



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BAJO EL  
ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL A  
UNA ADOLESCENTE CON  
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA LEVE

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

JESUS GIANPIER CUSTODIO CAMA

LIMA – PERÚ

2024

# INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BAJO EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL A UNA ADOLESCENTE CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA LEVE

## INFORME DE ORIGINALIDAD



Mg. Jorge Manuel Mendoza Córdova  
DNI: 25642779  
C.P.N.P. 2844  
ANEXO 08

<b>16%</b>	<b>15%</b>	<b>3%</b>	<b>5%</b>
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>repositorio.upch.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>5%</b>
<b>2</b>	<b>repositorio.xoc.uam.mx</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>fdocuments.ec</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>4</b>	<b>hdl.handle.net</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>5</b>	<b>Submitted to Universidad Señor de Sipan</b> Trabajo del estudiante	<b>&lt;1%</b>
<b>6</b>	<b>intellectum.unisabana.edu.co</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>7</b>	<b>Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia</b> Trabajo del estudiante	<b>&lt;1%</b>
<b>8</b>	<b>Submitted to Universidad Católica de Santa María</b>	<b>&lt;1%</b>

## **MIEMBROS DEL JURADO**

Dr. CARLOS ALBERTO LOPEZ VILLAVICENCIO

**Presidente**

Mg. GIANCARLO MANUEL FRANCA SÁNCHEZ

**Vocal**

Mg. RITA SELENE ORIHUELA ANAYA

**Secretaria**

**ASESOR DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

Mg. Jorge Manuel Mendoza Castillo

## **DEDICATORIA**

*A papá Julio, mamá Eliana y pa Augusto; por creer en mi y porque me enseñaron  
a darlo todo hasta el último esfuerzo.*

*A mi mamá Esther por su esfuerzo, coraje y valentía; y enseñarme que tenemos  
que quemar hasta el último cartucho porque para todo hay solución mientras  
haya vida.*

*A Lorena, llego a mi vida en el momento indicado y que todos estos años que  
estamos juntos, ha sido mi inspiración, refugio, paz y felicidad.*

*A mi hermana Cinthia, porque es ejemplo de esfuerzo y dedicación.*

*A Ghaella, mi sobrina en formalismo, pero mi hija de corazón.*

*A todos mis familiares y amigos que hicieron posible que llegue este momento.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a Dios por permitirme llegar a este momento. El camino ha sido arduo, largo e intenso; que, terminar este trabajo era casi un ensueño.

A mis papitos Julio y Eliana, y a mi padre Augusto que batallaron tanto, pero la pandemia no permitió que llegaran a este tiempo. Solo me queda cerrar los ojos e imaginar lo felices y orgullosos que se deben estar sintiendo.

A mi madre Esther por su esfuerzo, coraje y valentía.

A mi hermana Cinthia por darnos el regalo más bonito para la casa, mi sobrina Ghaella y sobre todo agradecer a mi amor Lorena por ser mi soporte, mi tranquilidad y mi felicidad en los difíciles acontecimientos.

## **TABLA DE CONTENIDOS**

<b>RESUMEN</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I: EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO</b>	<b>5</b>
• Descripción de la empresa o institución	5
• Puesto desempeñado	6
• Experiencia profesional y delimitación del área de trabajo	6
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>10</b>
• Bases teóricas	10
• Antecedentes	30
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	<b>35</b>
<b>3.1. Contextualización y justificación del problema</b>	<b>35</b>
<b>3.2. Intervención</b>	<b>44</b>
• Objetivos de la intervención e indicadores de logro	44
• Público objetivo de intervención	44
• Descripción del programa de intervención	44
• Metodologías empleadas según el programa	48
• Monitoreo y/o evaluación	58
<b>3.3. Consideraciones éticas</b>	<b>59</b>
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	<b>61</b>
• Descripción de los resultados hallados	61
• Discusión de los resultados asociados a los objetivos	70

<b>CAPÍTULO V: REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>75</b>
• <b>Limitaciones encontradas en el proceso de la intervención</b>	<b>75</b>
• <b>Impacto a nivel profesional</b>	<b>76</b>
• <b>Impacto en la institución con los resultados hallados</b>	<b>77</b>
• <b>Aporte en el área psicológica y en el contexto</b>	<b>77</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>79</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>80</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>81</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>Anexo 1: Cuestionario de Depresión Infantil</b>	
<b>Anexo 2: Registro para la Técnica de autoinstrucciones</b>	
<b>Anexo 3: Registro para la Técnica de tres columnas</b>	
<b>Anexo 4: Registro para la Técnica de resolución de problemas</b>	
<b>Anexo 5: Consentimiento informado</b>	
<b>Anexo 6: Modelo de Anamnesis</b>	

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b>	Impresión diagnóstica: Episodio Depresivo Leve (F33.0)	42
<b>Tabla 2</b>	Diseño de plan de intervención	46
<b>Tabla 3</b>	Cronograma de intervención por sesiones	47
<b>Tabla 4</b>	Niveles de depresión en la adolescente antes y después de la intervención bajo el enfoque cognitivo conductual	60
<b>Tabla 5</b>	Psicoeducación para fomentar la comprensión del problema	62
<b>Tabla 6</b>	Niveles de disforia en la adolescente antes y después de la intervención bajo el enfoque cognitivo conductual	62
<b>Tabla 7</b>	Registro de la técnica de respiración – cumplimiento, control y aprendizaje	63
<b>Tabla 8</b>	Registro de la técnica de resolución de problemas respecto a la madre	64
<b>Tabla 9</b>	Registro de la técnica de resolución de problemas respecto a los ítems altos de disforia	65
<b>Tabla 10</b>	Niveles de autoestima negativa en la adolescente antes y después de la intervención bajo el enfoque cognitivo conductual	67
<b>Tabla 11</b>	Registro de la técnica de autoinstrucción	67
<b>Tabla 12</b>	Registro de la técnica de tres columnas	68
<b>Tabla 13</b>	Registro de la técnica de prevención de recaídas	69

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Organigrama del centro	9
<b>Figura 2</b> Modelo Cognitivo de Beck para la Depresión	23
<b>Figura 3</b> Modelo ABC de Albert Ellis	24

## RESUMEN

Se realizó un estudio de caso de intervención en una adolescente de 15 años con sintomatología depresiva leve. Se planteó como objetivo general: Desarrollar recursos psicológicos que reduzcan la sintomatología depresiva leve en una adolescente con una intervención psicológica bajo el enfoque cognitivo conductual; así mismo, se planteó como objetivos específicos los siguientes: disminuir los síntomas de disforia y autoestima negativa. Los recursos utilizados fueron el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y entrevista semi estructurada. En cuanto al procedimiento de la intervención, se programaron ocho sesiones: siendo la primera sesión para entrevista y observación conductual; la segunda sesión se evaluó con el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI); desde la tercera hasta la octava sesión se aplicó técnicas de intervención, añadiendo a esta última sesión el post test con el cuestionario mencionado. Luego de la intervención psicológica se observó que la adolescente logró disminuir la sintomatología de disforia y la autoestima negativa. Se concluye que la intervención psicológica para la depresión bajo el enfoque cognitivo conductual permitió que la adolescente comprenda el problema, mejore su estado de ánimo, identifique pensamientos negativos y prevenga futuras situaciones de riesgo, disminuyendo la depresión severa.

**Palabras claves:** *depresión, adolescencia, terapia cognitivo conductual*

## **ABSTRACT**

An intervention case study was carried out in a 15-year-old adolescent with moderate depressive symptoms. The general objective was proposed: Reduce moderate depressive symptoms in an adolescent with a psychological intervention under the cognitive behavioral approach; Likewise, the following specific objectives were proposed: reduce the symptoms of dysphoria and negative self-esteem. The resources used were the Childhood Depression Questionnaire (CDI) and a semi-structured interview. Regarding the intervention procedure, eight sessions were scheduled: the first session was for interview and behavioral observation; The second session was evaluated with the Childhood Depression Questionnaire (CDI); From the third to the eighth session, intervention techniques were applied, adding to this last session the post-test with the aforementioned questionnaire. After the psychological intervention, it was observed that the adolescent managed to reduce the symptoms of dysphoria and negative self-esteem. It is concluded that the psychological intervention for depression under the cognitive behavioral approach allowed the adolescent to understand the problem, improve her mood, identify negative thoughts and prevent future risk situations, reducing severe depression.

**Keywords:** *Depression, Adolescence, Cognitive behavioral therapy*

## INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental se desprenden de acontecimientos particularmente estresantes o traumáticos, por lo que es de atención pública comprenderlos y dar tratamiento ya que promueven situaciones de riesgo que comprometen la vida de las personas. Al respecto, particularmente los adolescentes encuentran un entorno hostil en la transición de la vida dependiente a la independiente, donde la sociedad exige mayor desarrollo y adaptación; es así que la falta de habilidades y estabilidad conllevaría a problemas en su salud; razón por la que se reporta a nivel mundial que, alrededor del 14% de adolescentes hasta en el 2022 se encontró afectado por trastorno mental (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Tomando en cuenta el contexto en el que se presenta el sustento de este estudio, la OMS (2022) alerta casos de suicidio y casos de muertes graves entre los 10 a 20 años en la época de pandemia, siendo la depresión y ansiedad aquellos trastornos con un aumento paulatino del 25% solo durante el primer año de este contexto. Aunado a ello, la saturación de los centros de salud, quienes en esta época dirigieron sus esfuerzos a atender pacientes con COVID-19, ocasionó desatención de otros problemas de salud como la salud mental, ocasionando una cronificación del trastorno o malestar.

Respecto a la depresión, La Organización Panamericana de Salud (2023) considera que es un trastorno mental muy frecuente que perturba la rutina diaria y afecta la habilidad para desempeñarse en el trabajo, en la alimentación, conciliar el sueño, estudiar y disfrutar de la vida diaria. Esta condición se origina debido a la interacción de diversos factores, que incluyen componentes psicológicos, genéticos,

biológicos y ambientales. Al respecto, las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2021) reportó que durante pandemia 1 de cada 7 adolescentes sufrió de trastorno mental; 1 de cada 5 se encuentra deprimido y con pérdida de interés en sus actividades; y, además, refirió que existen incidencias alrededor de 46,000 casos de suicidio al año en este grupo etario

Entonces, es de atención en las organizaciones y profesionales de salud intervenir en esta situación, para lo cual se debe hacer uso de manuales y diagnósticos válidos para entender el trastorno. De acuerdo con la "Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud " ([CIE-11], 2019), la depresión se cataloga como un trastorno del estado de ánimo en el que la particularidad principal es una perturbación en el ánimo; este se estima según la duración y la naturaleza de los síntomas, se categoriza en diferentes tipos, siendo los principales el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y trastornos bipolares.

Así mismo, es importante comprender la etapa de adolescencia, pues es un período de transición entre la infancia y la edad adulta, desde los 10 años hasta los 19 años; y es un ciclo crucial del desarrollo humano, donde experimentan un crecimiento acelerado en procesos físicos, cognitivos y psicosociales, lo que influye en su forma de sentir, pensar, tomar decisiones y relacionarse con su medio (OMS, 2021). En este sentido, es una etapa compleja de cambios que requiere de acompañamiento profesional, sobre todo en los casos donde se acompaña de dificultades de riesgo y trastornos mentales producto de un contexto y experiencias desfavorables.

Además, para Corea (2021) la depresión en niños y adolescentes en el Perú,

es un problema que afecta a un estimado de 5.6% de los adolescentes de 13 a 18 años; a diferencia de los adultos, la depresión no muestra una diferencia significativa entre niñas y niños en edades pre-púberes, pero se vuelve aproximadamente el doble de común en las mujeres en comparación con los hombres durante la adolescencia. Teniendo en cuenta ello, es importante precisar que el presente trabajo buscó reducir los síntomas de depresión en una adolescente de 15 años con sintomatología depresiva, a través del enfoque de intervención cognitivo conductual, en virtud de la evidencia empírica y científica en el tratamiento de la depresión.

Por ello, en el primer capítulo, se menciona la experiencia y contexto donde se detalla la descripción general de la institución, misión, visión, política de la institución, objetivos, ubicación, puesto de trabajo, jefe inmediato y organigrama, experiencia profesional y delimitación del área de trabajo, y por último la línea de investigación.

En el segundo capítulo, se presenta el fundamento teórico que sustenta el análisis del caso, el cual abarca datos significativos sobre la depresión, diagnóstico y criterios de diagnósticos, tratamiento ambulatorio de personas con depresión en el Perú, depresión en adolescentes; y sobre la adolescencia dividido en tres tipos de desarrollo: físico, cognitivo y psicosocial. Además, se expone sobre la terapia cognitiva conductual y las técnicas. Por último, se menciona algunas investigaciones nacionales e internacionales.

En el tercer capítulo se desarrolla el sustento metodológico, cuya estructura destaca la contextualización y justificación del problema, intervención con objetivos generales y específicos, indicadores de logro, el plan de intervención:

diseño y cronograma, además, los instrumentos y técnicas como los procedimientos; el monitoreo o seguimiento y las consideraciones éticas.

En el cuarto capítulo, se describen los resultados en respuesta a los objetivos de investigación y los indicadores de logro a partir de los hallazgos en la evaluación del pre test y post test con el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), así como las técnicas psicológicas implementadas para dicho fin. Por último, se expone la reflexión de la experiencia, conclusiones y recomendaciones.

## **CAPÍTULO I: EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO**

- **Descripción de la empresa o institución**

El establecimiento de salud se constituye en el primer nivel de atención con categoría I-4. Tiene como finalidad favorecer la dignidad humana, promover la salud, prevenir enfermedades y garantizar la atención médica integral a los habitantes de su jurisdicción. Desarrollar e implementar metas de políticas de salud acorde con el sector público y actores sociales. Ofrece servicios en medicina, odontología, enfermería, psicología, obstetricia, nutrición, servicios sociales y pruebas de laboratorio clínico.

**Misión:**

El Centro de salud implementa y ejecuta las políticas de salud, aplicándolas a la realidad sanitaria para facilitar la gestión de los servicios, brindando una atención integral al usuario en forma eficiente y eficaz, con equidad, mediante un proceso de mejoramiento continuo de la calidad para lograr una comunidad saludable en el ámbito de la jurisdicción del distrito.

**Visión:**

En el 2025 el centro de salud será una institución líder a nivel provincial, en la promoción y prestación de servicio de salud individual y colectiva, con equidad y calidad, asegurando la accesibilidad a sus servicios mediante un sistema integrado, descentralizado y participativo, contribuyendo a la promoción de una cultura de salud para mejorar la calidad de vida de la población.

**Política de la Institución:**

El Centro de Salud tiene como política mejorar la calidad de vida y bienestar de las personas que padecen problemas de salud mental en el distrito de su

jurisdicción.

**Objetivos:**

- Mejorar la salud integral de la población en general, brindando asistencia especializada, tratamiento y recuperación del paciente.
- Brindar atención integral de salud interdisciplinaria de manera eficiente a la población.
- Desarrollar actividades preventivo-promocionales para el cuidado de la salud integral de la población.
- Articular alianzas estratégicas con la sociedad civil e instituciones públicas y privadas.

**Ubicación:**

El Centro de Salud se encuentra ubicado en una provincia de Lima, en Cañete. Tiene una población mayor de los diez mil habitantes y se caracteriza por tener un clima seco y semicálido.

• **Puesto desempeñado**

**Puesto:**

Practicante Pre Profesional en Psicología

• **Experiencia profesional y delimitación del área de trabajo**

El presente trabajo de suficiencia profesional está centrado en la intervención psicológica en el campo de la psicología clínica, que consistió en realizar un estudio de caso de un adolescente de 15 años con sintomatología depresiva moderado, en la provincia de Cañete, dicha intervención psicológica se realizó en 8 sesiones en un periodo de 3 meses. Que buscó generar cambios en la adolescente respecto a su

interacción y estabilidad emocional en la familia y en la escuela.

**Área de especialidad:**

Atención a la salud psicológica clínica

**Línea de investigación FAPSI:**

Bienestar psicológico y salud mental. Para el desarrollo de este estudio se decidió seguir la línea de investigación “Bienestar psicológico y salud mental” que busca investigar 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. Así mismo, el presente estudio de caso se enmarca en el objetivo de desarrollo sostenible número 3 “salud y bienestar” de la Organización de las Naciones Unidas, ya que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

**Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS):**

- ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades
- ODS 3.4: Reducir la mortalidad por enfermedades no transmisibles y promover la salud mental

**Funciones de puesto:**

Las funciones desarrolladas en el centro de salud han sido supervisadas por una psicóloga titulada, colegiada y habilitada; que, a su vez, era la coordinadora del servicio de Psicología. A continuación, se precisarán las actividades desempeñadas:

- Evaluaciones psicológicas a través de entrevista, observación, test psicométricos y pruebas proyectivas.

- Aplicación de Tamizajes en salud mental (VIF, SRQ, ASSIST) para detección de violencia, ansiedad, depresión, alcohol y drogas.
- Elaboración de informes psicológicos para recoger brevemente información sobre el motivo de consulta, la evaluación que se lleve a cabo y los resultados obtenidos de los mismos.
- Realizar orientación y consejería para la atención oportuna en problemas psicológicos de intensidad baja y moderada.
- Diseñar y efectuar talleres psicoeducativos en las diferentes instituciones educativas, en temas relacionados al bullying, convivencia escolar, habilidades sociales y prevención de acoso escolar para fortalecer el desarrollo emocional, social y personal del alumno.
- Intervención psicológica a usuarios con diagnóstico de ansiedad, depresión, y trastorno obsesivo compulsivo desde el enfoque de la Terapia Cognitivo Conductual.

