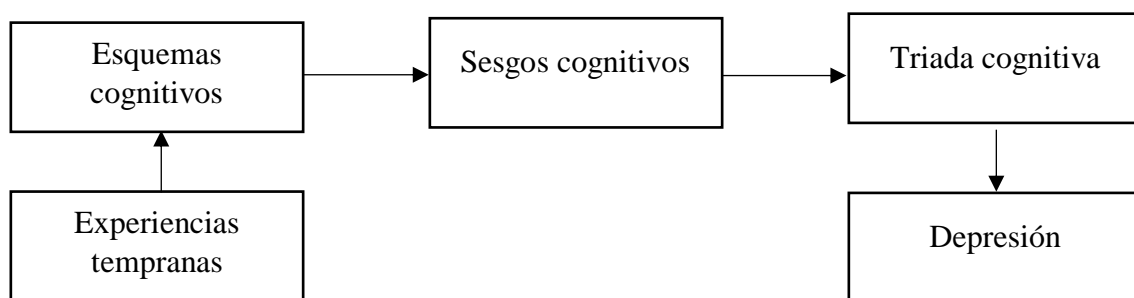
Además, Redondo (2015, como se citó en Bellido, 2019) afirma que los esquemas son creencias centrales; es decir, lo que uno cree con convicción; mientras que las creencias intermedias toma en cuenta las reglas de las convicciones que tiene la persona, ambas creencias son manifestaciones inconscientes que se manifiestan difícilmente.

Las distorsiones o sesgos cognitivos son caracterizados por realizar interpretaciones de alguna situación, tergiversando las creencias y emociones de la persona. Ante ello, Beck indica la existencia de seis distorsiones cognitivas como: la inferencia arbitraria, se refiere a una idea u suposición de concluir anticipadamente algún

evento o situación; la abstracción selectiva, priorización de pensamiento negativo, dejando de lado otras particularidades significativas del entorno, ante una situación positiva; la generalización excesiva caracterizado por llegar a conclusiones de forma espontánea y las respuestas dadas en perspectiva negativa perjudicando el estado emocional; la magnificación y minimización en relación al nivel caracterizado de una situación como significativo; el pensamiento absolutista se cataloga a las experiencias en diversas clasificaciones ya sean positivas o negativas, para la descripción que realiza de sí mismo; la personalización enfocado en la mentalización de hechos externos que no establecen vínculo para uno mismo, mientras que la visión catastrófica es la transformación en connotación negativa de los pensamientos o comentarios recordados de manera precipitada por la persona, vinculando el hecho de ser lo peor.

Figura 2.

Modelo Cognitivo de Beck (1967)



Nota: Adaptado de “la depresión: un acercamiento desde el modelo cognitivo de Beck” (p.8), por A, Cabana, 2018.

2.2.3. Teoría conductual

De acuerdo con Redondo (2015, como se citó en Bellido, 2019) afirma que la teoría conductual es explicada a través de reforzadores; es decir, la depresión es causada por ausencia de reforzador positivo o exceso de reforzador negativo; no obstante, esto no se ha llegado a comprobar como teoría causal, sino como correlacional. La ausencia o

exceso de reforzadores posiblemente está relacionado con algunos síntomas depresivos, pero no necesariamente significa que es causante de la depresión en personas.

2.2.5. Teoría de desarrollo psicosocial de Erikson (1950)

Osorio y Merino (2018) menciona que la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson se tomó en cuenta aspectos como: las diferencias individuales, la adaptación y ajustamiento, los procesos cognitivos, la sociedad, las influencias biológicas, el desarrollo del niño y el desarrollo adulto. Además, atribuye a que se presentan ocho fases de las cuales cuatro se encuentran en el desarrollo del niño (“confianza vs desconfianza-esperanza”, “autonomía vs vergüenza-duda”, “iniciativa vs culpa-miedo”, “industria vs inferioridad-competencia”) y lo restante en el desarrollo adulto (“identidad vs confusión de roles-fidelidad”, “intimidad vs aislamiento-amor”, “generatividad vs estancamiento-cuidado”, “integridad vs desespero-sabiduría”).

En esta oportunidad se pasa a explicar la fase de identidad vs confusión de roles-fidelidad y fé (adolescencia: 12 a 20 años) que surge de la combinación del cambio del aspecto físico y la madurez psicosexual, ya que se da el interés por el sexo opuesto, a su vez la formación de la identidad sexual.

2.3. Antecedentes: Nacionales e Internacionales

2.3.1. Nacionales

Ramírez (2018) tuvo como objetivo determinar la prevalencia de pacientes con diagnóstico de episodio depresivo atendidos por primera vez en consulta externa en un centro de salud mental de Arequipa. La investigación fue de tipo descriptivo y retrospectivo. Se contó con alrededor de 330 historias clínicas en el periodo de atención de agosto a diciembre. El resultado obtenido fue de 47,3% de personas tenían por diagnóstico episodio depresivo, siendo el sexo femenino el predominante con 37,2%, la

ocupación más frecuente en estudiantes con 52,6%, el 61,5% ausencia de antecedentes familiares concernientes a un episodio depresivo y el 70,5% de residencia urbana. De esta manera, concluyó que el episodio depresivo se muestra prevalente en el sexo femenino, edades entre 10 a 15 años, estudiante, soltero(a) y tener procedencia urbana.

Montoya (2021) estableció como objetivo disminuir la sintomatología del episodio depresivo en un adolescente de 17 años. La investigación fue de tipo cualitativa y la obtención de datos fue por medio de una entrevista semiestructurada, observación conductual, anamnesis y prueba psicológicas: Inventario de depresión de Beck (BDI-II). El resultado obtenido fue episodio depresivo moderado, por lo que planteó la intervención basado en el modelo cognitivo conductual, es decir, utilizó las técnicas de psicoeducación de “ABC de Ellis”, reestructuración cognitiva, respiración diafragmática, resolución de problemas y el dialogo expositivo. Por lo que concluyó con una mejoría del 40% en el adolescente, debido a la disponibilidad de turnos y el factor económico, a pesar de ello, el adolescente logró comprender la problemática e identificando y modificando las creencias irracionales, por la retroalimentación en cada una de las sesiones con relación a las técnicas aprendidas.

Anicama y Torrejón (2021) tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión existente frente a la covid-19 en adolescente de una I.E. Tacna. La investigación tuvo el enfoque cuantitativo, tipo no experimental y nivel descriptivo. Para la aplicación, el instrumento utilizado fue el Inventario de depresión de Beck (BDI-II), dándose como resultado el 49,3% no presenta depresión, mientras que el 32,4% presenta un nivel de depresión leve, el 12,2% nivel de depresión moderada y el 6,1% presenta depresión grave. De esta manera, concluyeron que el 50,7% presenta niveles de depresión leve, moderado y grave que afectan regularmente la salud mental de los adolescentes.

2.3.2. Internacionales

En Chile, Hoffmann (2018) tuvo como objetivo determinar la relación entre la habilidad de control esforzado y el cambio en la sintomatología depresiva en los adolescentes. La investigación fue de tipo correlacional y longitudinal. Para la aplicación, utilizó la entrevista K-SADS-PL versión en español, cuestionario de temperamento para adolescentes, Inventario de depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Suicidalidad. Los resultados obtenidos fueron que la sintomatología depresiva y la suicidalidad disminuyen en relación al tiempo, mientras que las habilidades de control esforzado aumenta gradualmente; en este sentido, un bajo nivel atencional predice menor mejoría de los síntomas de depresión, por tal motivo el trabajo en el uso de estrategias de focalización de la atención permite cambiar la atención alejando de esta manera el dolor o afectación y centrándose en asistir selectivamente los pensamientos y estímulos positivos.

En Colombia, Martínez, Vargas y Porras (2020) tuvieron como objetivo identificar la presencia de episodio depresivo en adolescentes de edades de 13 a 16 años de una institución educativa. La investigación es de tipo descriptivo-exploratorio y contó con la participación de 100 adolescentes. Para la aplicación, utilizaron el Inventario de depresión de Beck (BDI-II). Los resultados obtenidos fueron que el 62% presenta episodio depresivo leve, 18% episodio depresivo moderado y 20% episodio depresivo grave, siendo la población femenina en presentar episodio depresivo grave con un total del 12%. En función a los resultados, concluyeron que el episodio depresivo presente en los adolescentes se ve impactado en la educación y estado de ánimo, que propicia a una pérdida de interés en la realización de actividades; por tal motivo, la implementación de programas de prevención de la salud mental ayudará en el fortalecimiento de la autoestima y conductas de autocuidado de los adolescentes.

En Panamá, Fernández (2020) tuvo como objetivo disminuir los rasgos del episodio depresivo en un grupo de adolescentes. La investigación fue de tipo cuasiexperimental, contando con un total de 71 estudiantes. Para la aplicación, se contó con el Cuestionario de depresión para niños (CDS), entrevista psicológica con el adolescente y padres de familia. El resultado obtenido fue la presencia de rasgos de episodio depresivo en la población femenina, por lo que se planteó un programa de intervención basado en el enfoque terapéutico cognitivo conductual. El plan de intervención estuvo constituido por 10 sesiones grupales, de las cuales las tres primeras sesiones se basaron en la influencia de los pensamientos en relación al estado de ánimo, las tres sesiones subsiguientes se trabajaron con aquellas actividades diarias que afectan el estado de ánimo, mientras que las tres últimas sesiones se enfocó el modo de interacción establecida con otras personas, y la última sesión de retroalimentación y cierre. Finalmente, se concluyó con la efectividad del programa cognitivo conductual para el grupo de adolescentes, ya que dentro de las sesiones se trabajó técnicas dirigidas al autoconocimiento, respiración profunda, relajación muscular progresiva, relaciones intrapersonales e interpersonales y psicoeducación.

En Ecuador, Sigüencia (2021) tuvo como objetivo determinar la incidencia del episodio depresivo moderado en las relaciones intrafamiliares en un adolescente de 17 años, siendo la investigación de tipo descriptiva. Para ello, se contó con la utilización de recursos como historia clínica, observación conductual, entrevista semiestructurada, pruebas psicológicas como el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Ansiedad de Hamilton. El resultado del trabajo indicó que el adolescente presenta episodio depresivo moderado, ante la angustia y frustración, seguido de una tristeza, sensación de vacío y aislamiento aproximadamente 6 semanas atrás. A partir de ello, se realizó el plan de intervención basado en el enfoque cognitivo conductual, ya que se

centra en los pensamientos disfuncionales, concluyendo de manera eficiente la intervención y recomendando la aplicación de las técnicas aprendidas "*debate filosófico*", "*respiración diafragmática*" y "*juego de roles*".

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. Contextualización del Problema (Diagnóstico)

3.1.1. Problema de estudio

Una adolescente de sexo femenino con 13 años de edad, cursando el segundo grado de secundaria, estado civil soltera, vive con madre y hermana, es la primera de dos hermanos en la familia y de religión católica no practicante.