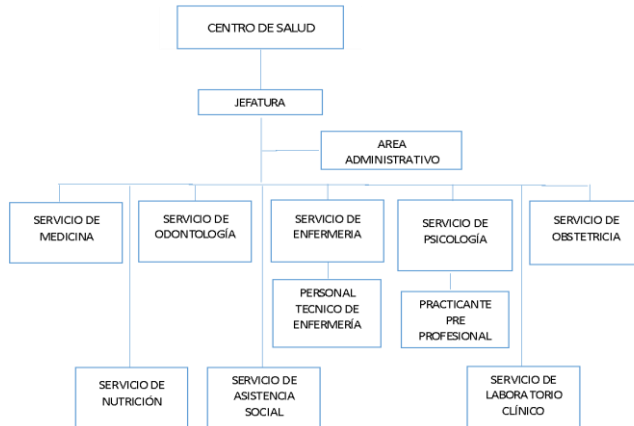
**Jefe inmediato:**

Coordinadora del servicio de psicología

## Organigrama:

**Figura 1**

*Organigrama del centro*



## Experiencia profesional

La experiencia profesional, se enmarca en el campo de la psicología clínica, atendiendo casos como: problemas de conducta, problemas relacionados a la convivencia escolar, conducta violenta, trastornos de ansiedad, trastorno depresivo, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés post traumático; trabajando con la niñas, niños, adolescentes y adultos. A su vez se realizó las siguientes funciones: tamizajes de violencia, tamizaje de alcohol y drogas, tamizajes de ansiedad y depresión, orientación y consejería, atenciones psicológicas, charlas educativas, visitas domiciliarias, y talleres preventivo-promocionales.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

- **Bases teóricas**

### **Depresión**

Para la OMS (2023), la depresión es un trastorno de salud mental, caracterizado por tristeza persistente y falta de placer e interés en las actividades que anteriormente eran placenteras y gratificantes. A pesar de que es una enfermedad común, se considera grave; ya que, afecta a la vida diaria como en los niveles intrapersonales (estudiar, trabajar, dormir, comer, entre otros) e interpersonales (relaciones con familiares, amigos e incluso en la comunidad). Además, la depresión afecta el funcionamiento cognitivo, emocional, motor y fisiológico del individuo y representa un desajuste en el cual la persona se ve a sí mismo, al entorno y al futuro de manera negativa, lo que causa sufrimiento y altera sus actividades sociales, laborales, familiares; y es un factor de riesgo relevante para el intento de suicidio y el suicidio consumado (Corea, 2021).

Según el DSM-V (2014), en su quinta edición, describe a la depresión como un trastorno del estado del ánimo, donde la alteración del humor es su principal característica, seguido por un tiempo y frecuencia específica y con sintomatología evidente; además, en este manual se distingue del trastorno depresivo persistente, trastornos bipolares, siendo estos últimos los principales. Por otro lado, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11, 2019), en concordancia con el DSM-V, explican que se deben cumplir con por lo menos el indicador de pérdida de energía o estado de ánimo bajo o pérdida de interés y placer.

## **Cuadro Clínico de la depresión**

**Signos y Síntomas.** Según el MINSA (2020), en la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes, RD N° 000189-2020-DG-INSNSB, considera a la depresión como un Trastorno del humor (afectivo) en el código F30-F39 del Manual CIE-10, siendo el episodio depresivo leve el código F32.0; en esta guía, se considera la presencia de síntomas cognitivos, fisiológicos, emocionales y motor en al menos dos semanas:

- Tristeza patológica. Puede ocurrir sin razón aparente o después de un evento significativo. Este sentimiento profundo puede hacer que los pacientes se sientan desanimados y como si hubieran perdido el entusiasmo por la vida. Se siente incapaz de expresar amor o afecto, lo que puede aumentar los sentimientos de culpa.
- Desgano o Anhedonia. Se refiere a una disminución en la capacidad para experimentar placer en las actividades diarias.
- Ansiedad. Predominantemente la presencia de ansiedad en las manifestaciones clínicas indica ansiedad-depresión. Por el contrario, si la inhibición es más pronunciada, se considera depresión inhibitoria. Las personas con esta afección tienden a estar de mal humor, irritables y pueden ser agresivas.
- Insomnio. El paciente tiene dificultad para conciliar el sueño, se despierta temprano y está de mal humor. A veces, aunque raramente, puede producirse somnolencia.
- Alteraciones del pensamiento. La experiencia de vivir con múltiples

enfermedades puede llevar a pensamientos derrotistas y catastróficos, así como a intensos sentimientos de culpa y trastorno obsesivo-compulsivo. El pensamiento se vuelve lento y monótono, la memoria se debilita y las distracciones se vuelven frecuentes.

- Alteraciones somáticas. El dolor crónico o intermitente ocurre junto con síntomas como estreñimiento y sudores nocturnos. Además, puede haber una sensación constante de cansancio o fatiga.
- Alteraciones del comportamiento. Las personas pueden experimentar la sensación de estar arrinconadas, pensando constantemente en sus preocupaciones. Puede mostrar signos de cruzar los brazos, puede estar inmóvil o puede experimentar un dolor intenso o llorar por cosas pequeñas. Se vuelve difícil tomar decisiones y su rendimiento académico disminuye.
- Modificaciones del apetito y del peso. La mayoría de los pacientes experimentan pérdida de apetito que lleva a la pérdida de peso.
- Pérdida del Placer. El disfrute de los deportes, sexo, los juegos y otras actividades que alguna vez fueron gratificantes a menudo disminuye y eventualmente desaparece.
- Culpa Excesiva. Incluso sin razón, puedes experimentar una carga excesiva de culpa, que puede llevarte a delirios.
- Pensamiento Suicida. Los pacientes muestran una ansiedad exagerada ante la muerte, lo que puede contribuir a sentimientos de autodestrucción.
- Disminución de la Energía. La fatiga excesiva es común y el nivel de fatiga varía a lo largo del día y suele ser más notorio por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse cansadas más temprano en el día que por la tarde.

## **Tratamiento ambulatorio de personas con depresión en el Perú**

El MINSA (2021), a través del Sistema de Información HIS, refiere que estas comprenden un conjunto de intervenciones ofrecidas a los usuarios con diagnóstico de depresión, estas se realizan con el acompañamiento conjunto y multidisciplinario de profesionales, lo cual tiene como principal objetivo la recuperación del paciente.

Los paquetes de atenciones comprenden las siguientes intervenciones:

- Consulta Médica: Se realiza en todos los establecimientos de salud por un médico capacitado para elaborar el diagnóstico y establecer el tratamiento.
- Evaluación Integral interdisciplinaria: evaluación conjunta por un equipo interdisciplinario realizada en los establecimientos de salud de acuerdo con las necesidades y expectativas del usuario.
- Psicoeducación: intervención de un programa educativo dirigido al fortalecimiento de recursos y habilidades del usuario para hacerle frente a su enfermedad.
- Intervención individual: proceso por el cual se brinda apoyo al paciente para desarrollar habilidades de resolución de problemas, que permitan enfrentar situaciones adversas actuales o futuras.
- Psicoterapia: técnicas de activación conductual, afrontamiento, técnicas emotivas y de reestructuración cognitiva, desarrolladas en un mínimo de 08 sesiones y con una duración de 45 minutos.
- Grupo de ayuda mutua: se forman grupos de apoyo, para que los usuarios de manera conjunta puedan solucionar un problema en común.
- Visita domiciliaria: se busca asegurar el tratamiento y la disminución de

complicaciones a través del cuidado de los profesionales realizando visitas a los hogares de los usuarios.

### **Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)**

La primera versión del Children's Depression Inventory (CDI), fue creado por Kovacs y Beck en el año 1975, y está relacionado principalmente con las dificultades en la aplicación del Beck Depression Inventory (BDI), ya que este instrumento evaluaba población adulta. María Kovacs bajo una profunda investigación sobre la depresión infantil, publica en 1992 la primera edición comercial, en primer lugar para el país anglosajón y luego fue traducida y adaptada para la población española. El CDI evalúa en 27 preguntas dos escalas: la escala de disforia (tristeza, preocupación, humor depresivo) y la escala de Autoestima negativa (maldad, fealdad, juicios de ineficiencia). En el Perú Reategui en el año 1994, realizó la primera adaptación, donde se demuestra que la prueba posee propiedades psicométricas de validez y confiabilidad (Borrero, 2018).

### **Adolescencia**

Para Soto (2022), tomando en cuenta los lineamientos de La Organización Mundial de la Salud, precisa a la adolescencia como el crecimiento que se origina después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años, representando una etapa única, donde se experimenta un vertiginoso cambio en el desarrollo cognitivo, físico y psicosocial; el cual se divide en tres etapas: Adolescencia Temprana de 10 a 13 años, Adolescencia Media de 14 a 16 años y la Adolescencia Tardía de 17 a 19 años, pero con una extensión según la persona hasta los 21 años aproximadamente.

Para Larson y Wilson (2004, como se citó en Papalia y Martorell, 2023) señalan que la adolescencia no solo implica cambios físicos, sino también los cambios cognitivos, psicológicos y sociales, y en esta etapa asume variadas formas en diferentes medios culturales, sociales y económicos. Un ejemplo de ello, son algunas tribus que celebran la primera menstruación como el inicio de la pubertad, mientras que en los países occidentales se enfoca más como un constructo social con una duración de más tiempo y una época llena de oportunidades; pero que, a su vez, implica riesgos en la propia toma de decisiones de la adolescente.

- **Desarrollo Físico.**- Existe un súbito aumento en la estatura y en el peso que se antepone al aumento de las hormonas sexuales, principalmente de las características sexuales secundarias como el crecimiento del vello púbico, facial y axilar, cambios de voz y desarrollo muscular en el caso de los hombres y en el caso de las mujeres desarrollo de las mamas y aumento en amplitud y profundidad de la pelvis (Papalia et al., 2019).
- **Desarrollo Cognitivo.**- El/la adolescente no solo se ve diferente por sus cambios físicos, sino en la forma de hablar, sentir y pensar de manera distinta; ya que para Piaget se encontrarían en la etapa más alta del desarrollo cognitivo (Operaciones Formales), con capacidad de abstracción, un pensamiento hipotético deductivo y habilidades para la resolución de problemas. Es decir, se involucra funciones sofisticadas y únicas de las personas para conocer el mundo a través del aprendizaje y experiencia (Moreira y Oñate, 2018).
- **Desarrollo Psicosocial.**- Para Erikson (1968, como se citó en Papalia y

Martorell, 2023), es una etapa donde el/la adolescente busca su identidad, compuesta de valores que establezca la manera de vivir, metas que permitan elegir una labor y creencias, especialmente la formación de la identidad sexual; el cual lo definirá para el resto de su vida. Este aspecto es de vital importancia para poder confrontar la crisis de identidad frente a la confusión de identidad, de modo que, el individuo se sienta valioso porque juega un papel importante dentro de la sociedad.

### **Depresión en Adolescentes**

Para Corea (2021) la depresión en niños y adolescentes es un problema que afecta a un porcentaje significativo de la población joven. Los estudios indican que alrededor del 2.8% de los niños menores de 13 años y el 5.6% de los adolescentes de 13 a 18 años experimentan depresión. Sin embargo, la prevalencia puede variar según la población estudiada, el período considerado, el informante y los criterios de diagnóstico utilizados. En general, se estima que aproximadamente el 1% al 2% de niños y alrededor del 5% de los adolescentes sufren de depresión clínicamente significativa en algún momento. A diferencia de los adultos, la depresión no muestra una diferencia significativa entre niñas y niños en edades pre-púberes, pero se vuelve aproximadamente el doble de común en las mujeres en comparación con los hombres durante la adolescencia. Además, se ha observado que los niveles de depresión tienden a ser más altos en pacientes que tienen condiciones médicas crónicas, especialmente en aquellos con necesidades especiales y niños pertenecientes a minorías indígenas.

Además, para Corea (2021), los síntomas depresivos pueden manifestarse en

pacientes de cualquier edad, pero varían ligeramente según la etapa de desarrollo en la que se encuentre el individuo. Algunos síntomas característicos de la depresión en niños incluyen irritabilidad, ansiedad, problemas de comportamiento, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y quejas somáticas. En los adolescentes, se observa mayor irritabilidad, hipersomnia, aumento del apetito con aumento de peso, quejas somáticas y una sensibilidad extrema al rechazo.

Si bien la edad de inicio no parece ser un factor determinante para los diferentes subgrupos depresivos, se ha observado que un inicio temprano se asocia con indicadores negativos a lo largo de la vida adulta. Estos indicadores incluyen una menor probabilidad de contraer matrimonio, dificultades en el funcionamiento social y ocupacional, una peor calidad de vida, una mayor presencia de comorbilidad médica y psiquiátrica, una mayor cantidad de episodios depresivos y tentativas de suicidio, así como una mayor gravedad de los síntomas depresivos

### **Depresión en adolescentes en el Perú**

El Ministerio de Salud ha reportado más de 1.7 millones de casos de depresión atendidos a menores desde los 6 a 17 años y de ese porcentaje el 75.24% corresponde a mujeres, evidenciando un aumento del 85.3% en el 2023 respecto al 2022 (MINSa, 2023). En este sentido, Orihuela (2023) detalla que los síntomas de depresión en niños y adolescentes varía según las características únicas y en el curso de desarrollo que se encuentren; donde el menor puede presentar estado de ánimo irritable y triste, pérdida de motivación y placer en sus actividades o hobbies que anteriormente le producían

satisfacción; presentan una bajada brusca en el rendimiento escolar y cambios psicomotores que, a diferencia de los adultos, estos muestran dificultad para estar quietos.

Por otro lado, investigaciones sobre la depresión en adolescentes en Perú, destacan informes epidemiológicos elaborados por el Instituto Nacional de Salud ([INS], 2022), donde se manifiesta que la depresión es el trastorno clínico más común en adolescentes de Lima y Callao, con una prevalencia del 7% (3% en varones y 11% en mujeres). En la selva peruana, se informó una prevalencia del 1.9% (1.6% en varones y 2.2% en mujeres), y en la provincia de Abancay, una prevalencia del 2.1%, con 0.9% en varones y 3.4% en mujeres (Instituto Nacional de Salud Mental del Perú [INSM], 2017).

Sin embargo, estas cifras presentan limitaciones, como la falta de diversificación en los estudios sobre la depresión en adolescentes y la escasa consistencia en los informes periódicos. Esto sugiere que la comprensión fenomenológica de la depresión adolescente podría ser ambigua y necesitar ser contrastada con hallazgos empíricos para obtener una visión más clara de los factores que influyen en las causas y consecuencias de la depresión en los adolescentes peruanos (Navarro et al., 2017). Diversas investigaciones sobre la realidad peruana indican la prevalencia de trastornos depresivos vinculados a pensamientos suicidas y problemas familiares. A partir del 2012 se registra entre un 20% y 25% de los adolescentes expresaban deseos de morir y un 10% intentó llevar a cabo dichas intenciones (Olivera, 2018).

### **Comorbilidad de la depresión infantojuvenil**

La depresión, al igual que otros trastornos y enfermedades mentales, no es

causada por una única causa, sino que es el resultado de una compleja combinación de factores. Estos factores se pueden dividir en factores personales, factores familiares y factores ambientales, y están estrechamente relacionados (Oteíza et al., 2023).

- Factores de riesgo individual: Género, temperamento y factores genéticos y epigenéticos.
- Factores de riesgo familiares: maltrato, depresión parental, interacciones familiares conflictivas (Radell et al., 2021).
- Factores de riesgo ambiental: contexto social/modernidad y aislamiento social (Klein et al., 2021)
- Factores protectores: ausencia de resiliencia y apego seguro (Eli et al., 2021)
- Fisiopatología: factores anatómicos y fisiológicos (Palacios et al., 2021).

Según las investigaciones e indicadores en el contexto y el desarrollo del adolescente, la depresión acompaña diversos síntomas clínicos, dentro de los cuales se pueden comprender: dificultad para tomar decisiones, lentitud del pensamiento, consumo de drogas, intentos de suicidio, sentimientos de inutilidad y desvalimiento, pérdida de peso, cansancio, dificultades de concentración, ánimo deprimido o irritable, pérdida de interés o placer, lentitud o agitación psicomotriz, anorexia o bulimia y trastorno del sueño (Oteíza et al., 2023).

Por otro lado, las enfermedades que pueden acompañar a la sintomatología en la adolescencia pueden ser: endocrinas (Hipopituitarismo, Hiperparatiroidismo, Hipertiroidismo, Hipotiroidismo, Enfermedad de Addison, Cushing y Diabetes), neurológicas y tumores (Enfermedad de Huntigton,

Esclerosis múltiple, Accidente cerebro-vascular, Hemorragia subaracnoidea y Epilepsia), medicamentos (Diuréticos tiazídicos, Digitálicos, Clonidina, Antiepilécticos, Aminofilina, Cimetidina, Corticosteroides, Benzodiacepinas, Barbitúricos y Anti-hipertensivos), enfermedades autoinmunes (Lupus eritematoso sistémico), enfermedades infecciosas (mononucleosis o hepatitis), enfermedades hematológicas (alteraciones de electrolitos, aplasias y otros tumores, porfirias y anemia ferropénica), causas no médicas como el consumo de alcohol, consumo de drogas (opiáceos, anfetaminas y cocaína), privación, psicosocial y abuso físico y/o sexual (Oteiza et al., 2023).

Los resultados de los estudios de psicopatología infantil muestran que los niños y jóvenes con depresión grave suelen desarrollar también otros trastornos psicopatológicos. De hecho, la mayoría de las personas (40% a 90%) tiene al menos un trastorno psiquiátrico adicional, y entre 25% y 50% tiene dos o más comorbilidades. Estas comorbilidades incluyen distimia y trastornos de ansiedad (30% a 80%), trastornos disruptivos (10% a 80%) y trastornos por uso de sustancias (20% a 30%) (Strigaris et al., 2021).

### **Enfoques básicos y Representantes Pioneros de la TCC**

- Terapia de conducta. También llamada o conocida como modificación de conducta y se desarrolla como la insatisfacción que generó en los estudiosos de la época, respecto al psicoanálisis. Esta forma de terapia no actúa como un todo, debido a que no existe una teoría agrupada del aprendizaje; sino más bien, tres grandes paradigmas, los cuales son: el condicionamiento clásico, con su máximo representante Pávlov, el cual, se presenta un estímulo incondicionado junto con el estímulo neutro para

producir la asociación, sin importar lo que realice el sujeto. El condicionamiento operante de Skinner, donde el sujeto aprende a partir de las consecuencias de determinada acción. Y el modelado, que consiste en reforzar diferencialmente por pasos pequeños (aproximación sucesiva) hasta lograr la conducta deseada (Martorell, 2019).

- Aprendizaje Social. Bandura (1925, como se citó en Papalia y Martorell, 2023) señala que los niños en gran medida aprenden observando e imitando modelos de su entorno, estos pueden ser sus padres, profesores, amigos u otros modelos sociales; y esto se presenta de manera natural en las primeras etapas de vida. Además, no solo se limita a comportamientos observados, sino también incluye la obtención de normas, valores y destrezas sociales; que dependen de variables ambientales, procesos cognitivos y de patrones de respuestas que modifican el medio interno y externo.
- Terapia Cognitiva. A partir de los años setenta se incorpora variables cognitivas (ideas, percepciones, atribuciones, creencias, etc) en la explicación de problemas del comportamiento y en el tratamiento. El desarrollo de este camino se deriva del enfoque cognitivo-semántico representado por Kelly, Ellis y Beck; en el cual, el trastorno psicológico es principalmente un desorden de pensamiento, donde el paciente distorsiona la realidad de manera peculiar de acuerdo con los rasgos, temperamentos y características propios del individuo. Para Kelly, las terapias cognitivas tienen orientación constructivista y está centrada en como las personas organizan perceptualmente el entorno, basado en constructos personales.

Por otro lado, Albert Ellis, en la terapia racional-emotiva reemplazó la escucha pasiva por una escucha activa y directiva, de tal manera que los pensamientos y las conductas irracionales pueden ser tratados de manera directa y consciente. Asimismo, en la terapia de Beck, es fundamental la identificación de los pensamientos automáticos para que el paciente analice de forma correcta cuando estas se sometan a una prueba con la realidad. Este modelo se puede entender mejor en el concepto de la triada cognitiva sobre la visión negativa de: sí mismo, el mundo y las experiencias presentes y sobre el futuro. Este enfoque es compartido por Ellis, Beck, Meichenbaum, Mahoney, Kahneman, Tversky, los cuales consideran que las cogniciones tienen rol causal en el comportamiento y no se explican exclusivamente por procesos de comportamiento (Olivares et al., 2022; Martorell, 2019).

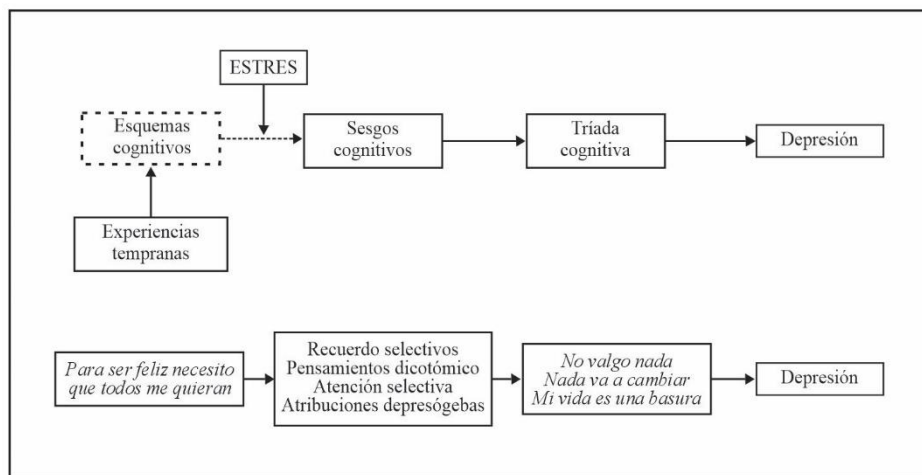
### **Modelos Cognitivos para la intervención en Depresión**

- Modelo Cognitivo A. Beck.- Este modelo cognitivo, postula que la depresión surge de patrones de pensamientos negativos y distorsionados que tiene el paciente sobre sí mismo, del mundo que lo rodea y sobre su futuro; además estos tipos de pensamiento se originan en creencias negativas formadas por experiencias tempranas y que se van consolidando a lo largo del tiempo. Esta teoría hace referencia que las personas con depresión tienden a interpretar sus experiencias de manera sesgada, centrándose en lo negativo y empujando lo positivo, lo que genera sentimientos de desesperanza y falta de valía. Los esquemas básicos se desarrollan en la niñez y sirven para constituir su sistema cognoscitivo

determinando qué situaciones serán estimadas importantes y qué aspectos de la experiencia serán relevantes para tomar decisiones. Existen los esquemas incondicionales que son proposiciones absolutas como, por ejemplo: “soy inútil”, “no merezco ser querido” y los esquemas condicionales que son proposiciones no absolutas como, por ejemplo: “Sino lo realizo todo impecable, no valgo nada”, “Si la gente no me aprecia, no puedo ser feliz”. (Olivares et al., 2022).

**Figura 2**

*Modelo Cognitivo de Beck para la Depresión*



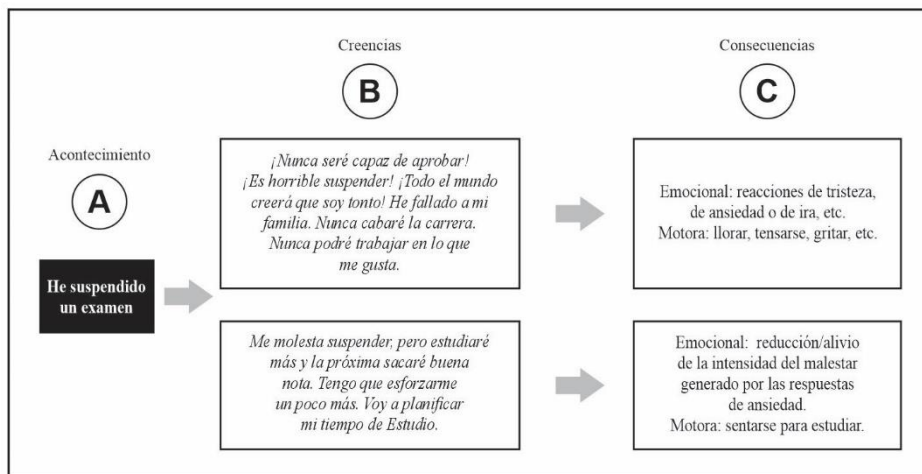
Fuente. Olivares et al. (2022)

- Modelo ABC de Albert Ellis.- Es un modelo de intervención psicológica en el que se resalta los sistemas de creencias en los problemas y trastornos, el cual se encuentra implicada las emociones. El proceso explicativo refiere que A (Activador) en el acontecimiento activante, un evento real y exterior que desencadena una reacción emocional, B (Belief) este segundo componente se relaciona con las creencias de la persona sobre el efecto

activador y estas creencias pueden ser lógicas o irracionales y C (Consecuencia) aborda las consecuencias emocionales y conductuales que surgen de las creencias del individuo sobre el evento activador. Es decir, que el origen de las respuestas alteradas ya sea en forma de emoción u otro tipo de reacción, reside en las creencias que se activan frente a un acontecimiento específico. Estas creencias pueden contribuir a la adaptación o, por el contrario, interferir en ella, incluso impidiéndola. Por ejemplo, las creencias favorables fomentan la autoayuda y autosuperación, generando emociones positivas, mientras que las creencias desfavorables desencadenan secuencias de reacciones alteradas que dan lugar a emociones como la tristeza, la rabia o el enojo. (Olivares et al., 2022).

**Figura 3**

*Modelo ABC de Albert Ellis*



Olivares et al. (2013)

### **Terapia Cognitiva Conductual**

Por los trabajos realizados en las teorías del aprendizaje, los procedimientos de

modificación conductual, la explicación y el tratamiento en el modelo conductual cognitivo; la segunda línea de investigación está representada principalmente por Meichenbaum, Mahoney, Kahneman y Tversky; pues, con ellos, se terminó de instaurar los tres grupos de estrategias y metodologías para el tratamiento de cogniciones desadaptativas. El primer grupo, se encuentran los tratamientos racionales, donde el paciente identifica sus cogniciones desadaptativas, reconoce que es perjudicial y lo reemplaza por otras más apropiadas. El segundo grupo, se establece el entrenamiento para el manejo de situaciones, pues su objetivo es enseñar habilidades para hacer frente a situaciones estresantes. Y el tercer grupo, está contemplado, el entrenamiento en resolución de problemas, mediante el cual se prepara a la persona en la búsqueda de una metodología sistemática para abordar diferentes dificultades o situaciones problemáticas (Olivares et al., 2022).

Taira (2022) hace referencia que la TCC surge como un modelo de intervención, tanto individual como grupal, de tratamiento único o junto con otros para el abordaje de diversos trastornos mentales como: Trastorno de ansiedad, depresivos y sus derivados, trastorno obsesivos compulsivos, trastornos de personalidad, trastorno de estrés postraumático, entre otros; y está basada principalmente en que el paciente logre modificar sus pensamientos, emociones y conductas disfuncionales por otras que sean adaptativas.

Lo más destacado de la terapia cognitivo-conductual es su enfoque en unir lo que se puede observar en el comportamiento de una persona con sus pensamientos internos, que abarcan creencias, opiniones y otras construcciones mentales. El propósito principal de la terapia Cognitivo-Conductual es

promover cambios tanto en el comportamiento como en el pensamiento y las emociones, eliminando patrones de conducta no saludables. Posteriormente, se fomenta la creación y el entrenamiento de nuevas conductas más adaptativas mediante el uso de técnicas y recursos de afrontamiento (Ruiz, 2012, como se citó en Yañez, 2022).

Por otro lado, para Lautaro (2020) la efectividad de la psicoterapia ha sido estudiada en las diferentes intervenciones terapéuticas, en los estilos del profesional psicoterapeuta, en la relación del modelo de terapia-trastorno mental y en la duración de la terapia cognitivo conductual; demostrando una eficiente evidencia empírica a nivel nacional e internacional y recomendado por los diferentes ministerios de salud en sus diferentes guías clínicas.

### **Técnicas de la Terapia Cognitiva Conductual**

A continuación, se mencionan técnicas que se introducen en las terapias cognitivo conductual.

- **Psicoeducación.** La psicoeducación en la aplicación de la TCC, parte de Ellis (1980), quien a través del modelo ABC, incita a que el paciente comprenda su experiencia desglosándola en interacciones y componentes; así mismo, en el modelo TREC, permite entender interpretaciones y hechos, lo cual facilita la aceptación de la información lo que a su vez permitirá entender la causa o relación entre consecuencias emocionales y conductuales, situaciones activadoras y sus respectivos pensamientos. Además, brinda al usuario o paciente un análisis funcional de su problema, donde se comprende el proceso de la afectación y la lógica del tratamiento. Los principales objetivos son: evaluar y reducir el riesgo, promover la razón

del problema, llegar a un consenso de los objetivos y motivar hacia el tratamiento (González, 2020).

- Autoinstrucciones. De acuerdo con Caballo (2007), este enfoque se emplea para alterar el monólogo interno de un paciente, dado que a veces su modo de pensar puede interferir en la ejecución o manejo de tareas específicas; refiere que, para lograrlo, se utilizan expresiones motivadoras y pensamientos adaptativos con el fin de capacitar al individuo para enfrentar la situación de manera más efectiva. La técnica de autoinstrucciones se desarrolló por Meichenbaum (1969, citado en Ogilez et al., 2022), aplicándola a la TCC, cuyo objetivo se centra en el diálogo interno, pues al enseñarle a sustituir o modificarlo, este podrá cumplir una función adaptativa; para ello, se enseña a generar nuevas autoverbalizaciones frente a problemas, situaciones o contextos; obteniendo finalmente un cambio en la respuesta.
- Respiración. La técnica respiración, según refieren Díaz et al. (2011, como se citó en Guizado, 2022), se aplica a TCC como medio para reducir los niveles de activación, teniendo el objetivo de optimizar la funcionalidad del uso de los pulmones y a su vez regular el ritmo de respiración en situaciones donde se altera su respiración; en consecuencia, la persona reduce la activación y mejora la sensación de bienestar. Este método consta de dos movimientos fundamentales: la inspiración y la expiración manteniendo el tórax inmóvil. Con este proceso de respiración se logra un estado de equilibrio que permite minimizar los niveles de activación en general (Roig, 2020).

- Técnica de tres columnas. Beck (1997, como se citó en Flores, 2019), implementó la técnica de tres columnas a la TCC, explicando que tiene como objetivo reconocer los pensamientos automáticos producto de las interacciones entre la situación, el pensamiento, la emoción y la conducta; así mismo, respecto a su desarrollo, refiere que es un registro diario, donde en la primera columna se registran los pensamientos negativos que ha obtenido, en la segunda columna se anotan los pensamientos automáticos asociados a esa situación o su distorsión, y finalmente, en la tercera columna, después de haber analizado y discutido esos pensamientos, se registran pensamientos alternativos al pensamiento.
- Resolución de problemas. De acuerdo con D’Zurilla y Nezu (1999, como se citó en Taira, 2022) es una técnica diseñada para incrementar la habilidad que tiene una persona en la solución de problemas, es decir, le permite enfrentar las experiencias negativas o estresantes que pueda tener en el transcurso de la vida y lograr identificar una forma eficaz de afrontar los problemas. El objetivo de esta terapia es desarrollar recursos psicológicos que reduzcan la sintomatología depresiva leve en la persona, así como desarrollar un apropiado funcionamiento psicológico y afrontamiento conductual para prever recaídas. La resolución de problemas aplicada a la TCC tuvo como precedente a D’Zurilla y Nezu (1971, citado en Ogilez et al., 2022), donde señalan que deben realizarse cinco fases: orientación, delimitaciones y formulación, generación de alternativas toma de decisiones y aplicación y, verificación de resultados.

### **Depresión infantojuvenil según la Terapia Cognitiva Conductual (TCC)**

Es sabido que la Terapia Cognitiva Conductual tiene un efecto prometedor en la disminución de sintomatología depresiva, pues Beck et al. (1979, citado en Cuzco, 2022) afirman que esta intervención estructurada, directa y de tiempo limitado se implementa para tratar la depresión, fobias, dolor en relación a otros y ansiedad; además, esta terapia cuenta con técnicas de registro de pensamiento, conductas y sentimientos subjetivos interpretadas como objetivas (Patterson, 2019), por lo que, desde la etapa de adolescencia, al no ser tratada y diagnosticada a tiempo afecta su salud mental en el ámbito social, afectiva, académica, entre otras (Kong, 2020).

Respecto a la Terapia Cognitiva Conductual en adolescentes, Williams (2021), sostiene que esta se centra en la problemática mental y psicológica, dirigiéndose directamente a elementos distorsionados e irracionales que cumplen una disfunción que afecta su desarrollo mental integral y psicológico. Así también Armstrong (2021) sostiene que la efectividad dependerá de la amplitud exploratoria que permita a la terapia ajustarse a las características y necesidades del caso del adolescente, por lo que se debe investigar adecuadamente durante la entrevista tanto con el menor, con los padres del núcleo familiar y con elementos presentes en el ámbito social y escolar.

Tomando en cuenta estos datos, esta terapia enfocaría sus esfuerzos en la transformación emocional, cognitiva y comportamental en el adolescente para garantizar su desarrollo psicológico e integral que lo integre socialmente. En concordancia, Navarro (2018) afirma que el paciente infantojuvenil mejora al disminuir las respuestas depresivas a través de la asignación gradual de tareas en un programa de actividades, pues logra incrementar el ritmo de actividades,

capacidad de disfrute y sentido de competencia.

## **Antecedentes**

### **Antecedentes nacionales**

Mendoza (2023) realizó un estudio de intervención cognitivo conductual en una adolescente de 16 años que presentaba depresión desde los 12 años. Se aplicó una metodología experimental de tipo preexperimental, pues de intervino a partir de la introducción del paciente a la terapia con enfoque cognitivo conductual en un periodo de 6 meses a través de 13 sesiones. Los hallazgos demuestran que tras la intervención se redujo significativamente la depresión y su sintomatología, así como se redujeron los pensamientos negativos, comportamientos desadaptativos y disfuncionales. El estudio concluye que la intervención cognitiva conductual en la depresión promueve cambios conductuales y cognitivos que reemplazan las creencias irracionales por ideas racionales y flexibles.

Candela (2022) aplicó una intervención para determinar el efecto de un programa de intervención con enfoque cognitivo conductual para reducir el nivel de depresión en un adolescente varón de 18 años que presenta depresión moderada. Se utilizó un método de diseño experimental de tipo explicativo; para la evaluación se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Los resultados demostraron que existe diferencias significativas en la depresión antes y después de la intervención bajo el enfoque cognitivo conductual ( $z > 1.96$ ,  $p < .05$ ); así mismo disminuyeron los niveles de depresión. El estudio concluye que el programa cognitivo conductual disminuye el nivel de depresión en el/la adolescente y sujetos con

características similares.

En un estudio realizado en Lima por Feijoo (2021), se investigó un caso de estudio clínico, con el objetivo de aplicar un programa de intervención cognitivo conductual frente al trastorno de depresión, la muestra estuvo conformada por un único caso, una mujer. La metodología aplicada consideró un diseño de porte experimental a través de la aplicación de un programa con enfoque cognitivo conductual, el cual consta de 12 sesiones; además evaluó con los cuestionarios: Depresión de Beck (BDI-II), el Inventario Clínico Multiaxial Millón II, la Prueba de Matrices Progresivas Raven y el Inventario de Pensamientos Automáticos. Los resultados demostraron que, en la comparación pre test y post test, tras la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual; la depresión pasó de una sintomatología de depresión moderada (22 puntos) a sintomatología normal (4 puntos); así mismo, la escala esquizoide paso de 105 a 62, el indicador evitativo pasó de 102 (elevado) a 69 (sugestivo), el indicador derrotista paso de 98 a 58, el indicador distimia pasó de 96 a 37, la depresión pasó de 85 a 45 y el indicador dependiente pasó de 85 a 71; en cuanto a la prueba de inteligencia, no hubo diferencias; finalmente, en los resultados de pensamientos automáticos, paso de un puntaje de 8 (sufrimiento) a 2 (afección), por lo que se estima que aún presenta pensamientos que le afectan pero no presenta malestar. El estudio concluye la intervención logra modificar pensamientos distorsionados, el estado emocional del paciente y reducción de los síntomas del trastorno depresivo.

Inofente (2019) realizó un estudio para determinar los efectos del

Programa TECACOG (Técnicas Clínico-Activas y Cognitivas) en una muestra de 20 adolescentes de un centro de salud con edades desde 13 a 18 años. Se aplicó una metodología cuasi experimental, con un grupo de control y un grupo experimental, aplicándose como instrumento el Inventario de Depresión de Beck (BDI) antes y después de la intervención en el grupo experimental. Los hallazgos estadísticos demuestran que existe diferencia en los efectos intersujetos, obteniendo una significancia esperada menor a .05; así mismo, estos resultados son corroborados con los datos comparados, donde el grupo experimental obtuvo una disminución de la depresión (de una media de 23.3 a 13.1) a diferencia del grupo control (de una media de 20.4 a 21.1). El estudio concluye que el Programa TECACOG es eficaz para disminuir la depresión y sus sintomatologías en adolescentes.

#### **Antecedentes Internacionales**

Amador et al. (2021), en Colombia, realizaron un estudio de intervención cognitivo conductual para la depresión y ansiedad en cuatro pacientes mujeres con edades promedio de 24 años. Se aplicó una metodología bajo un enfoque bimodal, combinando el análisis de caso único y evaluación objetiva de síntomas de depresión; para lo cual, aplicó como instrumento el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad (BAI). Los resultados demostraron que existe un efecto del programa en las variables psicológicas de estudio, hallándose diferencias significativas antes y después de la intervención en la depresión (de una media de 18.82 a 4.4), comprendiendo así una remisión parcial de la sintomatología ( $Z = -2.323$ ,  $p = 0.010$ ); así mismo, en cuanto a la ansiedad, se halló diferencias

significativas antes y después de la intervención en la depresión (de una media de 12.62 a 4.09), comprendiendo así una remisión parcial de la sintomatología ( $Z = -2.173$ ,  $p = 0.03$ ). El estudio concluye que las pacientes obtuvieron mejoría tanto en depresión como en ansiedad a partir de la intervención cognitivo conductual.