El primer contacto establecido es con la madre, ella solicita atención psicológica debido a que observó a la adolescente triste y decaída. Manifiesta que la puerta de la adolescente permanece cerrada la mayor parte del día, únicamente sale para comer, presenta reacciones efusivas cuando interactúa con ella; sin embargo, muestra interés en los estudios, al punto de pasar altas horas de la noche realizando las tareas del colegio con la finalidad de obtener nota aprobatoria. A partir de ello, es como se da el contacto con la adolescente, previo consentimiento verbal de la madre y predisposición de ella, dentro de este contacto, manifiesta sentirse sola, abandonada, siente que nadie la escucha y se ha vuelto mucho más persistente desde el fallecimiento del padre (hace un mes), ella considera que el padre era la única persona que la comprendía y sentía el apoyo. A diferencia de la madre quien es una figura autoritaria.

En la primera entrevista con la adolescente se obtuvo como información en el área cognitiva la manifestación de pensamientos relacionado a la muerte, el temor excesivo al fracaso o cometer errores, el rechazo de la madre por no cumplir expectativas y la dificultad para conciliar el sueño. Seguidamente, en el área emocional se presentó sentimientos de tristeza y culpa, pérdida de interés en la familia buscando la aprobación de los amigos y la fijación en los errores cometidos. En el área familiar, sostiene que percibe cierto apoyo socio-emocional, pero que por momentos se ve opacado ante discusiones sostenida con la hermana, que al final la madre omite la información brindada

por la adolescente terminando por llamar la atención hacia ella; debido a ello, prefiere mantener distanciamiento de la familia.

Por otro parte, la adolescente refirió de querer sentirse mejor, no querer estar triste y no tener pensamientos de inferioridad.

3.1.2. Delimitación del problema

En base a la problemática identificada, se estableció la intervención en el área cognitiva y emocional, debido a la mayor presencia de dificultades que está limitando a la realización de actividades como en el área familiar (reuniones, actividades de ocio, paseos) y el área académica (realización de tareas grupales, presentación de exposición, etc.).

3.1.3. Estrategias de evaluación y medición de evaluación de la problemática

Para la evaluación de la problemática se utilizaron las siguientes herramientas como entrevista semi-estructurada, observación conductual, historia clínica/anamnesis psicológica, Inventario de depresión de Beck – II, Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) y entrevista familiar (madre y hermana).

En la entrevista semi-estructurada, se obtuvo información específica de la adolescente, que incluye el motivo de consulta, teniendo en cuenta que la institución tenía un formato preestablecido hubo flexibilidad para profundizar y precisar la situación que estaba percibiendo como dificultad. Asimismo, la observación conductual se consideró de relevancia para ver si guardaba relación con la información proporcionada por la adolescente, al igual que la actitud durante la entrevista. Por otra parte, la entrevista también se realizó con la participación de la familia (madre y hermana) para poder obtener la percepción de cada una de ellas sobre la condición de la adolescente dentro y/o fuera del hogar; además de la historia clínica para conocer los antecedentes (personal, relación

familiar, relaciones interpersonales) con la finalidad de delimitar el motivo de consulta. Finalmente, se consideró la aplicación del Inventario de depresión de Beck II y la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) debido a que presentó signos relacionados a un episodio depresivo que fueron confirmados tanto por la madre y la hermana (verbalización de sensación de inferioridad, sentimientos de tristeza y culpa, considerando el factor de tiempo).

A continuación, se pasará a mencionar las características de las pruebas psicométricas, en primer lugar, el inventario de depresión de Beck II (BDI-II) adaptación argentina por María Elena Brenlla y Carolina M. Rodríguez en el 2003; que tiene por objetivo describir la sintomatología depresiva. La forma de aplicación del instrumento es individual y el tiempo aproximado de la evaluación es de cinco a diez minutos; y la consistencia interna del inventario es 0,88. El método de calificación consiste en el rango mínimo de 0-13, leve de 14-19, moderado de 20-28 y severo de 29-63. Cabe precisar que el uso del instrumento es propuesto por la institución.

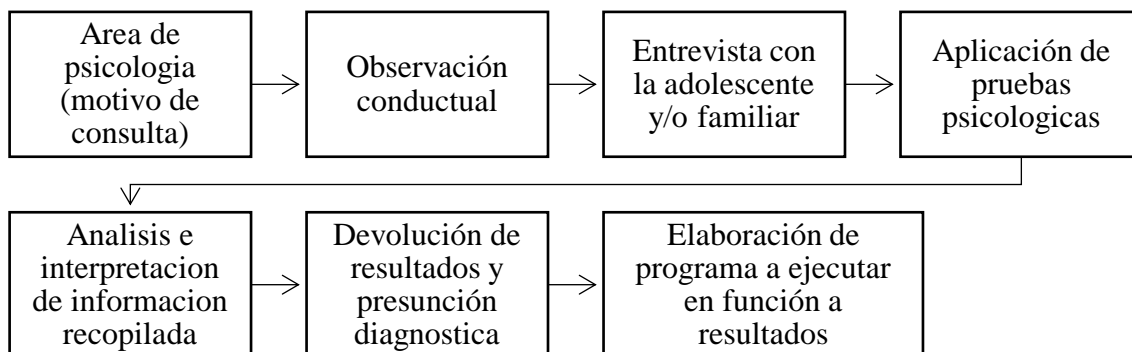
En segundo lugar, se aplicó la escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) adaptado por Ugarriza y Ecurra en 2002, siendo el objetivo de evaluar la sintomatología depresiva en adolescentes, para ello la aplicación es de forma individual y consta de 30 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cuatro alternativas (1: casi nunca, 2: rara vez, 3: algunas veces y 4: casi siempre), sin embargo, hay ítems inconsistentes tales como: 1, 5, 10, 12, 23, 25 y 29, por lo que la calificación es de modo inverso. Las propiedades psicométricas del instrumento son la consistencia interna (coeficiente de alfa = 0.87) y la validez convergente entre 0.68 a 0.76. La calificación en dicha prueba consiste un puntaje directo por encima de los 76 puntos, considerándose como sintomatología depresiva.

3.1.4. Procedimiento de la evaluación

En la primera sesión se llevó a cabo la entrevista con la adolescente y la madre, en dicha ocasión se observó a la adolescente cabizbaja, escaso contacto visual debido a que se cubría el rostro con el cabello; sin embargo, la madre movía constantemente las manos, el tono de voz moderado pero el discurso bastante rápido. En función a lo observado, se pasó a establecer el inicio de diálogo con la adolescente por medio del consentimiento y aprobación de su persona, seguidamente de preguntas relacionadas a actividades realizadas en el día y cuales consideraba como agradables, con la finalidad de establecer rapport y vínculo terapéutico. Asimismo, se utilizó un lápiz y papel para la creación de una historia y durante la actividad la adolescente expresó en voz baja *“me siento triste, mi madre no me escucha, necesito ayuda para sentirme mejor”*. Posterior a ello, se realizó la entrevista a la madre con el objetivo de profundizar la información proporcionada por la adolescente y ver desde cuando se está presentado dicha situación.

En la segunda sesión, se continuó la entrevista tanto con la madre y adolescente, para poder consolidar la información de ambas partes. En la tercera sesión, se realizó la aplicación de los instrumentos (Inventario de depresión de Beck – II (BDI-II) y la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR)) observando interés en la resolución, ya que realizaba preguntas durante la resolución. Posterior a ello, se establece el tiempo de duración de las posteriores sesiones que vendría a ser 45 minutos con la adolescente, y con la madre de 15 minutos.

Figura 3. Diagrama de procedimiento de evaluación



3.1.5. Diagnóstico del problema: Reporte de resultados encontrados

En cuanto a la observación conductual, la adolescente es de contextura delgada, ojos pequeños, cabello lacio corto y de color negro. En la primera oportunidad se presentó con polera, pantalón y zapatillas, cabello que cubría parte de los ojos, por lo que el contacto visual era escaso al igual que la comunicación sostenida dado que las respuestas eran breves. En el estado mental, la adolescente estaba ubicada en tiempo, espacio y persona, presentado nivel de higiene adecuado; sin embargo, no viste de acuerdo a la estación del año (época de verano). Asimismo, se observó en la adolescente con estado de ánimo decaído, discurso básico (sí, no, a veces), por momentos se quedaba callada y/o desviaba la mirada con dirección al piso o costado, o sino cerraba los ojos fuertemente, y en pocas ocasiones intentaba morderse las uñas, pero se sostenía y desviaba la dirección con la otra mano. El lenguaje fue coherente, con tono de voz bajo y movimiento consecutivo de los pies.

Por otro lado, la historia familiar de la adolescente de trece años, con grado de escolaridad de 2do de secundaria, consta de la conformación de una madre de 36 años y hermana de 9 años, siendo la familia nuclear. Como antecedente médico, la adolescente presenta diabetes emotiva y bulimia aproximadamente hace tres años atrás, por lo que recibió terapia psicológica alrededor de tres meses; sin embargo, no culmina con el plan

de intervención. La adolescente refiere que su época de infancia tuvo felicidad y tranquilidad, siendo el padre considerado como figura significativa, debido a que se encontraba presente en todo momento, cuando nace la hermana percibe cambio en el ambiente familiar (alejamiento de madre, disminución de apoyo en tareas o actividades, sobredemanda de perfeccionismo por el padre). En la parte académica, se conoce que tuvo un rendimiento destacado, con mayor énfasis en materia de arte (exposiciones, bailes, recitales). Durante la niñez, la adolescente indica haber tenido alta demanda de perfeccionismo por ambos padres, donde el error no era aceptado; al igual, que la presencia del padre era escasa, pero las oportunidades que establecía contacto con la madre se suscitaban discusiones entre ellos. En la actualidad, padre falleció y a partir de dicha fecha la adolescente se siente sola, sin apoyo o cuidado, por lo que se cuestiona así misma al mirarse al espejo, sumado a ello, los comentarios de compañeras del colegio sobre el tema de ser delgada y bonita, por lo que alega no sentirse bonita, sino fea, ya que piensa constantemente sobre *“todos me miran porque ven algo malo en mí”, “soy tan fea que todos se dan cuenta de ello”, etc.*

En cuanto a los instrumentos aplicados se obtuvo como resultado en el inventario de depresión de Beck – II (BDI-II) un puntaje de 28, representando una depresión moderado; en el caso de la escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) se obtuvo como resultado un puntaje de 74, considerándose como un nivel no significativo en la sintomatología depresiva en función al inventario; no obstante, la diferencia es poca para considerarse significativa (por encima de 76 puntos).

En base a lo anterior, los resultados obtenidos son los siguientes en el área cognitiva se presenta pensamientos de inferioridad, disconformidad con uno mismo; en el área emocional manifestación de intranquilidad, irritabilidad, sensación de soledad debido a que no se siente aceptada, fatiga, culpa y pesimismo; en el área familiar la

ausencia de redes de apoyo y comprensión por los miembros que lo conforman. En resumen, tomando en consideración las puntuaciones de los instrumentos aplicados, las entrevistas y la observación conductual se concluye que no se identifica algún tipo de trastorno mental en la adolescente; sin embargo, se obtiene como presunción diagnóstica de episodio depresivo moderado; ante ello se decide elaborar un programa de intervención centrado en el área cognitiva y emocional.

3.2. Intervención (Estrategia)

3.2.1. Problema delimitado

Luego de la aplicación de las pruebas psicométricas se encontraron deficiencias en el área emocional, cognitiva y conductual de la adolescente. Lo cual concuerda con la presunción diagnóstica de un episodio depresivo moderado.

Ante todo, se decide elaborar un programa de intervención centrado en mejorar la valía, modificación de pensamientos negativos hacia sí misma y conductas que promuevan las buenas relaciones interpersonales e intrapersonales.

3.2.2. Objetivos de intervención

Objetivo general

- Disminuir la sintomatología del episodio depresivo en una adolescente de 13 años.

Objetivos específicos

- Reducir los pensamientos irracionales de una adolescente de 13 años.
- Instaurar una actuación planificada para la toma de decisiones en situaciones de celebración de reuniones familiares y eventos académicos.

- Incrementar las redes de apoyo a partir del entrenamiento de las habilidades sociales.
- Aplicar la relajación progresiva y respiración 4-7-8, ante situaciones para conciliar el sueño, dolores de cabeza y fatiga.

3.2.3. Selección y sustento de técnicas empleadas

Dentro de la intervención se estableció la necesidad de emplear técnicas para el desarrollo y ejecución de cada una de las sesiones. Una de las técnicas empleadas fue “*la triple columna*”, basado en el modelo cognitivo de Beck que trata de la identificación de pensamientos automáticos que se suscitan entre la situación, pensamiento, emoción y conducta. Asimismo, la técnica de “*respiración 4-7-8*”, debido a que la adolescente presentaba momentos de ansiedad; por lo que también se vio oportuno la utilización del “*termómetro del ánimo*”, para la identificación de la intensidad de sentimientos del episodio depresivo durante el día. Además, se empleó el “*listado de actividades agradables*”, que propicio el reconocimiento y debate de creencias sobre la incapacidad que tiene sobre sí misma y otra técnica empleada fue “*la asignación de tareas graduales*”, que permitió impulsar a la adolescente en la realización de acciones que lo percibía como imposible, al igual que la técnica de “*solución de problemas*”, debido a que presenta dificultades en el reconocimiento y valoración de ideas imposibilitando la visualización de las ventajas y resultados esperados, finalmente la “*carta de despedida*”, porque brinda la oportunidad de resolver el duelo hacia el padre (forma de despedida y aceptación).

3.2.4. Ejecución: descripción del plan de intervención

Antes de la ejecución de la intervención psicológica se coordinó con el supervisor del área de psicología sobre el planteamiento y explicación de la estructura de las sesiones y posteriormente se explicó a la madre sobre el abordaje a realizar con la adolescente.

Para la intervención psicológica se establecieron catorce sesiones, siendo una sesión por cada diez o quince días, con un tiempo estimado de una hora en cada fecha. A parte de ello, el seguimiento de la adolescente se realizó en un tiempo aproximado de tres sesiones con previa reevaluación dependiendo de la condición.

3.2.5. Sesión modelo

Las sesiones están organizadas con una fase de inicio, que involucra preguntas relacionadas a acontecimientos suscitados anteriormente y durante la semana o en todo caso una dinámica de “rompe hielo”; seguidamente, en la fase de contenido se tratan temas de intervención (psicoeducación y técnicas) y finalmente una fase de cierre donde se establecen tareas o actividades a realizar para una posterior revisión en la subsiguiente sesión, al igual que se abre un espacio a posibles preguntas o dudas que tenga la propia adolescente. Cada sesión tiene un tiempo de duración de una hora.

3.2.6. Cronograma de trabajo

A continuación, se explicará las sesiones de intervención psicológica realizadas a la adolescente donde se explica detenidamente cada una de las actividades desarrolladas en las catorce sesiones.

En la sesión N°1, se establecieron como objetivos promover un ambiente seguro, de confianza y cooperación. Para ello se inició con una recopilación de información (estado de ánimo, rutina del día a día, etc.), seguidamente, la comunicación sobre el programa de intervención y la importancia de la puntualidad y compromiso. Además, se

emplea la psicoeducación con respecto al episodio depresivo, para ello se hace una previa evaluación sobre algún conocimiento o idea tenida sobre ello, para luego continuar a partir de la información proporcionada. Luego, se da a conocer el aspecto psicológico (pensamientos y emociones). Posteriormente, se realizan preguntas como *¿Qué pensamientos pasan por tu mente cuando te sientes triste?*, *¿Qué es lo que haces cuando te sientes triste?* Y finalmente, se menciona si hay alguna duda o comentario con respecto a la sesión y de cómo se ha sentido durante la sesión.

En la sesión N°2, los objetivos son establecer la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta, asimismo el identificar las distorsiones cognitivas que generan la sintomatología del episodio depresivo. Dentro de la sesión, se procedió a interactuar preguntando el estado en que se encontraba y lo aprendido de la sesión anterior. Seguidamente, se preguntó a la adolescente con respecto a los pensamientos persistentes hacia su persona, la emoción que le genera al recordarlo y en qué situación se da con mayor frecuencia, alegando sobre el aspecto físico, el perfeccionismo como una obligación en todas las áreas; por lo que al escucharlos activan los pensamientos generando una perturbación y limitando a la continuidad de las actividades planificadas durante el día. Tomando en referencia a la información, se pidió a la adolescente el cambio de pensamiento perturbador por uno más positivo, es allí que se establece *“el tener rollitos no me hace menos persona”* (sonrisas) asociando con la emoción que siente al mencionarlo *“tranquilidad y alegría”*. Para el establecimiento de la pauta se presenta un ejemplo que es el siguiente: la situación (en la casa me dijeron que no puedo cometer errores y que no es aceptable), el pensamiento (*“nunca nadie me va a querer”*, *“siempre seré una fracasada”*, *“están pensando que no sirvo para nada”*), la emoción (tristeza: 10/10, cólera: 9/10, frustración: 9/10) y la conducta (llorar, gritar); una vez terminada la explicación se solicitó a la adolescente que elabore un ejemplo sobre una situación que le

resulta desagradable, tomando en cuenta la estructura. En base a la actividad desarrollada, se pidió a la adolescente como tarea el realizar un ejemplo considerando la estructura (situación, pensamiento, emoción y conducta); al igual que, un registro diario de intensidad de sentimientos (termómetro del ánimo). Dentro de la sesión se utilizó como recursos: hojas, lapiceros y plumones.

Para la sesión N°3, los objetivos son identificar las ideas irracionales y poner en duda los supuestos promoviendo la introducción de otras alternativas de pensamientos. Se inicio con la revisión de la tarea de la sesión anterior (estructura de “triple columna”: situación, pensamiento, emoción y conducta), el termómetro de estado del ánimo, y la exploración de acontecimientos suscitados en el transcurso de la semana (dolores de cabeza y dificultad para conciliar el sueño). Posteriormente, se reafirma la importancia del aspecto físico (sentirse cómoda y aceptada consigo misma), para ello, se pidió a la adolescente que escriba en una hoja sobre la visión que se tiene sobre sí misma, mencionando primeramente el rostro, luego la zona del abdomen, entre el discurso refiere de sentirse vigilada porque se considera “fea”, a partir de ello se realiza el debate por medio de preguntas como: ¿alguna vez alguien de la calle u otras personas te han referido lo mismo o quizá sea todo lo contrario?, la respuesta y reacción de la adolescente fue que los pensamientos se tiene que poner a prueba cuando existan dudas. Sumado a ello, se trabajó en la realización de un listado de virtudes y defectos, para la explicación respectiva de las fortalezas y debilidades, asimismo la importancia de la actitud frente a lo desagradable y cuestionarlo (¿tenemos información sobre la condición de salud?, ¿la información tenida ha sido confirmado por algún especialista?, ¿hemos actuado de alguna manera para atenuarlo?), luego de ello, el debate sobre el aspecto físico. La tarea para la siguiente fecha fue el registro del termómetro del ánimo.

En la sesión N°4, el objetivo es aprender la reestructuración de pensamientos disfuncionales. Para ello, se inicia haciendo un resumen breve sobre lo aprendido en la sesión anterior con respecto a la belleza y la importancia que atribuye cada persona. Continuando con el tema, se explicó a la adolescente acerca de otorgar un valor numérico del 1 al 10, cuando nos sentimos fea y bonita en función a la hora del día; para luego debatir sobre lo que pensamos basado en los hechos (preguntas: en qué momento del día nos sentimos fea/bonita, que valor numérico le otorgaríamos). Seguidamente, se mostró imágenes sobre diferentes mujeres para la calificación y análisis acerca del porque otorga dicho valor numérico, para posteriormente la identificación y argumento basado en la elección del personaje, concluyendo que la apariencia física está en función de uno mismo y no para los demás, por lo que no debemos de guiarnos por los comentarios u opiniones del resto de personas, sino sentirnos cómodos consigo misma. Finalmente, se terminó la sesión con la tarea del registro del termómetro del ánimo.

En la sesión N°5, los objetivos son promover la valoración de sí misma y reconocer cualidades por encima de los pensamientos. Previo a ello, información recogida sobre la interacción tenida con las personas de su entorno durante la semana. Después, se pasó a valorar el cambio de indumentaria en la sesión (ropa ceñida al cuerpo y accesorios) mencionando de forma sincronizada que cada parte de nuestro cuerpo tenemos que admirarlo y apreciarlo, y que el cambio físico se torna de forma gradual ya que es parte del ciclo de vida, si en algún momento percibe sensación de tensión, practicar la respiración. A su vez, se pidió la tarea para la respectiva revisión y el estado en cómo se sintió al realizarlo (sorprendida por la cantidad de veces que ocurría el mismo hecho: comentarios sobre aspecto físico y la actitud de madre hacia ella, luego de ello llegaba la tranquilidad, porque identificó como se originaban los pensamientos). Tomando en cuenta lo anterior, se explicó cuando un pensamiento afecta el estado de ánimo y puede

interrumpirse por medio de la aceptación, es decir, practicar mencionando lo siguiente: *“este pensamiento está afectando mi estado de ánimo, por lo tanto, voy a pensar en otro”*, seguido de ello se mencionó la elaboración de un diario donde únicamente se incluye situaciones positivas y logros que se tuvo durante el día, promoviendo de esta manera las cualidades mas no la apariencia física y el perfeccionismo, para ello se hizo un ejercicio donde la adolescente tenía que mencionar que es lo resalta sobre sí misma, y se refuerza con mensajes de que amarse es de todos los días, no es momentáneo sino uno establece el límite. La tarea establecida es la revisión del diario y el registro del termómetro de estado de ánimo.