Bautista-Díaz et al. (2021) realizaron una investigación en México con el fin de intervenir en la reducción de estrés, ansiedad y depresión de 44 jóvenes de una institución educativa superior con edades desde 18 a 24 años. Se aplicó un estudio metodológico cuasi experimental, tomándose como instrumentos la Escala de Estrés Percibido, Escala de Depresión Hospitalaria y Escala de Ansiedad; además, la intervención breve se basó en psicoeducación y terapia cognitiva conductual. Los resultados demuestran que la terapia cognitiva conductual tiene efectos positivos en el cambio clínico del grupo experimental, reflejado en el test-post test, donde la depresión obtuvo una reducción del 25.9% al 18.5%, la ansiedad paso de 40.7% a 37% y el estrés se redujo de 11.1% a 33.3%. El estudio concluye que la terapia breve cognitivo conductual reduce la sintomatología del estrés, depresión y ansiedad.

Lacomba-Tejo et al. (2021), en España, elaboraron un estudio sobre la intervención cognitivo conductual para mujeres con trastorno depresivo persistente, para lo cual se intervino bajo el enfoque cognitivo conductual a 6 mujeres. La metodología contempla que el enfoque se aplicó de forma grupal en las etapas de pre-intervención, post intervención y seguimiento. Los instrumentos aplicados fueron el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo

(STAI), la Escala de Satisfacción Vital (SWLS) y el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II). Los resultados demuestran que existe diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en cada instrumento, siendo que, tras la intervención cognitivo-conductual: la ansiedad estado se redujo de una media de 46 a 31; la ansiedad rasgo se redujo de una de 14 a 32; la depresión se redujo de una media de 26 a 20; y, la satisfacción vital aumentó de una media de 14 a 18. El estudio concluye que se obtuvo una moderada y elevada mejoría subjetiva tras el cambio conductual y reducción de la sintomatología emocional, razón por la cual se da de alta a la mitad de la muestra; sin embargo, se continuó con el tratamiento psicológico individual a las demás mujeres.

Espinosa (2019), en Panamá, abordó una investigación con la finalidad de intervenir a través de un programa de terapia cognitiva en pacientes con depresión, para lo cual trabajó con una muestra de 10 pacientes jóvenes de 18 a 25 años de un centro de salud. La metodología aplicada demuestra un cuasi experimental, trabajándose con un mismo grupo antes y después; para determinar los hallazgos, se midió las variables con el Inventario de Depresión de Beck, entrevistas psicológicas y el registro de pensamientos distorsionados. Los resultados hallados demuestran que el programa de terapia cognitiva tiene un efecto en la depresión, pudiendo disminuir los rangos de 21-40 (depresión severa) a 0-16 (depresión ligera o normal). El estudio concluye que la intervención terapéutica disminuye los síntomas depresivos.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. Contextualización y justificación del problema**

Las personas encuentran dificultades para gestionar sus emociones y su estabilidad en la medida que las demandas del entorno exponen las limitaciones para afrontar los problemas. Esta situación ocasiona fluctuaciones y decaídas en el estado de ánimo, afectando con mayor intensidad a quienes no tienen la experiencia de vida o exposición suficiente para conocer cómo abordar los problemas, como es el caso de los adolescentes, quienes inician procesos de cambios abruptos no solo a nivel físico y cognitivo, sino para dar respuesta a la adaptación emocional y social. En consecuencia, los adolescentes podrían presentar trastornos psicológicos en la medida que no tengan un acompañamiento debido antes situaciones difíciles, limitando su capacidad de desarrollo personal y a su vez contribuyendo al desarrollo de síntomas depresivos (Lineamientos para atención del intento de suicidio en adolescentes, 2018).

Por otro lado, Pesantes (2019), miembro de la sociedad peruana de psiquiatría infanto-juvenil sostiene que existen diversos causales de depresión, dentro de los cuales puede destacarse sobre los demás la ausencia de uno o dos de los padres, sea por causal de muerte o abandono; así también, se debe tener en cuenta que en épocas de covid-19 se provocó una brecha generacional que interrumpe el ciclo de vida natural de la familia. Es así que se interrumpe repentinamente la garantía básica de protección y seguridad de los menores. Por tanto, es necesario crear una base de seguridad emocional que proporcione seguridad y confort de forma continua y que permanezca en el tiempo.

La adolescencia es una etapa de transición de madurez que comprende

constante presión por parte de los padres, expectativas sociales y académicas, así como de exigencias emocionales con sus compañeros y conflicto de vinculación con los padres, lo que ocasiona cambios drásticos en su comportamiento. Además, se debe tomar en cuenta que están expuestos a experiencias negativas de su medio social, sobre todo por las características de exploración propio de su etapa, pudiendo llevarlos a experimentar trastornos mentales según la complejidad traumática de determinadas experiencias (OMS, 2020); al respecto, la OMS (2021) refiere que por lo menos uno de siete adolescentes que tienen de 10 a 19 años sufre un trastorno mental, siendo la depresión y otros trastornos causantes de enfermedad o discapacidad, llevándolos incluso a su muerte.

Es así que la depresión como trastorno mental se encuentra presente como factor de riesgo en los adolescentes que experimentan sentimiento de tristeza constante, pérdida de interés por actividades de disfrute, sentimiento de culpa, cansancio, desgano, falta de concentración, autoestima dañada, pérdida de sueño, aislamiento respecto a sus pares, así como cambios abruptos respecto a cómo piensa, siente y se comporta que le lleven a experimentar problemas físicos, emocionales y funcionales (Organización Panamericana de Salud, 2023). Por ello se requiere intervención en casos donde la sintomatología depresiva presente en los adolescentes afecte significativamente su autonomía y funcionalidad.

En el contexto internacional, la OMS (2020) informa que de 300 millones de personas que presentan trastorno de depresión, por lo menos el 20% de ellos son adolescentes y han sufrido desde una vez un episodio depresivo. En respuesta a esta realidad, estudios como los realizados por Amador et al. (2021), en Colombia, Bautista-Díaz (2021), en México, y Espinosa (2019) en Panamá, sostienen que a

partir de la intervención con terapia cognitiva conductual en pacientes con depresión se obtiene una mejoría en la sintomatología, pasando de una depresión severa o moderada a normal.

En el contexto nacional, el MINSA (2018), informó que alrededor de 7.6% de la población adolescente presenta depresión, determinando así que alrededor de 295 mil de ellos presenta limitaciones de relaciones sociales, dificultades en el pensamiento, conductas y emocionales; así también. Al respecto, se reportan estudios de intervención mediante el enfoque cognitivo conductual, donde Inofuente (2019), en Arequipa, reporta que el programa de intervención con enfoque cognitivo conductual disminuye la depresión, pasando de una media de 23.3 a 13.1, obteniendo sintomatologías en el rango de la normalidad sin depresión.

En el contexto local, Lima rural presentaría una variación de alrededor del 4% de presencia de depresión en adolescentes (MINSA, 2018). Al respecto, estudios de intervención como el presentado por Mendoza (2023) ratifica que la intervención con enfoque cognitivo conductual reduce la sintomatología de la depresión, promoviendo finalmente pensamientos funcionales y racionales; así también, Cabanillas (2022) refiere que en su estudio al aplica el mismo enfoque, redujo la depresión tras 17 sesiones, obteniendo como resultante además nuevas conductas y aumento de la funcionalidad del paciente en el área social, personal y familiar.

Para este estudio, se presenta como caso clínico la intervención con enfoque cognitivo conductual para desarrollar recursos psicológicos que reduzcan la sintomatología depresiva leve en una adolescente de 15 años, la cual llega a consulta a partir de dar positivo en el tamizaje Self Reporting Questionnaire – SRQ 18.

**Motivo de consulta.** Menor llega al servicio de psicología, por interconsulta del servicio de Obstetricia, al dar positivo a los tamizajes VIF y SRQ-18. Llega acompañada de su padre, manifestando que: “se siente mal, con tristeza, desanimada, preocupada y con desesperanza”. La menor es natural de Rioja - San Martín, vive actualmente en el distrito de Quilmaná-Cañete, soltera, le gusta escuchar música y congrega a la Iglesia Adventista de su jurisdicción. En los antecedentes personales y familiares se encontró que la usuaria nació en casa con partera, es la segunda de tres hermanos (el primero de 18 años y la tercera de 13 años). Tiene buena relación con el padre y mala relación con la madre.

En la primera sesión manifiesta que más de dos meses, se siente mal preocupada y tensionada: “veo televisión hasta tarde, no puedo conciliar el sueño, me quedo dormida plan de 2 o 3 de la mañana y me levanto a las 5 o 6 de la mañana”, “al levantarme no tengo energía, me siento cansada” “me olvido de los pendientes o las cosas que tengo que realizar y de manera frecuente me duele la cabeza”, “me siento culpable que mi mamá nos haya abandonado”.

A su vez, considera que: “tuve una infancia triste, nada bonito por recordar”, “siempre me trataron mal”, “no me sentía querida”, “en alguna oportunidad mi mamá me dijo que no era su hija”.

A los 4 años recuerda que su mamá los abandonó “ella se fue vendiendo las pocas cosas que tenía”, “me dejó enferma”, “no le importó, no le interesó”, “me quedé al cuidado de mi papá”, “él tuvo que vender algunos terrenos, y las pocas cosas que le quedaban para poder alimentarnos”.

Poco tiempo después, “mi mamá apareció”, “dijo que se quedaría con nosotros, que nos iba a cuidar”, pero no fue así, todo lo contrario “mi mamá nos

golpeaba e insultaba. Al ver esta situación, “mi papá nos llevó a vivir a otro lado, un caserillo lejos de la ciudad”, “no había luz ni agua”, “era muy triste vivir en ese lugar”.

A los 8 años: “asumí la responsabilidad de mi hogar”, “cocinaba y atendía a mi papá y a mis hermanos”, “tenía que cocinar bien, sino mi papá me gritaba”, “en ocasiones se me pasaba la sal y en otra no tenía sabor” “cuando pasaba ello, mi papá me insultaba y castigaba” “a esa edad “mi hermano me golpeaba”, “me decía que me tenía cólera, odio y rencor, porque le hacía recordar a mi madre”

En la etapa escolar: “sufría de bullying”, “mis compañeros me trataban mal, se burlaban de mi”, “me humillaban”, “me decían, la huérfana, la sin mamá”. “en las actividades escolares, todos mis compañeros asistían con sus papás”, “yo no tenía con quien asistir”, “me sentía muy mal”.

A los 13 años: “conocí a un chico, fue mi primera pareja”, “a esta misma edad comencé mi vida sexual”, “lo único que buscaba era escapar de casa, de los malos tratos de mi papá y de mi hermano” “logré escaparme, los primeros días, estaba tranquila”, “pensé que mi vida mejoraría”, pero no fue así, poco tiempo después, mi pareja me violentaba física y psicológicamente”, “sentía mucha rabia, tristeza y dolor”.

A los 14 años: “regresé con mi padre y mis hermanos, le conté que sufría de violencia”, “les dije que me perdonen, que quería regresar a casa”, “mi papá nos dijo que íbamos a viajar”, “que había encontrado un trabajo, lejos de donde vivíamos”

A inicio de este año: “sentía mucho dolor”, “quise hacerme daño”, “tuve idea suicida”, “lo pensé muchas veces, pero al final me arrepentí”, “tuve mucho

miedo”, “sabía que estaba mal”, “si me hacía daño y algo me pasaba, Dios se iba a molestar”, “hace algunos meses, he conocido un chico”, “siento que es diferente, con el me siento querida y respetada”, “le conté todo lo que me ha pasado y siento que me comprende”

Hace algunos días, “he recibido la llamada de mi madre”, “me llama para atormentarme”, “me hace sentir mal”, “me llama solo a mí, con mis hermanos no tiene comunicación”, “no tenía mi número de celular, pero lo ha conseguido”, “no sé que quiere”, “de nuevo me he sentido mal, he recordado mi niñez”, “de nuevo me siento triste, no tengo fuerzas”, “no tengo ganas de comer, me puedo pasar un día entero, sin probar alimento”.

**Observación Conductual.** La usuaria viste de acuerdo con su edad, sexo y contexto, de contextura delgada y estatura promedio, de tez clara y cabello negro, se encuentra aseada y vestimenta conservada. Se encuentra orientada en espacio, tiempo y persona. Se visualiza estado de intranquilidad y de tristeza en la entrevista. Tiene contacto visual y expresa sus ideas de manera coherente y secuencial. Su lenguaje es claro, con tono y volumen promedio y se muestra colaboradora en todo momento.

**Componentes Examinados.**

- Motor: Pereza, cansancio, en ocasiones no tiene fuerzas para realizar actividades. (6 meses)
- Fisiológico: Insomnio (6 meses) y alteración del apetito (4 semanas)
- Cognitivo: Poca concentración, se olvida de algunas cosas, Autoestima disminuida, valoración de entorno negativo. (4 semanas)
- Emocional: Sentimiento de culpa, abatimiento y tristeza. (+ 6 meses)

**Análisis Topográfico.** El estado de ánimo informado por la usuaria en una escala de 0 a 10 en el momento de la entrevista es de 3, la misma puntuación al momento de indagar dos semanas previas. La cantidad de tiempo diario dedicado a actividades placenteras es 1 dado que sus únicas distracciones es escuchar música y asistir a su congregación, pero ésta última, se encuentra cerrado por pandemia. Alteración de tipo cognitivo incluye pensamientos de culpabilidad y desesperanza con frecuencia diaria.

**Análisis Funcional.** La conducta problema principal (R) es el estado de ánimo depresivo y la segunda conducta problema es el intento suicida. En cuanto a los antecedentes (E) la principal variable estimular presente y con capacidad de originar conductas problemáticas es el conflicto que tiene con la madre sin resolver, pues esta situación produce pensamientos descalificativos y de culpabilidad y que actúa también en el estado de ánimo bajo que se generaliza y se proyecta a futuro. Respecto a la variable de vulnerabilidad (O) destaca el deficitario de los problemas que angustia a la usuaria, la cual, presenta una marcada incapacidad para tomar decisiones.

**Tabla 1***Impresión diagnóstica: Episodio Depresivo Leve (F33.0)*

Estímulos antecedentes	Conducta	Estímulos Consecuentes
<p>Externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ver a su madre</li> <li>- Hablar y/o discutir con su madre</li> <li>- Cuando la madre niega la niega como su hija</li> <li>- Observar caseríos lejos de la ciudad, sin luz ni agua.</li> <li>- Hermano menciona que ella le recuerda a su madre</li> <li>- Bullying</li> </ul> <p>Interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensar en su madre</li> <li>- Recordar sucesos del pasado respecto a discusiones y frases que le dijo su madre</li> <li>- Recordar que su madre la abandonó a los 4 años</li> <li>- Recordar que su padre tuvo que vender sus bienes para poder subsistir sin su madre</li> <li>- Pensar en hacerse daño</li> </ul>	<p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Soy inútil”</li> <li>- “No me quieren”</li> <li>- “Hago las cosas mal”</li> <li>- “me siento culpable que mi mamá nos haya abandonado”</li> <li>- “tuve una infancia triste, nada bonito por recordar”</li> <li>- “siempre me trataron mal”</li> <li>- “no me sentía querida”</li> <li>- “me dejó enferma”</li> <li>- “no le importó, no le interesó”</li> <li>- “mi mamá nos golpeaba e insultaba”</li> <li>- “quise hacerme daño, lo pensé muchas veces, pero al final me arrepentí”</li> <li>- “Me voy a equivocar con mis decisiones”</li> </ul> <p>Emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Malestar emocional (8/10)</li> <li>- Preocupación (8/10)</li> <li>- Intranquilidad (5/10)</li> </ul> <p>Psicológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteración de sueño</li> <li>- Alteración de apetito</li> <li>- Alteración del ánimo</li> <li>- Cansancio continuo</li> <li>- Alteración en la evocación de recuerdo de actividades cotidianas</li> </ul> <p>Motor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Discute verbalmente con su madre</li> <li>- Ve televisión hasta tarde</li> <li>- Dolor de cabeza</li> </ul>	<p>Externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Llorar cuando se encuentra sola</li> <li>- Comer poco en general, poco apetito</li> <li>- Evita socializar</li> <li>- Evito entablar conversaciones largas con mi mamá</li> <li>- Evita no comunicarse con su mamá</li> </ul> <p>Internos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pienso que puedo expresarme en soledad porque no me entienden los demás.</li> <li>- Pienso que si no subo de peso las personas y mi familia me percibirán más agradable.</li> <li>- Pienso que su no me expongo me van a juzgar menos de lo usual.</li> <li>- Me siento cansada y evitando a mi madre habrá menos discusiones.</li> <li>- Pienso que mi mamá podría volver a desaparecer.</li> </ul>

Tomando en cuenta el caso de estudio, así como el método de intervención clínica bajo el enfoque cognitivo conductual, que cuenta con mayor apoyo empírico, bajo dicho enfoque, se implementará la modificación de conducta disfuncionales, pensamiento y actitudes desadaptativas que dan lugar a la sintomatología depresiva a partir del registro de interpretaciones de las experiencias negativas, irritabilidad, baja autoestima y tristeza, así como sus registros de pérdida y fracaso. Para ello, el tratamiento cognitivo conductual promoverá la generación de nuevos pensamientos y aumento en el repertorio conductual que le permita actuar de forma realista y habituada frente a las dificultades.

En cuanto a la justificación de este estudio, se aporta a nivel teórico a través de la consolidación de la intervención bajo el enfoque teórico, demostrando su validez teórica, promoviendo a su vez la solidez de su aplicabilidad para casos de depresión, evitando la orientación por otras teorías de contenido dudoso cuya aplicabilidad podría ser contraproducente para los pacientes. Es así que este estudio contribuye al ratificar la vigencia del modelo teórico cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión.

En cuanto a la justificación metodológica, este estudio proporciona un programa de intervención con evidencia de eficiencia y efectividad en sesiones (8). Por lo tanto, este estudio de caso se desarrolla en el marco de un programa de utilidad práctica; así como aporta a la recuperación de los pacientes con depresión brindando pautas precisas de modificación de conducta, cognitivo y emocional.

Sobre la justificación práctica, el programa de este estudio establece la implementación de técnicas bajo el enfoque cognitivo conductual con efecto

positivo en el tratamiento de la depresión, así como complementar estrategias conocidas por otros profesionales bajo el mismo enfoque, proporcionando herramientas útiles y efectivas para la intervención en consulta con los adolescentes.

### **3.2. Intervención**

- **Objetivos de intervención e indicadores de logro**

#### **Objetivo General**

Reducir la sintomatología depresiva leve en una adolescente a través de una intervención psicológica bajo el enfoque cognitivo conductual.

#### **Objetivos específicos**

- Reducir los síntomas de disforia en una adolescente a través de una intervención psicológica bajo el enfoque cognitivo conductual.
- Reducir la autoestima negativa en una adolescente a través de una intervención psicológica bajo el enfoque cognitivo conductual.

#### **Indicadores de logro**

Se espera que la adolescente alcance mediante la intervención psicológica lo siguiente:

- La adolescente disminuye sus niveles de sintomatología depresiva leve.
- La adolescente disminuye los síntomas de disforia.
- La adolescente disminuye la autoestima negativa.

- **Público objetivo de intervención**

La muestra estuvo constituida por una adolescente de 15 años que presenta depresión, soltera y vive en una provincia de Lima.

- **Descripción del programa de intervención**

#### **Plan de intervención**

El plan de intervención psicológica se realizó de manera individual, fue de forma presencial en el centro de salud y se desarrolló desde la tercera semana del mes de octubre a hasta la última semana del mes de diciembre del año 2021.

La intervención consistió en:

El plan debe tener:

- **Primera Sesión:** Se realizó entrevista psicológica y observación conductual para adquirir información de la usuaria. Antes de ello, se expuso sobre la metodología de trabajo, en qué radican las sesiones, la adecuada utilización de equipos de protección y cuidado personal.
- **Segunda Sesión:** se realizó la evaluación de depresión; mediante el cuestionario de depresión infantil (CDI); ya que se contaba con la información de la entrevista psicológica y observación conductual.

Posteriormente se intervino con seis sesiones donde se aplicó técnicas cognitivo conductual; los cuales fueron los siguientes: psicoeducación, autoinstrucciones, respiración, técnicas de tres columnas, resolución de problemas y prevención de recaídas.

Por último, se efectuó el post test del cuestionario de depresión para medir las mejoras de la sintomatología depresiva. Todas las sesiones tuvieron una duración de 45 minutos cada una.

A continuación, en la Tabla 2 se presenta a detalle de cada sesión y en la Tabla 2 se presenta el cronograma de participación de la intervención.

**Tabla 2***Diseño de plan de intervención*

<b>Sesión</b>	<b>Actividad</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
1	Entrevista psicológica	Adquirir información del usuario.	Anamnesis psicológica	45 minutos
	Observación conductual	Recoger información mediante lo observado	Hoja y lapicero	30 minutos (durante la E.P.)
2	Cuestionario de depresión infantil	Complementar el diagnóstico y valorar la gravedad	Hoja de respuesta del CDI	45 minutos
3	Psicoeducación	Disminuir la sintomatología depresiva al fomentar la comprensión del problema	Hoja de papel bond A-4, lápiz y borrador	45 minutos
4	Autoinstrucciones	Incrementar la autoestima al incentivar a mejorar el dialogo interno del usuario	Discurso, hoja de papel bond A-4, lápiz y borrador	45 minutos
5	Respiración	Disminuir los síntomas de disforia al regular la actividad metabólica del organismo	Discurso, hoja de papel bond A-4, lápiz y borrador	45 minutos
6	Técnica de tres columnas	Incrementar la autoestima al reconocer los pensamientos automáticos en una	Hoja de papel bond A-4, lápiz y borrador	45 minutos

determinada situación

7	Resolución de Problemas	Disminuir los síntomas de disforia al buscar posibles alternativas factibles para la solución del problema	Discurso, hoja de papel bond A-4, lápiz y borrador	45 minutos
8	Prevención de recaídas	Comprobar si se logra las conductas deseables en la adolescente	Lista de conductas deseables	

**Tabla 3**

*Cronograma de intervención por sesiones*

CRONOGRAMA DE INTERVENCION PSICOLOGICA													
N	ACTIVIDAD	MES											
		OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
		S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
1°	Entrevista psicológica a la madre y a la adolescente			X									
2°	Aplicación del Cuestionario de depresión infantil (CDI)				X								
3°	Técnica de Psicoeducación					X							
4°	Técnica de Autoinstrucciones						X						
5°	Técnica de respiración								X				
6°	Técnica de tres columnas									X			
7°	Técnica de resolución de problemas										X		
8°	Aplicación del Cuestionario de depresión infantil (CDI); y, Técnica de Prevención de recaídas												X

- **Metodologías empleadas según el programa**

*Descripción de los instrumentos utilizados*

*Se utilizaron las siguientes herramientas para recopilar datos:*

**Cuestionarios y/o instrumentos de evaluación: Validez y confiabilidad**

Para la presente intervención se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos:

- a) Entrevista semi estructurada: Es uno de los elementos más importante de todo el proceso de intervención, ya que permite recoger información útil, sistemática, clara y concosa; donde el entrevistador pone los límites de tiempo, lugar y rol del profesional (Ríoz, 2019).
- b) Observación conductual: Técnica que centra la atención en las expresiones, comportamientos y respuestas no verbales para evaluar la coherencia de los datos y poderlos contrastar con otras técnicas utilizadas en la intervención (Swartz, 2021).
- c) Cuestionario de Depresión Infantil (CDI): Es una herramienta diseñada para evaluar aspectos emocionales, cognitivos y conductuales relacionados con la depresión en niños y adolescentes. Su objetivo es detectar y evaluar la presencia y gravedad de la depresión en esta población, siendo útil tanto en contextos clínicos como de investigación para orientar el diagnóstico y el tratamiento adecuado. El CDI abarca una amplia gama de síntomas depresivos y se completa en aproximadamente 15 a 20 minutos. Su puntuación e interpretación se basan en la suma de las respuestas del niño, y cuenta con puntos de corte para facilitar la interpretación de los resultados. El CDI es valioso para

la detección temprana de la depresión, así como para el apoyo en el diagnóstico y tratamiento de niños y adolescentes con síntomas depresivos. Respecto a su validez, Ventura-León et al. (2020) reportan que, en una muestra de 1059 adolescentes, se halló que el instrumento cuenta con cargas factoriales fuertes en su análisis exploratorio, corroborado por el análisis estadístico de análisis factorial confirmatorio según los índices de bondad de ajuste ( $CFI \geq .97$ ,  $RMSEA \leq .04$ ). Respecto a la confiabilidad del instrumento, se encontró adecuada consistencia interna ( $\omega > .80$ ).

Bajo el enfoque de intervención Cognitivo Conductual, se explican las técnicas con validez teórica:

- d) Técnicas de psicoeducación: Se explica al usuario el análisis práctico del problema para que pueda comprender el proceso del trastorno depresivo y el entendimiento del tratamiento, se le explica también que, al no buscar solución al problema que le aqueja, el malestar se mantendrá e incrementará con el tiempo (Espada et al., 2022).
- e) Técnicas de autoinstrucciones: Esta técnica consiste en observarse a uno mismo y registrar el diálogo interno que se tiene durante una conducta o situación determinada. Esto tiene como objetivo conocer los pensamientos o auto verbalizaciones que surgen en la persona, y esta a su vez pueda establecer reglas generales para guiar la conducta del usuario o paciente. Además, se busca eliminar los pensamientos que pueden interferir o ajustar las verbalizaciones del individuo de acuerdo con las demandas de la tarea. La finalidad de esta técnica es lograr que

el sujeto introduzca cambios en sus pensamientos para modificar su comportamiento manifiesto. Es decir, mejorar su nivel de habilidad en una tarea, aumentar el autocontrol de su comportamiento o encontrar soluciones a problemas (Caballo, 2007).

- f) Técnica de respiración: Para la aplicación de esta técnica, en primer lugar, se establece un clima de confianza con el usuario, enseguida se da a conocer los beneficios la técnica de respiración que permitirá un estado de relajación, después se instruye al usuario realizar adecuadamente la respiración diafragmática, una vez realizado debidamente se invita al usuario a mantener cerrados los ojos y escuchar la voz del facilitador que guía por algún escenario de forma particular, el cual fue elegido de acuerdo a las predilecciones de la persona que se está interviniendo (Larios et al., 2018).
- g) Técnica de tres columnas: El usuario aprende a registrar todos sus pensamientos automáticos, para que con evidencia clara y precisa pueda generar interpretaciones realistas y útiles. Para ello se lleva un autoregistro de tres columnas donde la primera se apunte el escenario desencadenante del sentimiento desagradable, en la segunda columna se anota pensamientos autónomos relacionados con esa situación y con emociones negativas y por último en la tercera columna se registre pensamientos electivos tras valorar las evidencias (Taira, 2022).
- h) Técnica de resolución de problemas: La técnica se enfoca en enseñar al usuario a abordar los problemas que enfrenta mediante tres pasos esenciales. En primer lugar, aceptar la idea que, los problemas forman

parte del día a día, en segundo lugar, el usuario siempre debe de tratar de hacer lo mejor para resolver el problema, así se equivoque en el intento y en tercer lugar no sirve de nada culpabilizarse ni sentirse mal por no agenciar bien el problema, por lo contrario, se puede empeorar o generar otro problema (Espada et al., 2022).

- i) Técnica de prevención de recaídas: Busca poner en práctica o repasar las estrategias utilizadas que dieron resultado en la etapa de resolución de problemas, la cual permite fomentar la actitud automática de afrontamiento de la adolescente ante cualquier situación estresante que pueda aparecer. En ocasiones se puede involucrar a la familia para que participe en las diversas tareas de exposición de consultante (Gomar y Bunge, 2012, citado por Zapata, 2020).

### **Procedimiento**

A continuación, se detalla el procedimiento de los instrumentos utilizados en el plan de intervención, los cuales son los siguientes:

- a) Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)

Primero, se da la siguiente instrucción a la adolescente: “Los chicos y las chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas agrupados. De cada grupo, tienes que señalar una frase que sea la que mejor describa cómo te has sentido durante las dos últimas semanas. Una vez que hayas terminado con un grupo de frases, pasa al siguiente”.

Segundo, no hay contestaciones correctas o incorrectas. Únicamente tienes que señalar la frase que describa cómo te has encontrado últimamente. Pon un (x) en el círculo que hay junto a tu respuesta.

Tercero, se solicita a la adolescente que escriba sus nombres y apellidos, que marque con un aspa en sexo (hombre o mujer), que escriba su edad en años y la fecha de evaluación.

b) Técnica de psicoeducación

- Objetivo de la sesión: Promover la comprensión del problema por parte de la usuaria.
- Acción a realizar: Para una buena intervención, se indica a la usuaria, que se tiene que respetar los tres componentes de interacción entre el terapeuta-paciente:
  - Acuerdo entre el profesional y la usuaria sobre las metas de la intervención.
  - Acuerdo sobre las tareas que se debe de realizar para lograr el cumplimiento de metas.
  - El vínculo ente el profesional y la usuaria debe ser estrictamente profesional
- Procedimiento:
  - Se manifiesta a la adolescente todo respecto al problema, el cual permite explicar a profundidad la presunción diagnóstica y el análisis funcional de la Depresión.
  - La usuaria comprende el proceso de la depresión, la lógica y el proceso del tratamiento.
  - La información que se brinda es veraz y accesible; además es necesario aclarar todas las dudas que pueda tener la menor respecto a la enfermedad. Se explica a la usuaria las características clínicas

del cuadro depresivo; y que estas, a su vez, pueden alterar emociones, sentimientos y pensamientos.

- Materiales: Fichas de conceptos de Depresión y video para conocer la depresión.

c) Técnica de autoinstrucciones

- Objetivo de la sesión: Incrementar la autoestima al incentivar a mejorar el dialogo interno de la usuaria.
- Acciones a Realizar: Se efectúa la explicación a la paciente sobre la técnica que se va a realizar, utilizando un listado de pensamientos negativos.
- Procedimiento:
  - Se aplica meditación a la usuaria y se le pide que recuerde situaciones donde aparece pensamientos negativos.
  - Ante la información obtenida, la usuaria crea sus propias instrucciones internas en forma de pensamientos autodirigidos para ayudarle a afrontar determinadas situaciones o tareas.
  - - La usuaria imagina una situación específica o realiza una tarea específica siguiendo las instrucciones del terapeuta en voz alta.
  - La usuaria utiliza instrucciones verbales en voz alta para guiar su comportamiento al realizar tareas o responder a situaciones.
  - La usuaria utiliza comandos internos susurrados para tareas específicas.
  - La usuaria utiliza afiches que coloca en su dormitorio, de la misma manera utiliza cartillas con la misma información, el cual los lleva

en todo momento.

- Materiales: Música de relajación y ficha de registro de pensamientos

d) Técnica de respiración

- Objetivo de la sesión: Disminuir los síntomas de disforia al regular la actividad metabólica del organismo.
- Acciones a realizar: Se explica a la usuaria, que es una técnica básica el cual consiste en realizar una respiración profunda, consiguiendo una oxigenación sanguínea adecuada, además de beneficios en cuanto la regulación del ritmo cardiaco, reducción del dolor físico y emocional, reducir ansiedad ante situaciones estresantes y minimizar la tensión muscular.
- Procedimiento: Para llevar a cabo la técnica, se inicia indicando a al paciente adoptar la postura adecuada y practicar los siguientes pasos:
  - Se indica a la paciente realizar la técnica sentada.
  - Se indica a la paciente mantener la espalda recta y brazos apoyados en la silla con los hombros abiertos.
  - Se indica a la paciente situar los pies completamente sobre el suelo.
  - Se indica a la paciente evitar presión en la zona abdominal.
  - Se indica a la paciente relajar la musculatura del cuello.
  - Se indica a la paciente colocar una mano sobre el vientre y la otra sobre su pecho.

Luego, se brinda las indicaciones para comenzar con la técnica de respiración:

- Se indica a la paciente inhalar por la nariz de manera lenta y

profunda, contando hasta tres para llenar completamente los pulmones. Si al hacerlo, la mano colocada sobre el vientre se eleva mientras la del pecho permanece quieta, estamos ejecutando la respiración de manera adecuada.

- Se indica a la paciente retener el aire por 3 segundos contados mentalmente.
- Se indica a la paciente soltar el aire lentamente por la boca por 3 segundos, percibiendo que su abdomen vuelve a su postura natural.
- Luego, se indica a la paciente repetir el proceso de 2 a 3 veces.
- Materiales: Música de relajación

e) Técnica de tres columnas

- Objetivo: Incrementar la autoestima al reconocer los pensamientos automáticos en una determinada situación.
- Acciones a realizar: Se orienta a la paciente a determinar con exactitud los pensamientos y verbalizarlos, así como las circunstancias que lo originan, para luego orientar a la generación de aprendizajes que los reemplacen por ideas realistas; se busca que la paciente ponga a prueba la utilidad y validez de los pensamientos negativos.
- Procedimiento:
  - Se indica a la adolescente que, en la columna izquierda escriba todos los pensamientos negativos que genere de manera automática.
  - Después que, en la columna del centro escriba la distorsión que genere los pensamientos de la primera columna izquierda y por último que en la columna derecha escriba el pensamiento

alternativo, el cual logrará consecuencias positivas en su vida.

- Para ello, se propone ejemplos externos al caso de cómo un pensamiento negativo puede ser reinterpretado como pensamiento positivo, para luego analizar su validez hipotética.
- El terapeuta observa y retroalimenta cada vez que la paciente ha realizado la actividad, paso a paso.
- En caso existan cuestiones, la terapeuta apertura el debate verbal para una mejor orientación y guía para que la actividad no quede inconclusa.
- Materiales: Lápiz, lapicero, borrador y papel

d) Técnica de resolución de problemas

- Objetivo: Disminuir los síntomas de disforia al buscar posibles alternativas factibles para la solución del problema.
- Acciones a Realizar: Para que la paciente puede ejecutar adecuadamente la técnica, se realiza una introducción sobre lo que significa un problema y una solución; así como que existe la opción en las personas para responder ante las situaciones centrándose en el problema o en la emoción que la acompaña.
- Procedimiento:
  - Se apertura el diálogo con la paciente sobre los problemas de la vida con el fin de que pueda identificarlos, así como encontrar la aceptación de que estos acompañan la vida. Seguidamente, se otorga aceptación de control sobre determinados hechos en su vida, brindando conciencia de control sobre determinadas circunstancias.

- El profesional anima a la paciente a formular ejemplos reales. Posteriormente, el psicoterapeuta apertura a la identificación de intrusiones de respuestas automáticas de la paciente frente a los problemas, para lo cual brinda ejemplos preliminares y luego anima a la paciente a elaborar ejemplos de su comportamiento.
  - Una vez observar la capacidad de la paciente de identificar al problema y los elementos propios en estas situaciones, el psicoterapeuta motiva a explorar sobre la información circundante al problema, los hechos, identificar problemas más o menos importantes, elaborar supuestos o identificar hechos sobre la formulación mental de que el problema sea un problema y finalmente el psicoterapeuta motiva a la paciente a generar metas para prevenir determinados problemas.
  - Finalmente, se retoma el concepto de solución con la finalidad de que la paciente genere alternativas de acción frente al problema, para lo cual se solicita la redacción de problemas desde los más comunes hasta los más complejos que le afecten a nivel emocional o funcional, para luego orientar a la generación de alternativas. Este paso se acompaña del compromiso de la paciente para tomar decisión frente a los problemas.
  - Materiales: Lápiz, lapicero, borrador y papel
- f) Técnica de prevención de recaídas
- Objetivo: Comprobar si se logra las conductas deseables en la adolescente.

- Acciones a Realizar: Se indica a la usuaria que esta técnica consiste en aprovechar el aprendizaje cognitivo donde se generan alternativas respecto a una situación. En este sentido, se identifican los factores protectores en el contexto y entorno de la paciente que servirán como soporte para mantener y promover la activación conductual.
- Procedimiento:
  - En una lista, se identifica con la paciente las situaciones donde se desarrolla el malestar con la finalidad de generar alternativas exactas que la hacen sentir mejor, para lo que debe elaborar una respuesta que promuevan una acción concreta.
  - Estas alternativas deben estar dirigidas a la búsqueda de apoyo, ejecución de acciones, cumplimiento de metas y actividades, entre otros.
  - Al lograr una reevaluación de la realidad a partir de la evidencia producto del resultando en la activación conductual, permite reevaluar los mensajes internos respecto a su utilidad, autoconcepto y negativismo.
  - Se verifica que, al lograr el cumplimiento de cambio de actividades, se promueve un cambio en la visión de sí respaldado en sus nuevas experiencias, por lo que mejora su autoestima.
- Materiales: Lápiz, lapicero, borrador y papel

- **Monitoreo y/o Evaluación**

El programa de intervención aplicado a la adolescente contiene procedimientos que permiten el monitoreo de avance del paciente. Los monitoreos se realizan

inician desde la sesión 1, donde se establece el primer contacto, se efectúa la entrevista y observación psicológica y se programan de las siguientes sesiones. Luego, como parte del programa, se aplica el cuestionario de depresión infantil para establecer el nivel inicial de la depresión. Seguidamente, desde la sesión 3 hasta la sesión 7 se aplican técnicas de intervención en las cuales se monitorea mediante registros el proceso de cada paciente, este consta de tablas donde registra ideas. Finalmente, el último monitoreo se realiza en la sesión 8, donde se inicia con la segunda evaluación del cuestionario de depresión para establecer si existió mejoría o no tras la implementación de estrategias; luego, se aplica el reforzamiento para prevenir recaídas en esta misma sesión. Cabe indicar que fuera de las sesiones programadas, se realizó llamadas telefónicas a la madre con la finalidad de monitorear la mejoría sintomática de la paciente.