En la sesión N°6, el objetivo es recordar actividades y preferencias agradables. Asimismo, equilibrar actividades agradables con las responsabilidades, sobre todo hacer conciencia de lo que siente. Se inicio con información previa del estado de ánimo tenido durante la semana, luego se continuó solicitando la variedad de actividades que considera como divertidas o de agrado, para posteriormente pasar a recordar dichas actividades de agrado en función a cuanto le gustaría hacerlo (0: nada a 10: mucho), para la respectiva comparación de la predicción sobre la realidad. Asimismo, se explicó la relevancia de las actividades agradables y las responsabilidades a través de una representación gráfica de una balanza, visualizándose en los extremos dos recipientes que representan lo que se tiene que hacer (estudiar para una práctica calificada, preparar para una presentación y/o exposición) y lo que agradaría en realizar (mirar la televisión, dibujar, escribir historias), en resumen cuanto puede influir las actividades agradables sobre los pensamientos y emociones de manera positiva, por lo que el acumular las actividades no es lo recomendable, mucho menos en postergarlas. Después de ello, se pidió a la adolescente que escriba en una hoja al menos seis cosas que considera como buenas o que le haya generado una sonrisa en el día, una vez terminado leer por lo menos dos veces el listado;

es decir, dejar todo por un momento y que únicamente piense en lo que le hace feliz, empezando por lo que le ha hecho sonreír en el día, pensar en cada uno de los detalles y disfrutarlo plenamente, para generar la sensación de agrado. La tarea de la sesión es utilizar el listado de cosas agradables cada vez que se sienta triste o decaída, asimismo el termómetro de estado de ánimo.

En la sesión N°7, el objetivo es conocer y practicar la respiración “4-7-8” y la relajación progresiva. Para el inicio de la actividad se preguntó previamente el estado de ánimo durante la semana, alguna situación que se haya presentado de gran relevancia para ella misma. Luego se pasó explicar la técnica de respiración “4-7-8”, que consiste en inspirar durante cuatro segundos, retener la respiración durante siete segundos y exhalar con fuerza por la boca durante ocho segundos, repetirlo hasta cuatro veces; para poner en práctica dicha actividad se pasó a mencionar sobre la adopción de una posición más cómodo posible al sentarse y cuando se sienta preparada levantar la mano para dar inicio. Continuando, se pasó a desarrollar la técnica de relajación progresiva que consiste en primer lugar tensionar y relajar diferentes músculos centrándonos en el rostro (frente: fruncir el ceño y después relajarlo lentamente; ojos: cerrarlos, apretándolos y luego suavemente aflojarlos), hombros (ligeramente inclinar la espalda hacia adelante llevando los codos con dirección hacia atrás, luego retornar la posición inicial ligeramente); después comprobar con la adolescente si las áreas trabajadas están relajados, continuar la misma dinámica dos veces. Para esta sesión, la tarea consiste en repetir entre una o dos veces al día (técnica de respiración 4-7-8), al igual que la relajación progresiva (rostro: frente, ojos; hombros) minutos antes de dormir o cuando surge dolores de cabeza y continuar con el registro del termómetro de estado de ánimo.

En la sesión N°8, los objetivos son explicar sobre el duelo y reconocer la pérdida. Para ello, se inició con preguntas relacionado a las actividades realizadas en los anteriores

días y de cómo se ha sentido, luego de cómo se encontraba la situación la madre y con respecto al padre como se sentía al hablar sobre dicha persona, para poco a poco explicarse el tema del duelo. Después, indagar de cómo se sentía al hablar del padre haciendo referencia sobre la sensación de culpabilidad ante el fallecimiento y que no logro despedirse de él. Frente a ello, se pasó a explicar sobre la realización de una “carta de despedida”, expresando pensamientos y sentimientos sobre el fallecido, y una vez culminado lanzarlo hacia el cielo con un globo, en dicho momento darnos la oportunidad de llorar, gritar, u otra conducta y posteriormente comentarlo a la persona cercana a nosotros para superar el proceso de duelo. La actividad para casa es realizar lo explicado “carta de despedida” en un ambiente tranquilo y continuar con el registro del termómetro de ánimo.

En la sesión N°9, los objetivos son trabajar en el entrenamiento de las habilidades sociales, por medio del reconocimiento de las redes de apoyo social. Se inicio informando sobre la importancia del apoyo social, luego se continuo por medio de preguntas relacionadas a la cantidad y frecuencia de las amistades, confianza sobre alguien, etc.; para luego tenerlo en cuenta en la ejecución del diagrama sobre “*mi red de apoyo*” donde particularmente se evaluó la red de apoyo, si necesitaba ser ampliada o fortalecida. Asimismo, se trabajó en la interrupción de pensamientos generados por la idea de ampliar las relaciones sociales como: “*parece que ya no les importo*”, “*yo no les caigo bien*”, “*nadie en mi familia me entiende*”, “*nunca me escucha mi mama*”; limitándolos y sustituyéndolos por la frase “*este pensamiento está afectando mi estado de ánimo, por lo tanto, voy a pensar en otro*”. La tarea dentro de la sesión es buscar lugares o actividades agradables donde se puede conocer a otras personas, asimismo el registro del tipo de contacto que se tuvo con alguna persona en el transcurso de los días con signo “+ : positivo” y “- : negativo”; además del termómetro del estado de ánimo.

En la sesión N°10, el objetivo es explorar los pensamientos, sentimientos y conductas influyen en las relaciones sociales. Se inicio haciendo un repaso breve sobre la sesión anterior y los acontecimientos dados en el transcurso de la semana. Posteriormente, se mencionó sobre la influencia que tiene los pensamientos, emociones y conductas al momento de interactuar con otras personas; cuando uno se encuentra solo(a) que pensamientos surge estando con otras personas, entre todos ellos cuales predominan, los que impiden a relacionarse con otros (¿y si me rechaza?, ¿Qué le puedo decir?, ¿le caeré bien? o los que ayudan a sentirse cómodo (*“no pierdo nada con intentarlo”, “quizá le guste que le hable”, “puede que esté buscando un compañero(a) de estudio, así es que le hablare”*)), teniendo en cuentas las expectativas que se tiene sobre dicha situación (muy alta, genera desilusión y frustración; mientras que la baja, no se espera nada) y las acciones mostradas (contacto visual y corporal, sonrisas, apariencia física, el habla y la actitud). La tarea de la sesión es continuar con el termómetro del ánimo.

En la sesión N°11, el objetivo es fortalecer las habilidades sociales en relación a la comunicación asertiva. Para ello, se repasó brevemente sobre la sesión anterior y luego se continuo con pregunta sobre el estado de ánimo y la interrogante fue ¿cómo se encuentra?, y la adolescente mencionó sobre discusiones sostenidas con la hermana fue disminuyendo debido a la mayor intervención de la madre y limite establecidos por la adolescente. Relacionando lo antes mencionado, se ejecutó la explicación de la comunicación asertiva en función a un listado elaborado por la adolescente de las actividades gratas (bailar, escribir historias cortas, pintar y dibujar), como introductorio se dio un concepto breve acerca de las habilidades sociales y de los tipos de comunicación (conducta verbal, no verbal y efectos), siendo la comunicación de tipo no verbal en la mayoría de ocasiones que se expresa en el hogar. Para corroborar el aprendizaje se planteó la situación: la madre llega a la casa y comienza a gritar, ¿Cuál es el accionar?, la

adolescente refirió que mencionaría lo siguiente: *“mamá por favor no grites, no logro comprender lo que quieres decirme, por favor disminuye un poco el tono de voz, además no solucionamos nada gritando, por eso te pediría que te tranquilices”*, se valida la respuesta, y se menciona la práctica de la técnica en el transcurso de los días hasta la siguiente sesión y continuar con el termómetro de ánimo.

En la sesión N° 12, el objetivo es promover la solución de problemas como estrategia de afrontamiento. Dentro de la sesión se exploró el estado de ánimo de la adolescente y la opinión general con respecto al desarrollo de cada una de las sesiones anteriores. Luego, se pasó a definir sobre que es un problema, seguidamente el proceso que se sigue para la identificación de la problemática, que incluye las diferentes alternativas a considerar desde lo más simple a lo más complejo, para seguidamente evaluar las ventajas y desventajas de cada una de ellas y finalmente elegir las soluciones adecuadas. Para que el aprendizaje quede instaurado, se explicó por medio de un cuadro donde se consideró como problema *“realizar los quehaceres del hogar a pesar que esta mi hermana en la casa”* y en base a ello, se esquematizó por parte de la adolescente hasta llegar a la alternativa de solución, asumiendo con responsabilidad las desventajas. Posterior a ello, se dejó pactado la práctica continua y la continuidad del termómetro del ánimo.

En la sesión N°13, el objetivo son evaluar la estrategia aprendida en la sesión anterior sobre la solución de problemas. Además, establecer metas a corto, mediano y largo plazo por parte de la adolescente. En la sesión, se comenzó consultando sobre el estado de ánimo y como había estado durante la semana, asimismo la verificación de lo aprendido en la anterior sesión, se corroboró por medio del planteamiento del problema: *“escuchar a mi madre gritar cuando observa triste a la hermana”*, los pasos para el desarrollo son la búsqueda de alternativas de solución, luego escoger las soluciones

oportunas para finalmente evaluar los resultados, de esta manera se constató el aprendizaje. Posteriormente, se pasó a trabajar sobre metas a corto, mediano y largo, en función a las habilidades aprendidas y proyección a futuro, de esta manera estableció como meta a corto plazo el culminar 2do de secundaria con notas superiores a 15 y participar en actividades grupales del colegio; meta a mediano plazo concluir de manera satisfactoria el nivel secundario y establecimiento de comunicación asertiva tanto con madre y hermana; meta a largo plazo el ingresar a la escuela de bellas artes y ser escritora. De esta manera, lo que se buscó es el establecimiento de posibilidades o alternativas, en base a la experiencia personal. Para culminar la sesión se mencionó sobre la continuidad del registro del termómetro del ánimo.

En la sesión N°14, el objetivo es conseguir el mantenimiento de las mejoras. Para ello, se realizó un breve recordatorio sobre los temas trabajados, y también se resolvieron dudas. Además, se abordó el tema del sueño, alimentación y rendimiento académico en qué condiciones se encontraba con relación desde el inicio de la intervención hasta la fecha, asimismo la relación sostenida con la madre y hermana, lo más importante de no sobreexigirse así misma en las tareas académicas, aplicar la técnica de “solución de problemas”. Finalmente realizar el registro del termómetro del ánimo para la siguiente sesión.