### **3.3. Consideraciones éticas**

Esta intervención cumple con el principio de beneficencia, porque salvaguarda los derechos de la adolescente y se logró su bienestar emocional, cognoscitivo y conductual; de esta manera se evitó causar daños y perjuicios.

En cuanto al principio de autonomía, se informó al padre de la adolescente, sobre el consentimiento informado, señalando que, tiene la potestad de revocar libremente y en cualquier momento la intervención psicológica de acuerdo con la legislación pertinente; también se comunicó a la adolescente los procedimientos a seguir en los procesos de evaluación e intervención, dando su consentimiento verbal para participar del presente programa.

Por otro lado, respecto a la confidencialidad, se protege la información y la identidad de la adolescente, así como el cuidado que requiere el menor de edad,

respetando el compromiso de reserva de información de la madre y de la menor respecto a su caso. No obstante, de acuerdo con la Ley 1090 del Código Deontológico y Bioético del Psicólogo del año 2016, indica que será necesario quebrantar la confidencialidad solo en caso de presentarse situaciones que pongan el grave peligro su integridad física o mental o de algún otro miembro de la comunidad.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

- **Descripción de los resultados hallados**

En este apartado se muestran los resultados obtenidos de la intervención bajo el enfoque cognitivo conductual en una adolescente de 15 años. El propósito de la intervención fue desarrollar recursos psicológicos que reduzcan la sintomatología depresiva leve en la menor a través de técnicas de porte cognitivo conductual. El objetivo general será presentado a partir de los datos obtenidos del programa de intervención y la técnica inicial de psicoeducación.

**Tabla 4**

*Niveles de depresión en la adolescente antes y después de la intervención bajo el enfoque cognitivo conductual*

<b>Depresión</b>	<b>Pre test</b>	<b>Post test</b>
<b>Severo</b>		
<b>leve</b>	95	
<b>Normal</b>		75

Respecto al objetivo general que comprende reducir la sintomatología depresiva leve en una adolescente a través de una intervención psicológica bajo el enfoque cognitivo conductual, se encontró que la adolescente al iniciar el proceso de intervención en la evaluación de la sesión 2 presentaba nivel leve (95 de percentil) de depresión; pero luego del proceso de intervención, tras la evaluación post test en la sesión 8, se evidenció una disminución de la sintomatología alcanzando un nivel normal (75 de percentil) de depresión. Por lo tanto, se cumple con el primer indicador “La adolescente disminuye sus niveles de depresión”.

**Tabla 5**

*Psicoeducación para fomentar la comprensión del problema*

	<b>Inicio de sesión</b>	<b>Final de la sesión</b>
<b>Comprende</b>	0	1

Nota: 0=no; 1= si

Respecto al objetivo general que comprende reducir la sintomatología depresiva leve en una adolescente a través de una intervención psicológica bajo el enfoque cognitivo conductual, se encontró que la adolescente al iniciar el proceso de intervención en la sesión 3, respondía verbalmente que no comprendía el problema que estaba experimentando y su sintomatología producto de la misma; pero luego del proceso de intervención de la sesión, tras la psicoeducación, afirmó comprender el problema relacionado a la depresión. El objetivo específico primero será presentado a partir de los datos obtenidos de la evaluación del Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) respecto a la dimensión disforia y la aplicación de las técnicas de intervención respiración y resolución de problemas.

**Tabla 6**

*Niveles de disforia en la adolescente antes y después de la intervención bajo el enfoque cognitivo conductual*

<b>Disforia</b>	<b>Pre test</b>	<b>Post test</b>
<b>Severo</b>		
<b>leve</b>	90	
<b>Normal</b>		60

Respecto al objetivo específico primero, que comprende reducir los síntomas de disforia en una adolescente a través de una intervención psicológica bajo el

enfoque cognitivo conductual, se encontró que la adolescente al iniciar el proceso de intervención en la evaluación de la sesión 2 presentaba nivel leve (90 de percentil) de depresión; pero luego del proceso de intervención, tras la evaluación post test en la sesión 8, se evidenció una disminución de la sintomatología alcanzando un nivel normal (60 de percentil) de depresión. Por lo tanto, se cumple con el segundo indicador “La adolescente disminuye los síntomas de disforia”.

**Tabla 7**

*Registro de la técnica de respiración – cumplimiento, control y aprendizaje*

	<b>Primer intento</b>	<b>Segundo intento</b>	<b>Tercer intento</b>	<b>Cuarto intento</b>	<b>Quinto intento</b>
<b>Cumple con la técnica</b>	0	0	1	1	1

Nota: 0=no; 1= si

Respecto al objetivo específico primero, que comprende reducir los síntomas de disforia en una adolescente a través de una intervención psicológica bajo el enfoque cognitivo conductual, se encontró que la adolescente al iniciar el proceso de intervención en la sesión 5, tras la exposición a temas que le causan agitación y malestar guiado por la intervención, no era capaz de cumplir con realizar la actividad de respiración en los tiempo y pausas solicitadas durante el primer y segundo intento; sin embargo, tras las pautas constantes, logró cumplir con la técnica desde el tercer al quinto intento, demostrando aprendizaje y control en la respiración, logrando a su vez regular la actividad metabólica del organismo. Cabe resaltar que en el quinto intento realizó la técnica sin necesidad de instrucción.

**Tabla 8***Registro de la técnica de resolución de problemas respecto a la madre*

	<b>Ventajas</b>	<b>Inconvenientes</b>
<b>Alternativa 1:</b> Seguir teniendo relación tormentosa con la mamá, hasta que pueda cambiar.	- Seguiría teniendo vínculo familiar con mamá.	- Me sentiría mal porque no tendría cerca a mamá. - Podría quedarme sin mamá y al final tener que tomar una decisión.
<b>Alternativa 2:</b> Explicarle a la mamá todo lo que ella siente y esperar a ver qué opina.	- Me sentiría mejor conmigo misma por haber sido sincera.	- Tendría que esperar a ver cómo reacciona y qué opina. - Tendría que esperar que mamá admita su error.
<b>Alternativa 3:</b> Hablar con la mamá para que queden en buenos términos hasta que, en algún momento pueda cambiar de actitud.	- Dejaría de sentirme mal por que pondría las cosas claras. - Podría concentrarme y poner más énfasis en mi recuperación	- Lo pasaría muy mal porque es una conversación muy incómoda. - Le haría daño porque no se lo espera.
<b>Alternativa 4:</b> No tener ningún tipo de comunicación con la mamá y desaparecer por completo de su vida.	- Dejaría de sentirse mal, porque ya no tendría contacto con mamá. - Podría concentrarme en estar más tranquila, porque estoy demasiado afectada.	- Le haría mucho daño a mamá. - Sentiría que he fallado a mamá. - Habría perdido a mamá para siempre.

Respecto al objetivo específico primero, que comprende reducir los síntomas de disforia en una adolescente a través de una intervención psicológica bajo el enfoque cognitivo conductual, se encontró que la adolescente al iniciar el proceso de intervención en la sesión 7 no es capaz de realizar de forma autónoma el registro del cuadro de actividad, pues al tocar temas relacionados a su madre tiende a mostrarse lábil y produce llanto; por lo que durante la sesión se realizó una lluvia de ideas para buscar posibles alternativas factibles para la

solución del problema a partir de situaciones que le causan malestar a partir de problemas en torno al tema. Durante el acompañamiento la adolescente reconoce no tener dudas de que es lo que quiere realmente, por ello descarta de manera automática la alternativa 1 y 2; enseguida debate los pros y los contras de la alternativa 3 que es hablar con mamá para que entienda por lo que está pasando y que es importante alejarse para que no se sienta agobiada ni atormentada por el trato que tiene para con la usuaria y la alternativa 4 que es no tener ningún tipo de comunicación y desaparecer por completo de la vida de la madre. Finalmente, terminando la sesión, la elección fue la alternativa 3, reflexionando que con ello dejaría de sentirse mal porque pondría las cosas en claro y alcanzaría concentrarse más en su propia recuperación, produciendo consigo nuevas ideas.

**Tabla 9**

*Registro de la técnica de resolución de problemas respecto a los ítems altos de disforia*

	<b>Ventajas</b>	<b>Inconvenientes</b>
<b>Alternativa 1:</b> “No quiero en absoluto estar con la gente”	- Evito sentirme mal por lo que creo que piensan de mí.	- No podría conocer nuevos amigos. - Me sentiría muy sola.
<b>Alternativa 2:</b> “Me siento solo siempre”	- Así nadie puede lastimarme.	- Siento que me quiero morir. - Me seguiría sintiendo mal.
<b>Alternativa 3:</b> “Nunca me divierto en el colegio”	- Si me divierto podrían hablar de mí. - Me enfoco solo en aprender y sacar buenas notas.	- Pierdo poco a poco el interés de ir al colegio. - Al ver que otros si se divierten me siento triste.

<b>Alternativa 4:</b> “No tengo amigos”	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Así nadie de burla de mi o me traicionará.</li> <li>- Me permite centrarme en las responsabilidades de mi casa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Me siento excluida y sola.</li> <li>- No tengo a quien contarle mis problemas.</li> </ul>
--	---	--

Respecto al objetivo específico primero, que comprende reducir los síntomas de disforia en una adolescente a través de una intervención psicológica bajo el enfoque cognitivo conductual, se encontró que la adolescente al iniciar el proceso de intervención en la sesión 7 no es capaz de realizar de forma autónoma el registro del cuadro de actividad, pues al discutir los enunciados propios de los ítems con puntajes altos en disforia, se es difícil reconocer la razón de su puntuación; por lo que, durante la sesión se realizó una lluvia de ideas para buscar posibles alternativas factibles para la solución del problema a partir de los enunciados. Una vez que se reconocen las ventajas de adoptar cada enunciado, se evaluó a su vez los inconvenientes de los mismos, obteniendo finalmente que la adolescente reconoce no tener dudas de que es lo que quiere realmente, por ello descarta las aparentes ventajas explicadas previamente, a la vez que cuestiona la puntuación inicial brindada a esos ítems, pues se debatieron los pros y los contras, comprendiendo como en el caso respecto a la madre, que es importante evitar la adopción de ideas o posiciones que le produzcan agobio, tormento y malestar. Finalmente, terminando la sesión, la elección fue reflexionar sobre sus ideas y pensamientos reflejados en los cuatro ítems para evitar continuar sintiéndose mal.

El objetivo específico segundo será presentado a partir de los datos obtenidos de la evaluación del Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) respecto a la

dimensión autoestima negativa y la aplicación de las técnicas de autoinstrucciones y tres columnas.

**Tabla 10**

*Niveles de autoestima negativa en la adolescente antes y después de la intervención bajo el enfoque cognitivo conductual*

<b>Autoestima negativa</b>	<b>Pre test</b>	<b>Post test</b>
<b>Severo</b>		
<b>leve</b>	95	
<b>Normal</b>		70

Respecto al objetivo específico segundo, que comprende reducir la autoestima negativa en una adolescente a través de una intervención psicológica bajo el enfoque cognitivo conductual, se encontró que la adolescente al iniciar el proceso de intervención en la evaluación de la sesión 2 presentaba nivel leve (95 de percentil) de autoestima negativa; pero luego del proceso de intervención, tras la evaluación post test en la sesión 8, se evidenció una disminución del nivel severo a normal (70 de percentil) de autoestima negativa. Por lo tanto, se cumple con el tercer indicador “La adolescente disminuye la autoestima negativa”.

**Tabla 11**

*Registro de la técnica de autoinstrucción*

<b>Lenguaje interno negativo</b>	<b>Lenguaje interno positivo</b>
No lo voy a conseguir	Si se puede, si lo conseguiré
Voy a hacer el ridículo	Lo haré muy bien
Seguro me saldrá mal	Seguro que me saldrá muy bien

Estoy nerviosa	Respira, tranquila, todo estará bien
No tiene solución, todo está mal	Para todo hay solución en esta vida, menos para la muerte

Respecto al objetivo específico segundo, reducir la autoestima negativa en una adolescente a través de una intervención psicológica bajo el enfoque cognitivo conductual, se encontró que la adolescente al iniciar el proceso de intervención en la sesión 4 no era capaz de mejorar su diálogo interno, por lo que se procedió a incentivar su mejora a través del aumento del control emocional y aumento de la satisfacción personal utilizando un registro de lenguaje negativo utilizado regularmente por la usuaria y transformarlo en un lenguaje interno positivo, logrando pasar de la distorsión propia de un bajo estado de ánimo a un lenguaje funcional en todos los casos generados del cuadro, evidenciando la disminución de los pensamientos negativos al finalizar la sesión.

**Tabla 12**

*Registro de la técnica de tres columnas*

<b>Pensamiento Negativo</b>	<b>Distorsión</b>	<b>Pensamiento Alternativo</b>
“Soy un inútil”	etiquetación	“Puedo equivocarme, pero ello no me hace inútil”
“Nunca hago las cosas bien”	Generalización excesiva	“Hago muchas cosas bien”
“Nadie me quiere”	Error del adivino	“Muchas personas me quieren”
“Si me muero, nadie	Error del adivino	“Mi familia cercana, si

va a llorar”		va a llorar”
“Ya no quiero vivir”	Pensamiento todo nada	“Aún soy joven y hay muchas cosas por vivir”
“Me volveré a equivocarme en tomar decisiones”	Anticipación negativa	“Puedo equivocarme, pero tendré otras oportunidades”

Respecto al objetivo específico segundo, reducir la autoestima negativa en una adolescente a través de una intervención psicológica bajo el enfoque cognitivo conductual, se encontró que la adolescente al iniciar el proceso de intervención en la sesión 6 no era capaz de reconocer los pensamientos automáticos en una determinada situación, por lo que se implementó una tabla de registro para generar la identificación del pensamiento negativo y la distorsión cognitiva (pensamiento automático) que lo genera, para luego crear una alternativa optimista como pensamiento alternativo. Al finalizar la sesión, la usuaria concluye toda la actividad, generando 1 alternativa concreta para los 6 enunciados establecidos, siendo capaz de reconocer los pensamientos automáticos en determinadas situaciones.

**Tabla 13**

*Registro de la técnica de prevención de recaídas*

<b>Situación</b>	<b>Acción</b>
Se equivoca al realizar una tarea	Continuar con el plan de actividades
Sentirse sola al iniciar al día	Compartir con amigos y familiares con las que se sienta cómoda
Sentirse irritable durante el día	Mantener horarios regulares de

	sueño
Sentir extremo aburrimiento	Practicar deporte
Discutir con su mamá y sentirse muy mal	Entender que puede existir recaídas y que estas son normales
Sentir que falta la respiración ante un malestar	Pedir ayuda si el caso lo amerita

Para dar respaldo a la reducción de sintomatologías depresivas y de sus dimensiones, se observó que la adolescente tenía capacidad para generar e identificar situaciones que le producen síntomas depresivos; así mismo, fue capaz de producir de forma autónoma nuevas alternativas de respuesta de acción frente a las mismas. Finalizando la sesión, se fortaleció la técnica de prevención de recaídas a través del cumplimiento y compromiso de las alternativas de respuesta generadas; ello conlleva a comprobar que se logra las conductas deseables en la adolescente.

- **Discusión de los resultados asociados a los objetivos**

El presente estudio representa un aporte al repertorio de investigaciones que evidencian la eficiencia de la terapia cognitiva conductual; a su vez, aporta como antecedente que promueve la aplicación de este enfoque en las terapias a fin de brindar un tratamiento eficiente a los pacientes con trastorno de depresión. En este sentido, el aporte brindado por los hallazgos otorga veracidad y eficiencia en la atención individual de adolescentes a través del programa desarrollado en este estudio.

En respuesta a los objetivos de este estudio, respecto al objetivo general, reducir la sintomatología depresiva leve en una adolescente a través de una

intervención psicológica bajo el enfoque cognitivo conductual, se demuestra que la depresión disminuye del nivel leve a normal a través de las técnicas cognitivo conductuales durante la intervención (técnica de auto instrucciones, técnica de respiración, técnica de tres columnas y técnica de resolución de problemas), así como por la psicoeducación al permitir comprender el problema; además, se ratifica dicho hallazgo al comprobar que adolescente logra propiciar conductas deseables tras la técnica final de prevención de recaídas, la cual se implementó para evitar la recaída de forma complementaria. Tras los hallazgos, se confirma el cumplimiento del indicador donde “la adolescente disminuye los niveles de depresión”.

En comparación con otros estudios, Mendoza (2023), Candela (2022), Inofuente (2019), Amador et al. (2021), Bautista-Díaz et al. (2021) y Espinosa (2019), quienes también realizaron intervención psicológica bajo el enfoque de cognitivo conductual en paciente con depresión, comprobaron que dicho enfoque disminuye los síntomas depresivos, sea de forma grupal o de forma individual.

Respecto a la técnica de psicoeducación, se registra la comprensión de la depresión, la lógica y el proceso de tratamiento por parte de la paciente. Estos hallazgos son respaldados por Gonzáles (2020), quien explica que se promueve la motivación dirigida al tratamiento y racionalización el problema como parte del aprendizaje que, según Larson y Wilson (2004, como se citó en Papalia y Martorell, 2023), deben acompañar los inherentes cambios cognitivos, psicológicos y sociales de la adolescencia para asumir una adecuada percepción cultural y social. En cuanto a los acuerdos producto de la técnica de prevención

de recaídas, según la OMS (2023) respalda los hallazgos al mencionar que la evitación y aislamiento forma parte del repertorio característico de la depresión, por lo que la movilización conductual promueve retomar actividades placenteras y gratificantes, fortaleciendo a su vez las relaciones interpersonales e intrapersonales.

Respecto al objetivo específico primero, cuyo objetivo fue reducir los síntomas de disforia en una adolescente a través de una intervención psicológica bajo el enfoque cognitivo conductual, se demuestra que la disforia disminuye del nivel leve a normal a través de las técnica cognitivo conductual de respiración para la regulación de actividad metabólica y la técnica de resolución de problemas para la búsqueda de alternativas para solucionar problemas; por lo que se confirma el cumplimiento del indicador donde “La adolescente disminuye los síntomas de disforia”.

Respecto a la técnica de respiración, a partir de los registros, se logró estabilizar el ritmo cardiaco, reducir el dolor físico y emocional, reducir ansiedad ante situaciones estresantes y minimizar la tensión muscular (Caballo, 2007). Así como para la técnica de resolución de problemas, donde se evidenció la identificación de situaciones de riesgo en torno a la figura de conflicto y situaciones adversas producto de su elección reflejada en los puntajes altos de la dimensión disforia; a partir de ello, tras la intervención, sugiere y elige la alternativa más adecuada a partir de las ventajas e inconvenientes que contienen, D’Zurilla y Nezu (1999, como se citó en Taira, 2022) menciona que la generación de alternativas de acción permite generar nuevas experiencias a partir de decisiones eficientes, reduciendo las experiencias negativas o

estresantes, pero aceptando las consecuencias.

Respecto al objetivo específico segundo, cuyo objetivo fue reducir la autoestima negativa en una adolescente a través de una intervención psicológica bajo el enfoque cognitivo conductual, se demuestra que la autoestima negativa disminuye desde el nivel leve a normal a través de las técnicas cognitivo conductual de autoinstrucciones al mejorar el diálogo interno del usuario y la técnica de tres columnas para reconocer los pensamientos automáticos negativos ante determinadas situaciones; por lo que se confirma el cumplimiento del indicador “La adolescente disminuye su autoestima negativa”.

En cuanto a la técnica de autoinstrucciones, se evidenció la adquisición de un repertorio de lenguaje positivo como “Si se puede, si lo conseguiré” frente a “No lo voy a conseguir”, “Lo haré muy bien” frente a “Voy a hacer el ridículo”, “Para todo hay solución en esta vida, menos para la muerte” frente a “No tiene solución, todo está mal”, entre otros. Asimismo, es necesario precisar que la usuaria logra el cambio de pensamiento alternativo mediante la utilización de afiches y cartillas, favoreciendo el aprendizaje observacional y con instrucciones verbales específicas, de modo que, focaliza la atención y facilita la retención de lo trabajado. Al respecto, Corea (2021) refiere que la efectividad del cambio se da en el modo de pensar como medio de ejecución de tareas a partir de la generación de ideas propias, permitiendo recuperar el desajuste cognitivo y emocional promovido por la depresión.

Por otro lado, en relación a la técnica de tres columnas, se evidenció la disminución de pensamientos negativos a partir de su identificación,

específicamente la distorsión por etiquetación, generalización excesiva, error del adivino, pensamiento todo o nada y anticipación negativa. Al respecto, Flores (2019) concuerda que, dándose el reconocimiento y concientización de los pensamientos automáticos, se es capaz de interactuar con la situación, emoción y la conducta, el paciente se permite observarse a sí mismo y su mundo interior, pudiendo responder a la alteración del entorno y al futuro negativo propio de la depresión con nuevas ideas compuestas por un funcionamiento cognitivo y emocional fortalecido (Corea, 2021).

Finalmente, tomando en cuenta los resultados obtenidos y la confirmación de estudios previos, la terapia cognitiva conductual evidencia ser una metodología terapéutica eficiente y válida en el tratamiento de la depresión en adolescentes y también en adultos, por tanto, se insta a la praxis de dicho enfoque para mejorar la salud mental de pacientes tomando en cuenta las técnicas mencionadas en el programa de este estudio; no obstante, no se debe excluir la intrusión del contexto, ya que la falta de habilidades psicosociales promueve la percepción de un mundo de inseguridades y conflictos de orden existencial lo cual dificulta su equilibrio emocional si no reciben el soporte necesario en su hogar, pudiendo promover las recaídas.

## Capítulo V: REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA

- **Limitaciones de estudio en el proceso de la intervención**

En relación con las limitaciones, al principio fue difícil generar un clima de confianza con la adolescente, ya que era la primera vez que asistía al servicio de psicología y desconocía la temática de consulta e intervención; por otro lado al ser menor de edad era necesaria la presencia de uno de los dos padres, pero al tener mala relación con la madre, esta no asistió; así también, el padre al no disponer de tiempo suficiente, tampoco asistió a las consultas, por lo que no se pudo explorar con profundidad la historia de la paciente. Además, al ser tiempo de COVID 19, los tamizajes y consultas se realizaban en carpas y para utilizar el consultorio se tenía que coordinar con el jefe de servicio y este a su vez con el director. Otra limitante se presentó para el seguimiento del caso, ya que solo se pudo brindar seguimiento cada quince días hasta el tercer mes luego del tratamiento, pero luego al cortar vínculo laboral con el centro, no se tiene información sobre el seguimiento al usuario.

Las limitaciones respecto a la aplicación de las técnicas TCC surgen a partir de la orientación del psicólogo a cargo del área y los lineamientos regulares del mismo, donde se sugería la aplicación de solo cinco técnicas de TCC para reducir la sintomatología depresiva leve en pacientes infantojuvenil, impidiendo la extensión de otras técnicas.

- **Impacto a nivel profesional**

Con respecto al impacto, fue todo un reto profesional realizar e implementar un plan de intervención no solo porque la usuaria no era mayor de edad, sino que se tenía que poner en práctica competencias como: comunicación efectiva

para transmitir de manera correcta el plan de intervención y desarrollo de las sesiones que se llevaron a cabo con la adolescente, de organización y planificación para la ejecución del plan de intervención y que este a su vez concuerde con los horarios de la adolescente, de flexibilidad para el manejo de horarios que no correspondían al turno programado y de toma de decisiones para la correcta elección de instrumentos y técnicas a utilizar.

El abordaje de la depresión infantojuvenil parte del adecuado diagnóstico, para lo cual se debe conocer indicadores propios del trastorno y evidenciarlos a partir de un instrumento confiable; a partir de ello, se identifican los indicadores más o menos relevantes que mantienen el trastorno en la paciente. Luego, se adopta el enfoque y terapia adecuada que permita el abordaje de los indicadores resaltantes del trastorno, siendo la Terapia Cognitiva Conductual adecuada para el caso.

Si bien los hallazgos muestran resultados óptimos al encontrar reducción de la sintomatología depresiva, la exploración de otros indicadores en torno al trastorno depresivo como la ansiedad y rasgos en la personalidad hubieran permitido brindar un mejor abordaje terapéutico como soporte y acompañamiento para prevenir futuras recaídas; así mismo, la implementación de otras técnicas psicoterapéuticas complementarias en torno a ello hubiera permitido el fortalecimiento de recursos psicológicos que brinden autonomía en la paciente para confrontar nuevas circunstancias problemáticas. En la actualidad, con la experiencia adquirida y con la coyuntura post covid, emplearía un abordaje con mayor profundidad y a detalle, como la utilización de cuestionarios para evaluación de rasgos de personalidad e Identificación del

funcionamiento intelectual, además una evaluación sociofamiliar, donde se obtengan datos sobre estilos de crianza, evaluación del funcionamiento familiar e intervención psicológica en los familiares. A nivel de la intervención y en otras circunstancias emplearía técnicas como: Programas de entrenamiento de habilidades sociales, estrategias y técnicas para el control de estímulos donde se pueda afrontar dificultades en el sueño, programación y registro de actividades diarias, en el cual, la usuaria ponga a prueba su sistema de creencias y jerarquice sus actividades según la dificultad, análisis de responsabilidad para reducir sentimientos de culpa, técnica de retribución para modificar sesgos cognitivos al momento de explicar errores y fracasos, reestructuración cognitiva, donde se identifique y se reestructure las cogniciones desadaptativas o errores en el procesamiento de la información y se ponga de manifiesto el impacto perjudicial y la utilización de un termómetro emocional para que se pueda detectar, manejar o regular las emociones. He de señalar que, en el presente estudio de caso no se tomaron en cuenta variables como religión y término de la pandemia; los cuales, pudieron ser relevantes para la recuperación del paciente.

- **Impacto en la institución con los resultados hallados**

En referencia al impacto a nivel del paciente, la adolescente después de la intervención consiguió reducir la sintomatología depresiva leve logrando que mejore su estado de ánimo, que cambie pensamientos negativos por pensamientos racionales, que se enfoque más en las soluciones que en los problemas y que logre identificar futuras situaciones de riesgo. Se observó que la efectividad del diagnóstico sólo requirió de instrumentos diseñados para el

grupo de edad correspondiente, por lo que es importante que la institución profile adecuadamente la batería de cuestionarios para su adecuado diagnóstico. Si bien es cierto, el establecimiento de salud forma parte del primer nivel de atención con categoría I-4 rigiéndose principalmente por la “Guía de Intervención mhGAP” y el “Manual de Registro de Codificación de Actividades en la Atención en la Consulta Externa”, los cuales establecen intervenciones psicosociales, paquetes de atenciones y número de sesiones; se considera dichas acciones insuficientes para un óptimo desarrollo de intervenciones psicológicas. Bajo esta práctica es necesario que el centro de salud implemente manuales o directivas internas que propicien un abordaje enfocado en la necesidad del paciente, desarrollar talleres de fortalecimientos de capacidades dirigidos a los profesionales de salud y actualización de instrumentos, estrategias y herramientas.

- **Aporte en el área psicológica y en el contexto**

Asimismo, este trabajo muestra como los adolescentes con sintomatología depresiva leve pueden experimentar mejoras significativas en su calidad de vida a través de la aplicación del enfoque cognitivo conductual, también recalca que abordar los síntomas de un adolescente pueden ayudar a prevenir la aparición de un trastorno en el futuro; por otro lado, la presente intervención sirva de referencia para otros investigadores y profesionales el uso de instrumentos y técnicas en el presente estudio de caso.

## CONCLUSIONES

1. Con relación al objetivo principal, se logró desarrollar recursos psicológicos que reducen la sintomatología depresiva leve a normal en la adolescente a través de la intervención psicológica bajo el enfoque cognitivo conductual.
2. Con relación al primer objetivo específico, se logró desarrollar recursos psicológicos que reducen los síntomas de disforia desde el nivel leve a normal en la adolescente a través de la intervención psicológica bajo el enfoque cognitivo conductual.
3. Con relación al segundo objetivo específico, se logró desarrollar recursos psicológicos que reducen la autoestima negativa desde el nivel leve a normal en la adolescente a través de la intervención psicológica bajo el enfoque cognitivo conductual.
4. La intervención psicológica a través de la aplicación de estrategias con enfoque cognitivo conductual permitió desarrollar recursos psicológicos en una adolescente, reduciendo su sintomatología depresiva leve; lo que confirma que los conocimientos teóricos y empíricos propios del enfoque tienen sustento científico y son vigentes en la actualidad.

## **RECOMENDACIONES**

- Promover la ejecución de intervención clínica bajo el enfoque cognitivo conductual es adolescentes que presenten depresión leve y otros trastornos asociados a la misma.
- Se recomienda extender las sesiones para fortalecer los conocimientos y habilidades adquiridas. A pesar de que se observaron mejoras positivas, el aumento en la cantidad de sesiones contribuirá a lograr cambios a largo plazo y que sea sostenible en el tiempo.
- Asimismo, se recomienda explorar con mayor profundidad otras estrategias de regulación emocional y reestructuración cognitiva. Ello permitirá que la adolescente cuente con un repertorio más amplio de recursos para enfrentar diversas situaciones y consolidar los avances obtenidos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amador, O., Trejos-Gil, C. y Castro-Escobar, H. (2021). Psicoterapia online en tiempos de pandemia, intervención cognitivo-conductual en pacientes colombianos con depresión. *Revista de Ciencias Sociales*, 27 (4), 49-60. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8145508>
- Anicama, J. (2010). Análisis y modificación del comportamiento en la práctica clínica. 1er ed. Industria Gráfica Decourt.
- Armstrong, W. (2021). *Libro para la Salud Mental*. Edimburgo: Devon House Press .
- Bautista-Díaz, M., Cueto-López, C., Franco-Paredes, K. y Moreno, D. (2021). Intervención para reducir ansiedad, depresión y estrés en universitarios mexicanos durante la pandemia. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50 (4), 1-18. <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v50n4/1561-3046-mil-50-04-e1575.pdf>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión* (20.<sup>a</sup> ed.) (Trad. S. Pabón). Desclée de Brouwer.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Sigo XXI. <https://beckperu.com/wp-content/uploads/2020/04/Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicologicos-Vicente-Caballo.pdf>
- Cabanillas, L. (2022). *Programa cognitivo conductual para la depresión en los usuarios adolescentes de un centro de salud mental, Pacasmayo 2021: Estudio descriptivo – propositivo* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio UCV.

[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/91701/Cabanillas\\_PLA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/91701/Cabanillas_PLA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Candela, C. (2022). *Efectos de un programa cognitivo conductual en el nivel de depresión en un caso único* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio UAP.

<https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/1972/Candela%20Po%c3%a9mape%2c%20Catherine%20Melissa..pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Corea, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(1), 46-51.

<https://camjol.info/index.php/RMH/article/view/12047/13976>

Cuzco, C. (2022). *Propuesta de intervención cognitiva conductual para reducir niveles de depresión en estudiantes de secundaria* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica de Ecuador]. Repositorio de PUCE.

<https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/3827/1/78262.pdf>

Eli, B., Zhou, Y., Liang, Y., Cheng, J., Wang, J. & Huang, C. (2021). Depression in Children and Adolescents on the Qinghai-Tibet Plateau: Associations with Resilience and Prosocial Behavior. *Int J Env Res Public Health*, 18(2).

<https://doi.org/10.3390%2Fijerph18020440>

Ellis, A. (1980). Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct. *Rational Living*, 15(1), 25-30.

Espada, J. P., Orgilés, M., Piqueras, J. A., & Morales, A. (2020). Las Buenas Prácticas en la Atención Psicológica Infanto-juvenil ante el COVID-19.

- Clínica y Salud*, 31(2), 109-113. <http://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a14>
- Espinosa, A. (2019). *Intervención en terapia cognitiva, de Aaron t. Beck, en pacientes con depresión, de un centro de salud de la ciudad de Panamá* [Tesis de maestría, Universidad de Panamá]. Repositorio UDP. [http://up-rid.up.ac.pa/1722/1/anais\\_espinosa.pdf](http://up-rid.up.ac.pa/1722/1/anais_espinosa.pdf)
- Feijoo, A. (2021). *Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo conductual para un caso de trastorno depresivo recurrente* [Tesis de pregrado, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio USMP. [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/9648/FEIJOO\\_GA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/9648/FEIJOO_GA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Flores, V. (2019). *Estudio de caso clínico: Programa de intervención cognitivo - conductual en un caso de depresión en la adolescencia temprana* [Tesis de pregrado, Universidad San Martín de Porres]. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5567>
- González, J. (2020). Guía psicoeducativa para la depresión. Asociación DOA, *Saúde Mental*, 47. [https://feafesgalicia.org/img/documentacion/guias/guia\\_psicoeducativa\\_para\\_la\\_depresion\\_doa.pdf](https://feafesgalicia.org/img/documentacion/guias/guia_psicoeducativa_para_la_depresion_doa.pdf)
- Guizado, C. (2022). *Intervención bajo el enfoque racional emotivo conductual en un caso de ansiedad* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio UPCH. [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11662/Intervencion\\_GuizadoMarcelo\\_Carmen.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11662/Intervencion_GuizadoMarcelo_Carmen.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Inofuente, A. (2019). *Efectos del Programa TECACOG (Técnicas Clínico Activas*

*y Cognitivas) en Adolescentes con Depresión del Centro de Salud Callalli, en la provincia de Caylloma, Arequipa”* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio UNSA. <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b1a9f44a-206a>

Instituto Nacional de Salud (18 de octubre de 2022). Entre 40 y 30 % de jóvenes de 19 y 26 años en el Perú presentaron síntomas de ansiedad y depresión tras la llegada de la pandemia de la COVID-19. <https://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/entre-40-y-30-de-jovenes-de-19-y-26-anos-en-el-peru-presentaron-sintomas-de-ansiedad>

Instituto Nacional de Salud Mental. (29 de agosto de 2017). Agresividad y cambios bruscos de humor son conductas que pueden enmascarar una depresión en los adolescentes. *INSM*. <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2017/013html.html#:~:text=El%20m%C3%A9dico%20psiquiatra%20Rolando%20Pomalima%20indic%C3%B3%20que%20la%20depresi%C3%B3n%20en,riesgo%20predictivo%20la%20carga%20familiar>.

Klein, J., Guhn, A., Stenzel, N. & Frick, A. (2021). Reduced Social Connectedness and Compassion Toward Close Others in Patients with Chronic Depression Compared to a Non-clinical Sample. *Front Psychiatr*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.608607>

Kong, R. (2020). *Depresión: de causas, cultura y tiempo*. Ciencia Scripts.