Posterior a las sesiones programadas para la intervención psicológica, se continuó con el seguimiento, siendo tres fechas por cada veinte días, con un tiempo de duración de treinta minutos. Para ello, la sesión N°1 de seguimiento se tuvo por objetivo en aplicar pruebas psicológicas con la finalidad de realizar el post test. Se inicio con información relacionada al estado de ánimo, lo aprendido en cada una de las fechas y la proyección a futuro que se tiene sobre sí misma, luego se continuó con la aplicación de los instrumentos “Inventario de depresión de Beck II – BDI-II” y la “Escala de depresión para adolescentes

Reynolds - EDAR". En la sesión N°2 de seguimiento, el objetivo es conocer el estado de ánimo y el análisis del proceso de intervención. Para ello, se comenzó con preguntas en función al inicio de la sesión y en qué estado se encontraba, de esta manera validando la información aprendida por la adolescente, resaltando la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta, respiración profunda (4-7-8) y el proceso de solución de problemas. Para la sesión N°3 de seguimiento, el objetivo es realizar el seguimiento del estado de ánimo y detección de situaciones desagradables suscitados en los días. Se inicio con versión de la adolescente sobre ningún cambio sucedido en el transcurso de los días anteriores, inclusive se siente gratamente tranquila y bien consigo misma, porque el círculo de amistades se incrementó debido a la interacción que sostiene dentro del colegio, dando a lugar el fortalecimiento de la confianza en sí misma, aunque ligeramente se suscitaron momentos de temor al exponer en el colegio, recordó la técnica 4-7-8 de respiración, gracias a ello pudo manejar el nerviosismo y continuar con la exposición obteniendo como resultado una nota aprobatoria por encima del promedio, lo que generó felicidad. Ante ello, la adolescente transmitió las técnicas aprendidas en el proceso de intervención a compañeras o personas que presentaban signos de episodio depresivo. Se culminó con la mención de que si en algún momento sienta que tenga algo que le es difícil de manejarlo pues pueda acercarse nuevamente al establecimiento, pero se espera que ponga en práctica todo lo aprendido.

3.2.7. Indicadores de logro

- Facilidad para conciliar el sueño.
- Manifestación oral sobre sí misma sin evaluaciones negativas.
- Logra solucionar problemas y tomar decisiones en situaciones de celebraciones de reuniones familiar y eventos académicos.
- Incremento de redes de apoyo a nivel familiar y social.

- Aplicación de estados de relajación mediante la utilización de la técnica de respiración 4-7-8 y relajación progresiva en situaciones para conciliar el sueño, dolores de cabeza y fatiga.

3.2.8. Monitoreo y evaluación de la intervención

Para el monitoreo se evaluó de manera continua la puntualidad, la presencia del estado de ánimo, la vestimenta que utiliza, si la persona responde o no responde durante las sesiones.

Luego de aplicadas las catorce sesiones de intervención se hace una evaluación con el Inventario de depresión de Beck – II (BDI-II) y la Escala de depresión en adolescentes de Reynolds (EDAR). Además, se hicieron tres evaluaciones de seguimiento, tomando en referencia el registro del termómetro de estado de ánimo, al igual que las entrevistas, donde la primera fue realizado después de quince días de la última sesión, la segunda luego de diecisiete días y el final a los veinte días, donde se evidenció que los indicadores de logro se mantenían, por lo tanto, se adjudica que la estrategia de intervención tuvo impacto positivo para la adolescente dejando de lado el efecto efímero de la intervención.

CAPITULO IV: RESULTADOS

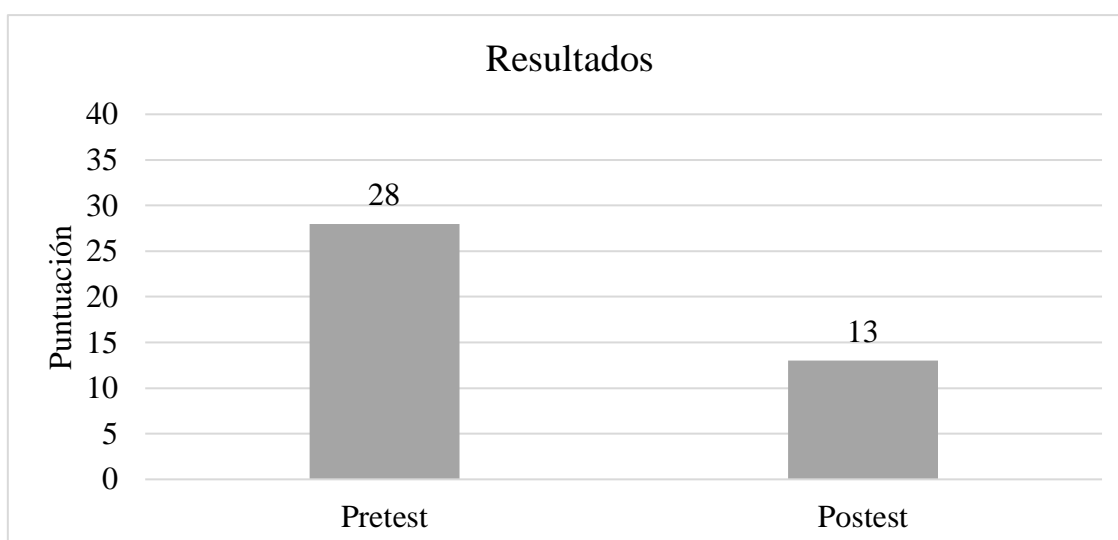
4.1. Resultados

4.1.1. Descripción de los resultados hallados

Cabe señalar que, para la evaluación del caso, se utilizaron los mismos instrumentos que se tuvieron en cuenta para la presunción diagnóstica, en el cual se encontraron variaciones en los puntajes, por ejemplo, en el inventario de depresión de Beck – II (BDI-II) menciona que en la primera aplicación, la adolescente obtuvo 28 puntos considerándose una depresión moderada y al finalizar la intervención logro ubicarse con un puntaje de 13, lo que significa la ausencia de síntomas depresivos, debido a que la adolescente estableció relaciones intrapersonales e interpersonales, por medio de las reuniones virtuales y salidas con los compañeros del colegio, además del establecimiento de metas previas dando a lugar la disminución de las autocríticas sobre errores o fracasos y la sensación de culpabilidad se tornó ausente, logrando de esta manera la facilidad para conciliar el sueño, todo ello se debió a que se realizó una intervención donde se introdujeron diferentes técnicas dándose de esta manera el cambio, todo esto se evidencia por medio de puntuaciones que se encuentran en la figura 4.

Figura 4.

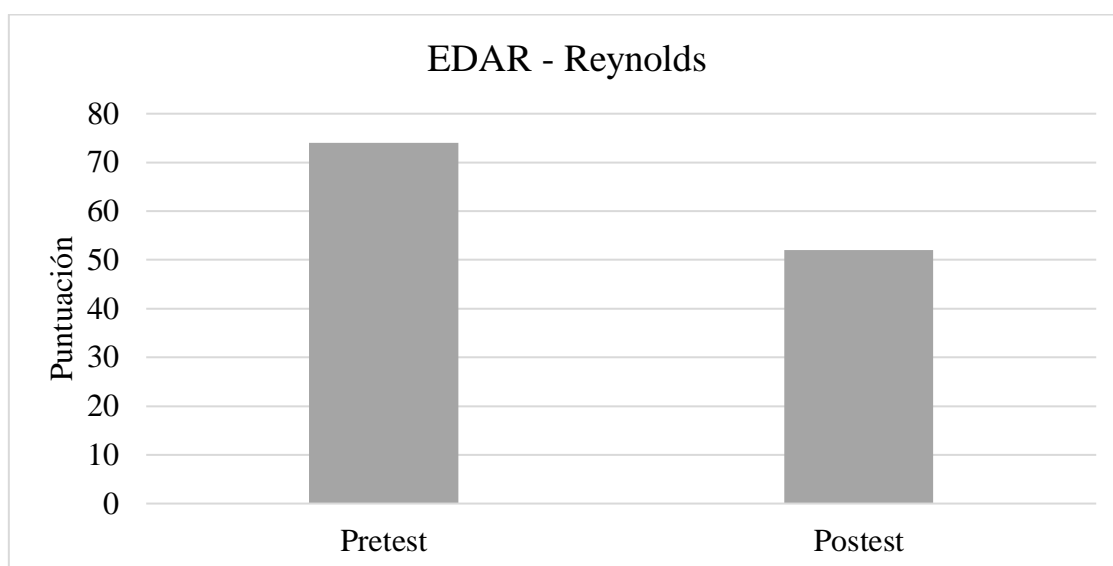
Pretest y Postest del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).



De igual forma, se observa dicha tendencia en la Escala de depresión en adolescentes de Reynolds (EDAR), la primera aplicación se obtuvo 74 puntos (tendencia a sintomatología depresiva); después de la intervención se obtuvo como puntuación de 52 puntos, de esta manera se descarta la sintomatología depresiva en la adolescente. Por ejemplo; al inicio de la intervención se estableció que la adolescente mencione los pensamientos que tiene consigo misma, entre ellos fueron la preocupación en el ámbito académico y aspecto físico, la sensación de soledad, tristeza y disconformidad con las acciones. Luego de la intervención, se observó que hay un manejo en cuanto a las actividades académicas dándose a lugar de un tiempo preestablecido para las actividades de ocio (escribir historias cortas, dibujar, diseñar), generando de esta manera tranquilidad y alegría en la propia adolescente, lo que propicio al cambio de indumentaria en relación al clima estacional, asimismo la valoración de sí misma por medio de la motivación; esto se evidencia en la figura 5.

Figura 5.

Pretest y Postest de la Escala de depresión en adolescentes (EDAR)

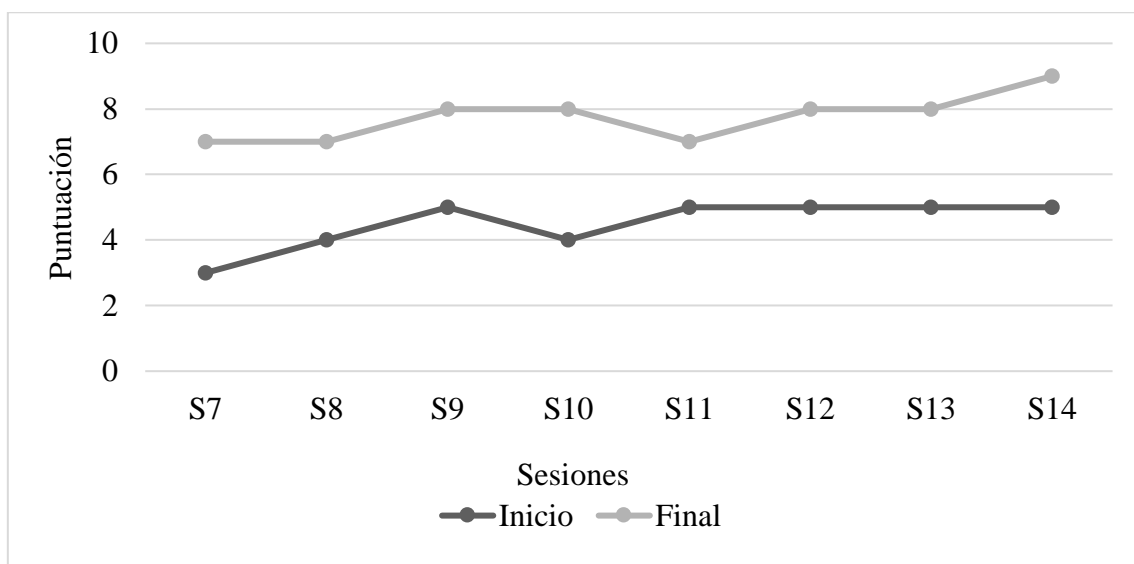


Dentro de la intervención, se utilizó la técnica de relajación debido a que la adolescente hizo la mención de dolores de cabeza y fatiga (síntomas fisiológicos) además de observar que presionaba los ojos al cerrar y morderse las uñas en reiteradas

oportunidades. La técnica se desarrolló en la sesión N°7, ya que la adolescente empezó a presentar mayor dificultad para conciliar el sueño y con el apetito, por lo que el objetivo de dicha técnica es disminuir la tensión. En la figura 6, se puede visualizar las puntuaciones de inicio y final de cada una de las sesiones, notándose un ascenso en la sesión N°9, debido a que la adolescente había tenido discusión con la madre, preparación para examen bimestral y exposición grupal, a pesar de ello, al culminar la sesión la adolescente registra un nivel de relajación 8. A partir de la sesión N° 11 en adelante, se observa la estabilidad en cuanto al nivel de tensión al culminar las sesiones, ya que la contratación de la madre en un centro de labores generó tranquilidad en la adolescente dando paso a la priorización en las tareas y evaluaciones académicas, al igual que la comunicación asertiva con la madre.