Lacomba-Terjo, L., García-Cuenca, I. y Sanz-Cruces, J. (2021). Intervención cognitivo conductual para mujeres con trastorno depresivo persistente:

- sintomatología ansiosa, depresiva y satisfacción vital. *Revista Clínica Contemporánea*, 12(1), 1-16. <https://doi.org/10.5093/cc2021a1>
- Larios, E., Gonzales, L., Montes, R., Gonzáles, F., Morán, A., Solano, P., Ocegüera, A., Montero, M. y Daneri, A. (2018). Eficacia de las técnicas de relajación en la disminución de tensión, ansiedad y estrés percibidos por pacientes con cáncer bajo tratamiento de quimioterapia. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 17(2), 93-99. <http://dx.doi.org/10.24875/j.gamo.M18000138>
- Lautaro, B. (2020) Duración de la psicoterapia cognitivo conductual en adolescentes con trastornos mentales graves. *Revista Científica de América Latina y el Caribe*, 45(10), 454-460. <https://www.redalyc.org/journal/339/33964792003/33964792003.pdf>
- Lineamientos para atención del intento de suicidio en adolescentes (2018). *Programa Nacional de la Salud integral en la adolescencia (PNSIA) y el Programa Nacional de Patologías mentales severas y prevalentes de Argentina*. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/2020-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf>
- Martorell, L. (2019). *Psicoterapias, escuelas y conceptos básicos*. Segunda edición. Pirámide.
- Mendoza, V. (2023). *Intervención cognitivo conductual en una adolescente con depresión* [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio UNFV. [http://190.12.84.13:8080/bitstream/handle/20.500.13084/7490/TESIS\\_GU\\_TIERREZ\\_HUANCA\\_CARLOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://190.12.84.13:8080/bitstream/handle/20.500.13084/7490/TESIS_GU_TIERREZ_HUANCA_CARLOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ministerio de Salud (2020). Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y

Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes. INSN.  
<https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2020/RD%20N%C2%B0%20000189-2020-DG-INSNSB%20GPC%20Depresi%C3%B3n%202020.pdf>

Ministerio de Salud (2021). Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención Salud de Salud Mental. *Sistema de Información HIS*.  
<https://diresamdd.gob.pe/doc/ManualesHis/manualesHIS/Manuales-Actualizados-2021/Manual-de-Salud-Mental-2021-23-02-2021.pdf>

Ministerio de Salud (2023). Perú registró 1.7 millones de niños con depresión en el 2023: una peligrosa cifra récord no vista antes. *Infobae*.  
<https://www.infobae.com/peru/2024/01/06/peru-registro-17-millones-de-menores-con-depresion-en-el-2023-una-peligrosa-cifra-record-no-vista-en-decadas/>

Ministerio de salud del Perú (2018). *Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>

Moreira, N. & Oñate, J. (2018). *Habilidades del pensamiento en el desarrollo cognitivo. Talleres Educativos* [Tesis de Licenciatura, Universidad de Guayaquil]. Repositorio de la UG.  
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/35376/1/BFILO-PMP-18P149.pdf>

Naciones Unidas para la Infancia (5 de octubre de 2021). Los efectos nocivos de la COVID-19 sobre la salud mental de los niños, niñas y jóvenes son solo la punta del iceberg. *Unicef*. <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/efectos-nocivos-covid19-salud-mental-ninos-ninas-jovenes-punta->

iceberg

- Navarro, J., Moscoso, M. y Calderón, G. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23 (1), 57-74. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.04>
- Navarro, M. (2018). *Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso único* [Tesis de maestría, Universidad del Norte]. Repositorio UN. <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8271/133881.pdf?sequence=1>.
- Olivares-Olivares, P. (2023). *Intervención psicológica conductual y conductual-cognitiva*. Primera edición. Pirámide.
- Olivares-Olivares, P., Rosa-Alcázar, A. Olivares, J. y Maciá, D. (2012). Las escuelas de entrenamiento de padres en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Salud. En L. Llavona y F. Méndez (coords). *Manual del Psicólogo de Familia*. Un nuevo perfil profesional (pp. 441-454). Pirámide.
- Olivera, N., Rivera, E. y Trebejo, M. (2018). Funcionalidad familiar en la depresión de adolescentes de la Institución Educativa Particular “Gran Amauta de Motupe” Lima, 2018. *Revista Estomatológica Herediana*, 29(3), 189-195. <https://doi.org/10.20453/reh.v29i3.3602>
- Oreíza, M., Méndez, I., Pérez, P. y Romero, S. (2023). Los trastornos depresivos de la infancia y la adolescencia. Principales signos de alerta. *Orientación para el tratamiento. Pediatría atención primaria*, 25 (98), 93-93. <https://pap.es/articulo/13926/los-trastornos-depresivos-de-la-infancia-y-la-adolescencia-principales-signos-de-alerta-orientacion-para-el-tratamiento>

Organización Mundial de la Salud (2021). Como prevenir la depresión en adolescentes y adultos jóvenes [Folleto].

<https://www.paho.org/es/documentos/folleto-depresion-durante-adolescencia>

Organización Mundial de la Salud (30 de diciembre de 2020). Depresión. *WHO*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (2022). La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos. *WHO*.

<https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>

Organización Mundial de la Salud. (31 de marzo de 2023).

Depresión.<https://www.who.int/es/news-room/fact-heets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud (2023). Salud Mental en Adolescentes. *OMS*.

[https://www.paho.org/hq/index.php?Option=com\\_content&view=article&id=14152:30-de-octubre-salud-mental-en-adolescentes&Itemid=42050&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?Option=com_content&view=article&id=14152:30-de-octubre-salud-mental-en-adolescentes&Itemid=42050&lang=es)

Orihuela (2023). La depresión: un trastorno de salud mental que también afecta a niñas, niños y adolescentes, y requiere la participación de la familia.

*Gob.Pe.* <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/690010-la-depresion-un-trastorno-de-salud-mental-que-tambien-afecta-a-ninas-ninos-y-adolescentes-y-requiere-la-participacion-de-la-familia>

Palacios, E., Hanson, J., Barry, K., Albert, W., White, S. & Skinner, A. (2021).

Lower neural value signaling in the prefrontal cortex is related to childhood

family income and depressive symptomatology during adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience*.  
<https://doi.org/10.1016/j.dcn.2021.100920>

Papalia D. y Martorell, G. (2023). *Desarrollo Humano*. Decima cuarta edición. McGraw-Hill.

Papalia et. al. (2019). *Psicología del desarrollo de la infancia y de la adolescencia*. Undécima edición. McGraw-Hill.

Patterson, D. (2020). *Terapia Cognitivo-Conductual*. The Heirs Publishing Company.

Pesantes, M. (2019) La depresión y su abordaje desde la terapia cognitiva. *Revista Científica mundo de las investigaciones y el conocimiento*, 3(2), 1096-1109.  
<https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/492/635>

Orgilez, M, Méndez, F. y Espada, J. (2022). *Tratamiento paso a paso de los problemas psicológicos en la infancia y adolescencia*. Pirámide

Radell, M., Abo, E., Daghestani, W., Perveen, A. & Moustafa, A. (2021). The Impact of Different Types of Abuse on Depression. *Depression Res Treatment*, 1-12. <https://doi.org/10.1155/2021/6654503>

Resolución Dictatorial N.º 132-2018 -DG-HVLH. Guía de Practica Clínica para el Tratamiento de Depresión en Adultos-versión extensa (19 de julio de 2018).  
[https://larcoherrera.gob.pe/wp-content/uploads/2020/08/RD\\_132\\_2018\\_DG\\_HVLH.pdf](https://larcoherrera.gob.pe/wp-content/uploads/2020/08/RD_132_2018_DG_HVLH.pdf)

Resolución Ministerial N.º 136-2023-MINSA. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para Tamizaje, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en

Personas Mayores de 18 años desde el Primer Nivel de Atención (8 de febrero de 2023). <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/3882024-136-2023-minsa>

Río, K. (2019). La entrevista semi-estructurada y las fallas en la estructura. La revisión del método desde una psicología crítica y como una crítica a la psicología. *Caleidoscopio - Revista Semestral De Ciencias Sociales y Humanidades*, 23(41), 65–91. <https://doi.org/10.33064/41crscsh1203>

Roig, J. (2020). Blog de Medicina y Neumología [Blog]. <https://www.drjordi-roig.com/es/blog-medicina-neumologia/>

Soto, L. (2022). *Intervenciones Psicológicas Actuales para el tratamiento de Depresión en adolescentes* [Tesis de Licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Académico UPCH

Stringaris, A., Romero, S., Mendez, I., Flores, E., Matalí, J. y Camprodón, E. (2023). Una mirada a la salud mental de los adolescentes. Cómo comprenderlos y acompañarlos. FAROS. <https://faros.hsjdbcn.org/ca/cuaderno-faros/mirada-salud-mental-dels-adolescents-com-compredrels-acompanyar>

Swartz, M. (2021). *Tratado de Semiología. Anamnesis y exploración física*. ELSEVIER.

[https://www.berri.es/pdf/TRATADO%20DE%20SEMIOLOG%C3%8DA%20E2%80%9A%20Anamnesis%20y%20exploraci%C3%B3n%20f%C3%ADsica%20\(Libro%20+%20eBook\)/9788491139447](https://www.berri.es/pdf/TRATADO%20DE%20SEMIOLOG%C3%8DA%20E2%80%9A%20Anamnesis%20y%20exploraci%C3%B3n%20f%C3%ADsica%20(Libro%20+%20eBook)/9788491139447)

Taira, S. (2022). *Terapia Cognitivo conductual para un adulto con depresión* [Tesis

de segunda especialidad, Universidad Federico Villarreal]. Repositorio Académico UNFV.  
[http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/5966/TESIS\\_TAIRA%20OSHIRO%20STEPHANIE%20CHIEMY.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/5966/TESIS_TAIRA%20OSHIRO%20STEPHANIE%20CHIEMY.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ventura-León, J., Caycho-Rodríguez, T., Tocto-Muñoz, S., Torres-Maldonado M. y Curahua-Guillén K. (2020). Evidencias de validez y fiabilidad de la versión en español del Children's Depression Inventory-Short en población peruana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25 (2), 111-119. doi: 10.5944/rppc.26211

Williams, J. (2021). *Dominio de la inteligencia emocional*. SD Publishing LLC.

Yañez, M. (2022). *Intervención bajo el enfoque cognitivo conductual en adulto con sintomatología ansiosa generalizada* [Tesis de Licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Académico UPCH.  
[https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11577/Intervencion\\_YanezFerro\\_Mariana.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11577/Intervencion_YanezFerro_Mariana.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Zapata, A. (2020). *Intervención cognitivo conductual para la reducción de la ansiedad en adolescentes de un centro psicológico privado* [Tesis de pregrado, Universidad de Lima]. Repositorio de UL.  
[https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/11325/Zapata\\_Arias\\_Ana\\_Giselle.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/11325/Zapata_Arias_Ana_Giselle.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## ANEXOS

### Anexo 1: Cuestionario de Depresión Infantil

Nombre  
Unidad/Centro  
Edad:            años            meses.    Sexo            Fecha  
   N° Historia  
   Curso

#### CUESTIONARIO - CDI

Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado.

Tengo ganas de llorar de cuando en

1.      Estoy triste de vez en cuando.  
 Estoy triste muchas veces.  
 Estoy triste siempre.
2.      Nunca me saldrá nada bien  
 No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.  
 Las cosas me saldrán bien
3.      Hago bien la mayoría de las cosas.  
 Hago mal muchas cosas  
 Todo lo hago mal
4.      Me divierten muchas cosas  
 Me divierten algunas cosas  
 Nada me divierte
5.      Soy malo siempre  
 Soy malo muchas veces  
 Soy malo algunas veces
6.      A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.  
 Me preocupa que me ocurran cosas malas.  
 Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7.      Me odio  
 No me gusta como soy  
 Me gusta como soy
8.      Todas las cosas malas son culpa mía.  
 Muchas cosas malas son culpa mía.  
 Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.
9.      No pienso en matarme

- pienso en matarme pero no lo haría
- Quiero matarme.

10.  Tengo ganas de llorar todos los días  
 Tengo ganas de llorar muchos días

cuando.

11.  Las cosas me preocupan siempre  
 Las cosas me preocupan muchas veces.  
 Las cosas me preocupan de cuando en cuando.

12.  Me gusta estar con la gente  
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente  
 No quiero en absoluto estar con la gente.

13.  No puedo decidirme  
 Me cuesta decidirme  
 me decido fácilmente

14.  Tengo buen aspecto  
 Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.  
 Soy feo

15.  Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes  
 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes  
 No me cuesta ponerme a hacer los deberes

16.  Todas las noches me cuesta dormirme  
 Muchas noches me cuesta dormirme.  
 Duermo muy bien

17.  Estoy cansado de cuando en cuando  
 Estoy cansado muchos días  
 Estoy cansado siempre

18.  La mayoría de los días no tengo ganas de comer  
 Muchos días no tengo ganas de comer  
 Como muy bien

19.  No me preocupa el dolor ni la enfermedad.  
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad  
 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad

20.  Nunca me siento solo.  
 Me siento solo muchas veces  
 Me siento solo siempre
21.  Nunca me divierto en el colegio  
 Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.  
 Me divierto en el colegio muchas veces.
22.  Tengo muchos amigos  
 Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más  
 No tengo amigos
23.  Mi trabajo en el colegio es bueno.  
 Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.  
 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
24.  Nunca podré ser tan bueno como otros niños.  
 Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.  
 Soy tan bueno como otros niños.
25.  Nadie me quiere  
 No estoy seguro de que alguien me quiera  
 Estoy seguro de que alguien me quiere.
26.  Generalmente hago lo que me dicen.  
 Muchas veces no hago lo que me dicen.  
 Nunca hago lo que me dicen
27.  Me llevo bien con la gente  
 Me peleo muchas veces.  
 Me peleo siempre.

"Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge en cada grupo una oración, la que mejor diga cómo te has portado, cómo te has sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, luego coloca una marca como una 'X' en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti"

Anexo 2: Registro para la Técnica de autoinstrucciones

**Tabla 3**

<b>Lenguaje interno negativo</b>	<b>Lenguaje interno positivo</b>



Anexo 4: Registro para la Técnica de resolución de problemas

**Tabla 5**

	<i>Ventajas</i>	<i>inconvenientes</i>
<i>Alternativa 1:</i>		
<i>Alternativa 2:</i>		
<i>Alternativa 3:</i>		
<i>Alternativa 4:</i>		

Anexo 5: Consentimiento informado

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Sr(a)..... con N° de D.N.I. .... con domicilio en

....., actuando en .....mi propio nombre/

.....padre /madre o tutor del menor .....

**MANIFIESTO QUE:**

1.- He recibido de la psicóloga, toda la información necesaria, de forma confidencial, clara, comprensible, satisfactoria sobre la naturaleza y propósitos de los objetivos, procedimientos y temporalidad que se seguirán a lo largo del proceso que se deriva de la demanda que al mismo he formulado, una vez efectuada la inicial valoración profesional que al mismo corresponde, aplicándose al efecto la obligación de confiabilidad de los datos y el resto que rigen en su código profesional de la Psicología, sin embargo de acuerdo a la Ley 1090 del Código Deontológico y Bioético de la Psicología del año 2016, será necesario quebrantar este principio de confidencialidad solo en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro su integridad física o mental o de algún otro miembro de la comunidad.

2.- Que a su vez valorada la necesidad del tratamiento o intervención precisa, de la que he recibido información en los términos antes indicados, ACUERDO Y COMPROMETO con la psicóloga que suscribe este documento, que será solo ella quien se encargará de prestarlo, conforme a lo indicado.

3.- Asimismo, quedo informado de que el presente consentimiento PODRA SER REVOCADO LIBREMENTE, en cualquier momento, tanto para el paciente como por el profesional, de acuerdo con lo establecido en la legislación aplicable.

Tomando en ello en consideración, por el presente documento, expresamente AUTORIZO Y COMPROMETO, con la psicóloga .....

para realizar la citada intervención profesional, y OTORGO mi expreso CONSENTIMIENTO para que realice las indicadas intervenciones, o tratamientos y que los datos sean incorporados en la ficha psicológica conforme a lo acordado.

Cañete, .....de .....del.....

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o padre  
Nombres y Apellidos:  
DNI.:

\_\_\_\_\_  
Firma del psicólogo  
Nombres y Apellidos:  
DNI.:

## Anexo 6: Modelo de Anamnesis

### GUÍA DE UNA ENTREVISTA CLINICA (Modelo de Anamnesis N° 03)

#### I. DATOS GENERALES

- I.1 Nombre.
- I.2 Edad
- I.3 Fecha de Nacimiento.
- I.4 Sexo.
- I.5 Grado de Instrucción.
- I.6 Ocupación.
- I.7 Estado Civil
- I.8 Procedencia
- I.9 Lugar donde se realiza la entrevista.
- I.10 Entrevistador
- I.11 Fecha.

#### II. ENFERMEDAD ACTUAL

Cómo se siente, que le pasa, que es lo que siente. Fecha en la que empezó la enfermedad o el problema, lugar. Cómo surgió el problema en forma brusca o fue gradualmente. Qué actitud tomo. La actitud de sus padres o su cónyuge si es que lo tuviese. Cuando aparecieron los síntomas, que había hecho ese día o el día anterior. Cuál fue el tratamiento. Su duración, etc.

#### III.

##### III OBSERVACIÓN

- III.1 Descripción del ambiente
- III.2 Descripción Física y de Vestimenta.
- III.3 Descripción del comportamiento

#### IV. HISTORIA FAMILIAR

Padres y hermanos. Tomar los siguientes datos de ellos: Nombres, apellidos, sexo. Ocupación. Grado de Instrucción. Personalidad. Estado de salud. Enfermedad que ha sufrido Hábitos (alcoholismo, drogas, fumador). Si han fallecido, fecha, causa y edad. Historia del hogar: El ambiente familiar, estatus socioeconómico, tipo de vecindario, sus relaciones con él; Cambios de residencia (fechas, motivos, ciudades, tiempo de adaptación)

#### V. HISTORIA PERSONAL

##### V.1 Personalidad.

- Características en relación a su infancia, niñez, pubertad y adolescencia.
- Aparición de la conciencia moral, características.
- Estados de ánimo predominantes.
- Relaciones interpersonales.
- Actitudes frente a sí mismo, frente a los demás
- Ideales
- Sentimientos de frustración y de felicidad.
- Sentimiento de inferioridad
- Timidez, Egoísmo, celos fantasías, vergüenza, miedo.
- Susceptibilidad, agresividad, terquedad.

##### V.2. Nivel Actual de Estudios

##### V.3. Vida Hogareña

- ¿Cómo ha sido criado? En forma rígida o engreída.
- Interferencia de familiares al castigarlo.
- Conflictos con los padres, hermanos (como se llevan con ellos)
- Huidas del hogar.
- Sus padres a quienes prefieren

- Usted a quien quiere más.

#### V.4 Enfermedades y accidentes que ha sufrido.

- Que enfermedades ha sufrido, a que edades, que tipo de tratamiento recibió, quedo alguna secuela posterior.
- Accidentes, en que situaciones, que tipo de lesiones se hizo, que tipo de tratamiento requirió

#### V.5 Trabajo u Ocupación.

- Cuál es su ocupación actual
- Cuál fue su primer empleo, a qué edad.
- Tiempo en cada uno de sus empleos, salarios.
- Le gusta y está contento con su trabajo y su salario.
- Actitud hacia su jefe, sus compañeros, subordinados.
- Pertenecía a sindicatos.
- Trabaja mejor solo o en grupo.
- En que emplea el dinero ganado

#### V.6 Vida Sexual

- Ha recibido Educación Sexual.
- De niño se le trato alguna vez como si fuera del sexo opuesto.
- A qué edad comenzó a masturbarse.
- Con qué frecuencia se masturba actualmente.
- Cuando y con quien fue su primera relación sexual.
- Qué sintió, que le causo su primera experiencia sexual.
- A qué edad tuvo su primer enamorado(a).
- Es Ud. muy excitable sexualmente.
- Cada cuanto tiempo tiene Ud. relaciones sexuales.
- Ha contraído Ud. enfermedades venéreas.
- Aparición de la menarquía, fecha, si tenía conocimiento de ella y cuál fue su actitud (para el sexo femenino).
- Es Ud. afectuoso(a)

#### V.7 Historia Marital

- Datos del cónyuge
- Cuantas veces se ha casado, con qué frecuencia se pelea con su pareja.
- Por que se caso
- Cuantos hijos tiene (realizar una lista de los hijos en orden cronológico, incluyendo aborto e hijos prematuros).
- Medidas anticonceptivas que utiliza.
- Como se siente sexualmente con su esposo(a).
- Tiene aventuras fuera del matrimonio.
- Qué piensa Ud. de las mujeres (hombres)
- En la mujer: impresión en la noche de bodas; ha pensado alguna vez que podría ser feliz con otra persona. Lo ha intentado alguna vez.
- Comunicación con el cónyuge.
- Quién ejerce la dirección de la familia.
- Tiene algunos problemas con el comportamiento de los niños.
- Actitud del paciente hacia la niñez (favoritismo o rechazo).