Figura 6.

Niveles de relajación al inicio y final de las sesiones.

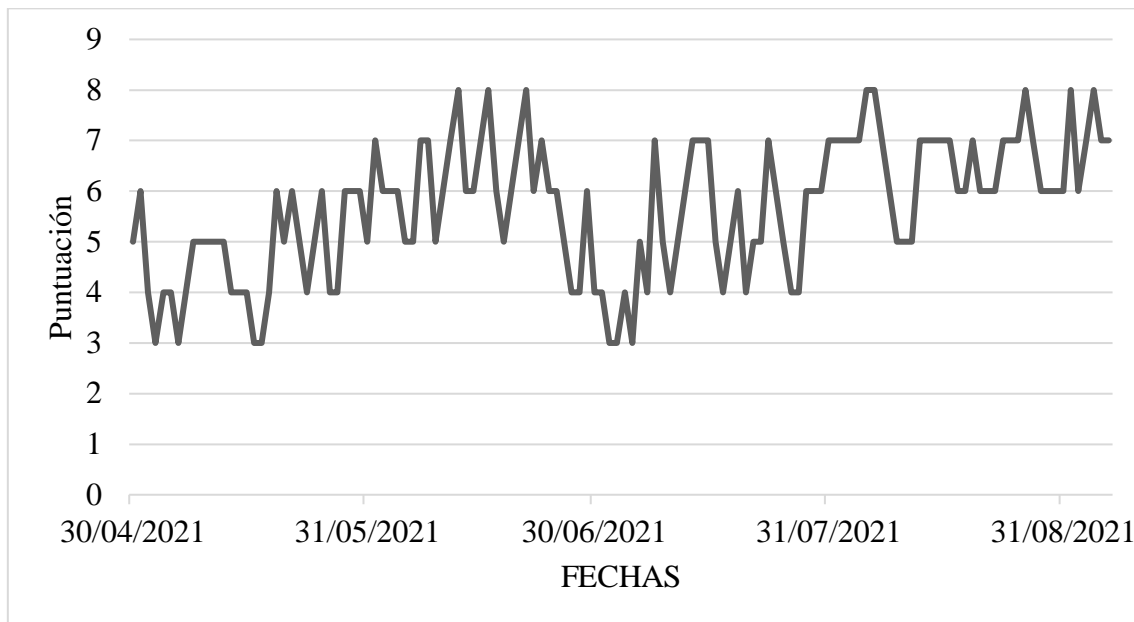


En la figura 7, se puede observar cómo se estuvo monitoreando a la adolescente por medio de un registro de estado de ánimo; donde se puede ver que se tuvieron variaciones con una alta tendencia a la baja en un aproximado de casi dos semanas, destacándose el estado de ánimo (3: peor), debido a los problemas con la madre y

hermana; al igual que el ámbito académico, ya que presentaba pensamientos negativos de sí misma relacionados al perfeccionismo (apariencia física y presentación de tareas), resaltándose una caída visible de puntuación (3: peor) a mitad de la intervención (entre la sesión N°6 y N°7), ya que manifestaba tener en cantidad abundante de tareas académicas y sumado a evaluaciones, lo cual impedía realizar actividades de ocio. A pesar de ello, se empezó a mostrar un ascenso de rango 6 a 8 puntos, debido a que se trabajó con la adolescente, la técnica de resolución de problemas, previo a ello la identificación pensamientos que solía tener en connotación negativa sobre sí misma relacionado al pesimismo, juzgamiento, el ignorar todo lo positivo y anticipar pensamientos de las demás personas, todo ello se realizó a través de la identificación de la situación y justamente es uno de los elementos de la estructura de la “triple columna”, logrando la modificación de palabras como “*siempre*” por “*preferiría*”, “*a veces*”; “*nunca*” por “*es posible*”, “*a menudo*”; a partir de ello se dio el trabajo de las habilidades sociales relacionados a la comunicación asertiva, dando a lugar a que la adolescente sea participe de actividades grupales (teatro, paseo a centros comerciales, videollamadas virtuales), lo que incentivo a la preocupación por el aspecto personal (maquillaje y vestimenta ceñida al cuerpo) y apoyo en trabajo de la madre (venta de comida), de esta manera se logró la conformación de redes de apoyo para la adolescente.

Figura 7.

Registro de termómetro del estado de ánimo.



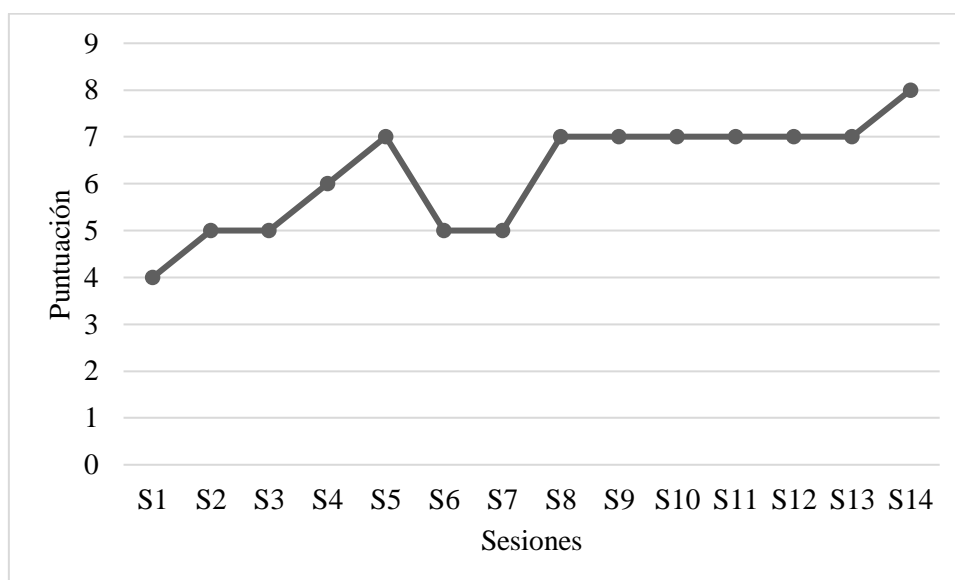
En la figura 8, se puede observar el registro del estado de ánimo en relación a las sesiones de intervención, en el cual el estado de ánimo se fortaleció por el debate de pensamientos sobre hechos y el reconocimiento de situaciones positivas que fueron registrados en un diario por la adolescente. Asimismo, en la sesión N°7 hasta la sesión N°8 en adelante, se incrementó el estado de ánimo llegando a alcanzar 7 puntos y se mantiene en las posteriores sesiones, debido a que la adolescente aprendió a modificar los pensamientos irracionales siendo 5 de un total de 6, permitiendo el cambio de actitud frente a una situación problemática dando a lugar al manejo de emociones, reconocimiento de cualidades y logros y organización de tiempo frente a responsabilidades, por tal motivo se sugirió que se automotive así misma.

Cabe destacar que entre la sesión N°6 y sesión N°7 se presentó un descenso llegando a 5 puntos, esto se debió a situaciones estresantes que percibió la adolescente relacionado con el ámbito familiar y académico, a pesar de ello, procuró mejorar en las posteriores fechas y así se evidenció con una tendencia al ascenso, ya que la adolescente

identificó las redes de apoyo y sobre todo la importancia de las personas que se tiene en la vida cotidiana, de esta manera comienza hablar acerca de la madre y hermana porque la dinámica se tornó agradable debido al trabajo en los tipos de mensajes enviados entre ellas (tono de voz y palabras empleadas), todo esto basado en la comunicación asertiva (tipo verbal y no verbal). Esto se evidencia en la figura 8.

Figura 8.

Termómetro del estado de ánimo en funciones a las sesiones



4.1.2. Análisis de resultados encontrados con fuentes.

El objetivo general del presente trabajo fue disminuir la sintomatología del episodio depresivo en una adolescente, lo cual se evidenció con el termómetro del estado de ánimo que se ejecutó en la intervención; para Aguilar y Huamani (2019), el autorregistro del termómetro del ánimo permite evaluar la intensidad de las emociones permitiendo adoptar estrategias para mitigar el incremento de sintomatología de episodio depresivo, además Fernández (2020) estableció que el estado de ánimo está relacionado con los pensamientos, la ejecución de actividades y las interacciones sociales, lo cual imposibilita al adolescente a sociabilizarse y tomar decisiones. Además, Martínez, Vargas y Porras (2020) mencionaron que el episodio depresivo presentado en los adolescentes

impacta en el sector educativo generando una pérdida de interés en la realización de actividades, dando a lugar la deserción escolar.

Por otro lado, Siguencia (2021) menciona que la disminución de sintomatología de un episodio depresivo se debe a la intervención basado en el enfoque cognitivo-conductual, que incluye técnicas como el “*debate filosófico*” y “*respiración diafragmática*”, esto se rectifica de igual manera con Virsed (2010, como se citó en Reyes, 2019) mencionando que la modificación de pensamientos negativos por otros positivos se realizó de manera adecuada y permitió que atenuara la ideación suicida de los adolescentes, uno de los problemas de salud mental más graves, que va en aumento y está asociado al episodio depresivo.

Tan igual como Calderón (2020), menciona que un adecuado proceso de intervención está relacionado con el modelo cognitivo-conductual, para ello la psicoeducación, técnicas de relajación y autoinstrucciones permiten el incremento de actividades recreativas, sin dejar de lado el seguimiento por medio del termómetro del ánimo que en este caso estamos hablando de una persona adulta; podemos notar que independientemente de la población el modelo cognitivo-conductual en relación al episodio depresivo, es uno de los principales a tomar en cuenta en un plan de intervención.

4.2. Reflexión de la experiencia

4.2.1. Limitaciones encontradas en el proceso de intervención

Durante la intervención se presentaron inconvenientes como la reprogramación consecutiva de las sesiones. Además, la presunción diagnóstica de la adolescente se vio la necesidad de trabajar dos veces por semana, pero por temas de tratarse de una menor edad fue necesario el acompañamiento de un tutor.

El trabajo de intervención fue con la adolescente y con la madre. En cuanto a la conducta de la madre, ella consideró necesario estar presente en la intervención, lo cual dificultó la libre expresión de la adolescente.

4.2.2. Impacto en la institución con los resultados hallados

El impacto tenido con la intervención realizada dentro de la institución se dio con la implementación de ficha de entrevista, que incluye motivo de consulta delimitado; esto permitió estructurar la información recopilada en las primeras sesiones con la adolescente.

Asimismo, se mejoraron las formas de comunicación, implementándose de esta manera las reuniones entre las áreas cada quince días con el objetivo de analizar los casos y presentar propuestas de intervención con un enfoque integral. Además, se pudo armar una ficha de registro de estado del ánimo de esta manera se incluyó dentro de las pruebas del área de psicología de la institución, a partir de ello es utilizado para la evaluación de las sesiones en todas las áreas.

Por último, a raíz de esto se está atendiendo mayor cantidad de personas con dicha presunción diagnóstica y las derivaciones han ido disminuyendo.

4.2.3. Aporte en el área de psicológica y en el contexto

Con el trabajo realizado se promueve la intervención personalizada, teniendo en cuenta todas las características sociodemográficas. De acuerdo a esta intervención se puede tomar en cuenta para posteriores adolescentes, tomando en cuenta las limitaciones.

Asimismo, la estructura de intervención permite observar nuevas formas de trabajo, este caso esclarece algunas dudas sobre ciertos cuadros clínicos que pueden presentarse, pero no resuelve en su totalidad, ya que en la etapa de la adolescencia se

manifiestan una diversidad de aspectos emocionales, psicológicos, sociales y físicos que aún falta por investigarse.

4.2.4. Demandas profesionales requeridas y capacitaciones técnicas

Dentro del trabajo realizado, se tuvo la necesidad de conocer ciertas técnicas en función al episodio depresivo específicamente en adolescentes, por ejemplo; técnica de “*triple columna*” que está en función a la identificación de pensamientos negativos de sí mismo, al igual que, la técnica de “*termómetro del estado de ánimo*” y “*solución de problemas*”. Asimismo, el conocimiento básico de áreas de la salud (anatomía y fisiología), ya que la adolescente mencionó un antecedente médico; al igual, se tuvo como consideración las habilidades blandas para la comunicación con la madre y adolescente, porque la intervención se realizó con ambas.

Por otro lado, se llevó a cabo una capacitación particularmente relacionado a intervención con niños y adolescentes, porque en la institución se tuvo mayor afluencia de dicha población, lo que propicio un trabajo oportuno en función a lo aprendido con la adolescente y madre llegando a establecerse el compromiso con el plan de intervención.

4.2.5. Autoevaluación y autocrítica personal e institucional

A nivel profesional, se evidenció la necesidad de hacer un estudio exhaustivo sobre la presunción diagnóstica, asimismo el logro por el establecimiento de seguridad, confianza y el lidiar con padres de familia, con respecto al conocimiento, en líneas generales el estudió sobre la fisiología y anatomía del ser humano, al igual que técnicas de intervención, por medio de un curso de intervención psicoterapéutica en niños y adolescentes.

No obstante, se tuvo como dificultad en el manejo de estado de ánimo y carácter tanto con la adolescente y madre de familia en reiteradas oportunidades, esto se debió a

que en el espacio de intervención no se tenía suficiente privacidad. A pesar de ello, conforme transcurrían las sesiones, se logró establecer tiempos de intervención cuando la adolescente y madre de familia se encontraban en el mismo ambiente, además en algunas oportunidades asistió sin la compañía de la madre, lo que demuestra el compromiso de la adolescente con la intervención, asimismo se pudo fortalecer el lenguaje directo que en este caso vendría a ser con la madre de familia.

Por otro lado, para que el abordaje sea óptimo se recomienda ambientes específicos por cada área de atención, que brinde privacidad a la persona, asimismo la actualización de pruebas psicológicas en la institución.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que la adolescente sea participe de programas de habilidades sociales, el cual debe ser ligado al manejo de emociones y el autoconocimiento.
- Es recomendable que la adolescente asista de manera más continua a los eventos familiares.
- Seguir aplicando la relajación progresiva, promover otras estrategias que tengan que ver con la respiración 4-7-8.
- Se sugiere la intervención sistémico familiar o intervención multidisciplinar para la mejora de la relación entre madre e hija.
- Se recomienda que la adolescente elabore un proyecto de vida para la identificación de fortalezas y debilidades con la finalidad de una planificación anticipada sobre las metas u objetivos.

CONCLUSIONES

- La intervención logró disminuir la sintomatología del episodio depresivo en la adolescente de 13 años; específicamente en las conductas de aislamiento, desinterés en la apariencia personal y problemas para conciliar el sueño, a través de las técnicas de “triple columna”, “relajación progresiva”, “respiración 4-7-8”, “solución de problemas” y “debate filosófico”.

Cabe señalar que la intervención tuvo una duración de 14 sesiones con un intervalo de (1 sesión por cada 10 o 15 días). Durante la intervención se observaron algunos acontecimientos sobresalientes como (el contrato de la madre en un centro de labores, término del 1er periodo académico, etc.); lo cual, implica que no se tiene la seguridad que los cambios conductuales sean solo específicamente por la intervención.

- La modificación de pensamientos irracionales permitió a la adolescente el manejo de la ansiedad y miedo, que son parte de la sintomatología del episodio depresivo.
- Luego de la psicoeducación dirigida para la toma de decisiones, la adolescente realiza conductas como la escucha activa, pedida de opiniones de otros integrantes de la familia, respetar turnos al momento de comunicar.
- El reconocimiento de redes de apoyo benefició en cuanto a la actitud frente a la vida y la connotación sobre las personas del entorno.
- La aplicación de la relajación progresiva y la técnica de respiración 4-7-8 logran disminuir la sintomatología de episodio depresivo ante situaciones de conciliar el sueño, dolores de cabeza y fatiga.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguilar, J. H. y Huamani, J. (2019). Aplicación de un programa cognitivo-conductual para la depresión en niñas de una casa hogar de la ciudad de Arequipa [Tesis de grado para título profesional, Universidad Nacional de San Agustín]. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10244>
- Alzuri, M., Hernández N. y Calzada, Y. (2017). Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. *Revista Finlay*. 7(3), 152-154. <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/541>
- Anicama, E. A. y Torrejón, J. P. (2021). Depresión frente a la pandemia en adolescentes de una I.E. Tacna – 2020 [Tesis para optar el título de licenciada en psicología, Universidad Autónoma de Ica]. <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/autonmadeica/807#:~:text=Conclusiones%3A%20Se%20ha%20logrado%20determinar,un%20nivel%20de%20depresi%C3%B3n%20grave.>
- Arias, E. A. (2021). Creencias de los adolescentes acerca de la depresión en la adolescencia [Tesis para bachiller, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/19608>
- Bellido, C. L. (2019). Necesidades psicológicas básicas y sintomatología depresiva en adolescentes de 3ro, 4to y 5to de secundaria en una institución educativa estatal en lima metropolitana [Tesis de Bachiller, Universidad San Martín de Porres]. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5750>
- Cabana, A. (2018). Artículo de revisión: la depresión un acercamiento desde el modelo cognitivo de Beck [Trabajo final de grado TFG]. <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-tecnologica-del-peru/psicologia->

experimental/articulo-revision-la-depresion-un-acercamiento-desde-el-modelo-
cognitivo-de-beck/14080639

Calderón, E. Y. (2020). Intervención cognitivo conductual para una mujer con depresión [Tesis para Segunda especialidad profesional]. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4654>

Calle, J. (2018). Proyecto piloto de un instrumento de asesoría y consejería psicológica virtual para adolescentes. [Tesis para optar el título de Psicóloga, Universidad de Antioquia]. <http://tesis.udea.edu.co/handle/10495/14334>

Cuevas, J. J. y Moreno, N. E. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Revista enfermería universitaria*, 14(3). <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-psicoeducacion-intervencion-enfermeria-el-cuidado-S1665706317300453>

Esquive, S. P. (2019). La adolescencia [Tesis de Educación Secundaria Mención: Filosofía, Psicología y Ciencias Sociales]. <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/14813>

Fernández, A. E. (2020). Efectos del programa terapéutico cognitivo conductual para mejorar rasgos de episodio depresivo en un grupo de adolescentes entre 13 y 15 años [Tesis de Maestría, Universidad de Panamá]. <http://up-rid.up.ac.pa/3343/>

Flores, J. A. (2019). Depresión y agresividad en la resiliencia en estudiantes del 5° año de Educación Secundaria, Rímac-2017. *Revista de la Universidad femenina del Sagrado Corazón*, 23(1), 31-51. <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/consensus/article/view/1474>

Gastulo Falen, L (2020). Estrategia psicoterapéutica cognitiva conductual para prevenir la depresión en adolescentes de la institución educativa bruning [Tesis de

Maestría, Universidad Señor de Sipán].

<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7488/Gastulo%20Falen%20Lisbeth%20Carmen%20Delia.pdf?sequence=1#:~:text=La%20teor%C3%ADa%20cognoscitiva%20de%20Beck,maximizar%20defectos%20y%20reducir%20calidades.>

González, S., Pineda, A. y Gaxiola, J. C. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Revista Universitas Psychologica*, 17(3), 1-11. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v17n3/1657-9267-rups-17-03-00063.pdf>

Hoffmann, M. Autorregulación como predictor de la mejoría de los síntomas depresivos en adolescentes en tratamiento por depresión en centro de atención primaria [Tesis doctoral, Pontificia Universidad Católica de Chile]. <https://repositorio.lib.uc.cl/xmlui/handle/11534/26545>

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2021). La otra pandemia: Trastornos de salud mental y violencia en niños y adolescentes se incrementan hasta en 50% por la covid-19. Nota de prensa, 37(46). <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2021/037.html>

Jadán, C. Y. (2017). Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Loja]. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19702/1/Cristina%20Yasmin%20Jad%C3%A1n%20L%C3%B3pez.pdf>

Martínez, W. M. M., Porras, Y. y Vargas, M. P. (2020). Niveles de depresión en adolescentes de 13 a 16 años en la institución educativa la juventud [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. *Repositorio Institucional UCC*. <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/34608>

- Ministerio de Salud (2018). Lineamientos de política sectorial en salud mental, Perú 2018. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017). Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. *Guía de Práctica Clínica*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/11/gpc_episodio_depresivo_adultos.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018). Guía de Práctica Clínica sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia. <http://www.codajic.org/node/2941>
- Ministerio de Salud del Perú (2021). La salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la covid-19. *Fondo de las naciones unidas para la infancia*. <https://www.unicef.org/peru/media/10616/file/Salud%20menta%20en%20contexto%20COVID19.pdf>
- Montenegro, A. Q. (2022). Monitoreo, seguimiento y evaluación al desempeño y resultados de los gabinetes psicopedagógicos en el contexto educativo panameño. *Revista Saberes APUDEP*, 5(1), 300-317. https://revistas.up.ac.pa/index.php/saberes_apudep/article/view/2563
- Montoya H. (2021). Trastorno depresivo en adolescentes en un hospital estatal en el distrito de san juan de Miraflores 2020 [Tesis para optar el título profesional de licenciado en psicología, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/5425>
- Osorio, K. A. y Merino, P. A. (2018). Del hogar familiar al de menores: consecuencia de la institucionalización en el desarrollo psicosocial de las adolescentes residentes,

- de cread capullo Chiguayante [Tesis de licenciatura, Universidad del Bío-Bío].
<http://replib.ubiobio.cl/jspui/handle/123456789/3403>
- Riquis, M. (2020). Clima social familiar y valores para el desarrollo positivo adolescente, en estudiantes del nivel secundario de un CEBA lima metropolitana [Tesis de licenciatura, Universidad San Martín de Porres].
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6081/RIQUIS_PM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ramírez, F. W. (2018). Prevalencia y características epidemiológicas de pacientes con episodios depresivos atendidos por consulta externa en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi en agosto a diciembre de 2017 [Tesis para obtener el título de médico cirujano, Universidad Nacional de San Agustín].
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5561>
- Reyes, V. (2019). Efectos de un programa cognitivo conductual en la depresión e ideación suicida en adolescentes de un hospital de Ferreñafe [Tesis de Maestría].
<https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/5810>
- Sánchez, M., Oliver, A., Adelantado, M. y Bresó, E. (2020). Inteligencia emocional y ansiedad en adolescentes: una propuesta práctica en el aula. *Revista de Nuevas Tecnologías y Sociedad*, 1(91), 74-89.
<http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/189065>
- San Norberto (15 de marzo del 2018). *Arzobispado de Lima inaugura centro de orientación familiar*. <https://www.sannorberto.edu.pe/centro-orientacion-familiar.php>
- Sigüenza, W. G., Quezada, E. y Reyes, M. L. (2019). Autoestima en la adolescencia media y tardía. *Revista Espacios*, 40(15), 19.
<http://revistaespacios.com/a19v40n15/19401519.html>

Siguencia, C. M. (2021). Episodio depresivo moderado y su incidencia en las relaciones intrafamiliares de un adolescente de 17 años. [*Examen Escrito para obtención de Título profesional, Universidad Técnica de Babahoyo*]. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/10911>

Zambrano, T. C (2019). Evaluación psicológica de la personalidad asociado al cutting y baja autoestima en adolescentes. *Revista Psicología UNEMI*, 3(5), 18-25. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol3iss5.2019pp18-25p>


ANEXOS

FICHA DE CONSENTIMIENTO

Certifico que mi área operativa ha tomado conocimiento de la presentación de este caso de estudio como Trabajo de Suficiencia Profesional y según nuestros procedimientos internos nos comprometemos a canalizarlo y apoyar las gestiones que fueran necesarias dentro de las normas vigentes, autorizando el uso de datos e información por tener fines académicos.

Certifico, además, que el profesional tiene la competencia necesaria para su empleo.

Observaciones:

Nombre del Jefe del Área Operativa:	MAYCOL RIQUEIS PARDO
Nombre del Área Operativa:	PSICÓLOGO
Firma y sello:  Maycol Riquis Pardo PSICÓLOGO C.Ps.P. 39244	Fecha: 09/12/2021

Escala de depresión en adolescentes – EDAR - Pretest

Sobre mí mismo
 Por William M. Reynolds
 (Adaptado por Ugarriza y Ecurra)

Nombres y Apellidos: [Redacted] Edad: 14
 Colegio: [Redacted] Grado:
 Fecha: 23/09/24

Instrucciones

Á continuación, se presenta una lista de oraciones sobre como te sientes. Lee cada una y decide sinceramente cuan a menudo te sientes así: Casi nunca, Rara vez, Algunas veces o Casi siempre. Marca con un aspa (X) la respuesta que mejor describe como te sientes realmente. Recuerda, que no hay respuestas correctas ni equivocadas. Solo escoge la respuesta que dice como te sientes generalmente.

	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre
1. Me siento feliz.			X	
2. Me preocupa el colegio.				X
3. Me siento solo(a).				X
4. Siento que mis padres no me quieren.	X			
5. Me siento importante.		X		
6. Siento ganas de esconderme de la gente.			X	
7. Me siento triste.		X		
8. Me siento con ganas de llorar.		X		
9. Siento que no le importo a nadie.			X	
10. Tengo ganas de divertirme con los compañeros.		X		
11. Me siento enfermo(a).			X	
12. Me siento querido(a).			X	
13. Tengo deseos de huir.		X		
14. Tengo ganas de hacerme daño.			X	
15. Siento que no les gusto a los compañeros.		X		
16. Me siento molesto(a).			X	
17. Siento que la vida es injusta.			X	
18. Me siento cansado(a).	X			
19. Siento que soy malo(a).		X		
20. Siento que no valgo nada.		X		
21. Tengo pena de mí mismo.		X		
22. Hay cosas que me molestan.			X	
23. Siento ganas de hablar con los compañeros.			X	
24. Tengo problemas para dormir.			X	
25. Tengo ganas de divertirme.			X	
26. Me siento preocupado(a).			X	
27. Me dan dolores de estómago.	X			
28. Me siento aburrido(a).		X		
29. Me gusta comer.			X	
30. Siento que nada de lo que hago me ayuda.				X

BDI-II¹

Nombre: [REDACTED] Estado Civil: soltera Edad: 34 Sexo: femenino
 Ocupación: estudiante Educación: _____ Fecha: _____

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

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

Título original: Beck Depression Inventory (Second edition)
 Traducido y adaptado con permiso.
 © 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.
 © de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.
 Todos los derechos reservados.

Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de Interés</p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3 Me es difícil interesarme por algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Desvalorización</p> <p>0 No siento que yo no sea valioso.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3 Siento que no valgo nada.</p> <p>15. Pérdida de Energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <hr/> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1a Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1b Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p>18. Cambios en el Apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a No tengo en apetito en absoluto.</p> <p>3b Quiero comer todo el tiempo.</p> <p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

13
 15
 28
 Subtotal Página 2
 Subtotal Página 1
 Puntaje total

Escala de depresión en adolescentes – EDAR - Postest

Sobre mí mismo
 Por William M. Reynolds
 (Adaptado por Ugarriza y Ecurra)

Nombres y Apellidos: Edad: 14
 Colegio: Grado:
 Fecha: 31/08/21

Instrucciones

A continuación, se presenta una lista de oraciones sobre como te sientes. Lee cada una y decide sinceramente cuan a menudo te sientes así: Casi nunca, Rara vez, Algunas veces o Casi siempre. Marca con un aspa (X) la respuesta que mejor describe como te sientes realmente. Recuerda, que no hay respuestas correctas ni equivocadas. Solo escoge la respuesta que dice como te sientes generalmente.

	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre
1. Me siento feliz.			X	
2. Me preocupa el colegio.		X		
3. Me siento solo(a).		X		
4. Siento que mis padres no me quieren.		X		
5. Me siento importante.			X	
6. Siento ganas de esconderme de la gente.	X			
7. Me siento triste.		X		
8. Me siento con ganas de llorar.	X			
9. Siento que no le importo a nadie.		X		
10. Tengo ganas de divertirme con los compañeros.				X
11. Me siento enfermo(a).	X			
12. Me siento querido(a).			X	
13. Tengo deseos de huir.		X		
14. Tengo ganas de hacerme daño.	X			
15. Siento que no les gusto a los compañeros.		X		
16. Me siento molesto(a).			X	
17. Siento que la vida es injusta.	X			
18. Me siento cansado(a).	X			
19. Siento que soy malo(a).	X			
20. Siento que no valgo nada.		X		
21. Tengo pena de mí mismo.	X			
22. Hay cosas que me molestan.			X	
23. Siento ganas de hablar con los compañeros.			X	
24. Tengo problemas para dormir.		X		
25. Tengo ganas de divertirme.			X	
26. Me siento preocupado(a).		X		
27. Me dan dolores de estómago.	X			
28. Me siento aburrido(a).	X			
29. Me gusta comer.			X	
30. Siento que nada de lo que hago me ayuda.				X

Inventario de depresión de Beck – (BDI-II) - Postest

BDI-II¹

Nombre: [REDACTED] Estado Civil: soltera Edad: 14 Sexo: femenino
 Ocupación: estudiante Educación: _____ Fecha: _____

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

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

Título original: *Beck Depression Inventory* (Second edition)
 Traducido y adaptado con permiso.
 © 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.
 © de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.
 Todos los derechos reservados.

Subtotal Página 1 Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

11. Agitación

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

12. Pérdida de Interés

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

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de Energía

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

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

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

17. Irritabilidad

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

18. Cambios en el Apetito

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

19. Dificultad de Concentración

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

20. Cansancio o Fatiga

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

21. Pérdida de Interés en el Sexo

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

Subtotal Página 2

Subtotal Página 1

Puntaje total

49
13

ESQUEMA DE SEGUIMIENTO DEL ESTADO DE ÁNIMO

Usuario(a): [REDACTED]

FECHA	SESION	ESTADO DE ANIMO		TERMOMETRO DEL ESTADO DE ANIMO
		INICIO	FINAL	
30/04/21	1	-	-	5
10/05/21	2	-	-	5
17/05/21	3	-	-	6
28/05/21	4	-	-	6
09/06/21	5	-	-	7
17/06/21	6	-	-	6
29/06/21	7	5	7	6
08/07/21	8	4	7	7
15/07/21	9	5	8	7
23/07/21	10	4	8	7
03/08/21	11	5	7	7
13/08/21	12	5	8	7
24/08/21	13	7	8	7
01/09/21	14	5	9	8

TERMÓMETRO DEL ÁNIMO

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
El Mejor	9	9	9	9	9	9	9
Bastante mejor	8	8	8	8	8	8	8
Mejor	7	7	7	7	7	7	7
Mejor que regular	6	6	6	6	6	6	6
Regular	5	5	5	5	5	5	5
Peor que regular	4	4	4	4	4	4	4
Peor	3	3	3	3	3	3	3
Bastante peor	2	2	2	2	2	2	2
El Peor	1	1	1	1	1	1	1