



**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO
SOCIALES Y EDUCACIÓN**



Unidad de Posgrado

PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGÍA

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL EN
LA DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE
UN HOSPITAL DE FERREÑAFE.**

TESIS:

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
PSICOLOGÍA**

CON MENCIÓN EN: PSICOLOGÍA CLÍNICA

PRESENTADA POR:

VERÓNICA REYES MONTENEGRO

LAMBAYEQUE – PERÚ

2016

EFFECTOS DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA
DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE UN
HOSPITAL DE FERREÑAFE.

PRESENTADO POR:

Verónica Reyes Montenegro

(AUTOR)

Dr. Maximiliano Plaza Quevedo

(ASESOR)

Presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional Pedro
Ruiz Gallo para Optar el grado DE MAESTRO EN PSICOLOGÍA CON
MENCIÓN EN: PSICOLOGÍA CLÍNICA

APROBADO POR:

Dr. Jorge I. Castro Kikuchi

JURADO (PRESIDENTE)

M.Sc. Carola Smith Maguiña

JURADO (SECRETARIO)

M.Sc. Nora Ugaz Montenegro

JURADO (VOCAL)

DEDICATORIA

A Dios y a mis padres que me dieron la vida, educación y todo el apoyo incondicional por siempre motivarme a seguir adelante, ser mis guías y mis pilares día a día.

A mis maestros y amigos, quienes sin su ayuda no hubiera podido culminar esta tesis; a todos ellos les agradezco desde el fondo de mi corazón y decirles que siempre los recordaré.

Para todos ellos hago esta dedicatoria.

AGRADECIMIENTO

Al Director del Hospital de la Provincia de Ferreñafe y a los adolescentes por su participación en el programa y permitir el desarrollo de la presente investigación.

Al docente del curso de Tesis, Rubén Toro Reque y al asesor Maximiliano Plaza Quevedo; por brindarme sus conocimientos significativos en el área.

RESUMEN

Hoy en día la depresión y el intento de suicidio son considerados un gran problema de salud que afecta a todos los estratos sociales a nivel mundial, nuestro país no está excepto a esta problemática, pues cada vez son más altas las tasas de intento de suicidio a consecuencia de la depresión en la población nacional. Por lo cual considero que la depresión debería ser tratada seriamente para anular los pensamientos de suicidio; por tal razón, la presente investigación tuvo como objetivo determinar los efectos de un Programa Cognitivo Conductual en la depresión e ideación suicida en adolescentes de un hospital de Ferreñafe.

La investigación realizada fue de tipo cuasi experimental, la población estuvo constituida por 18 adolescentes pertenecientes a un hospital de la provincia de Ferreñafe. Los instrumentos utilizados fueron: El Inventario de Depresión de Beck (BDI) de Aaron Beck y La Adaptación de la Escala de Ideación Suicida (SSI) de Beck realizada por Bobadilla (2004).

En los resultados se encontraron diferencias altamente significativas antes y después de la aplicación del programa cognitivo conductual en la depresión e ideación suicida en los adolescentes pertenecientes al Grupo Experimental.

Palabras Claves:

Depresión, Ideación suicida, Programa Cognitivo Conductual, Adolescentes.

ABSTRACT

Today depression and suicide attempt are considered a major health problem that affects all social strata worldwide, our country is not except this problem, because there are increasingly higher rates of suicide attempt to consequence of the depression in the national population. Therefore, I believe that depression should be treated seriously to nullify thoughts of suicide; for this reason, the objective of this research was to determine the effects of a Behavioral Cognitive Program in depression and suicidal ideation in teenagers of a hospital in Ferreñafe.

The research was of quasi-experimental type, the population was constituted by 18 teenagers belonging to a hospital in the province of Ferreñafe. The instruments used were: The Beck Depression Inventory (BDI) by Aaron Beck and The Adaptation of Beck's Suicidal Ideation Scale (SSI) by Bobadilla (2004).

In the results, highly significant differences were found before and after the application of the cognitive behavioral program in depression and suicidal ideation in the adolescents belonging to the Experimental Group.

Keywords:

Depression, Suicidal Ideation, Cognitive Behavioral Program, Teenagers.

ÍNDICE

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Índice	vii
Introducción	9
CAPÍTULO I	
CARACTERIZACION FACTO PERCEPTIBLE DEL PROCESO DE OPTIMIZACION DE LA DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE UN HOSPITAL DE FERREÑAFE.	10
1.1 Análisis del objeto de estudio	10
1.1.1 Ubicación	10
1.1.2 Como surge el problema	12
1.2 Planteamiento del problema	14
1.3 Formulación del problema	14
1.4 Justificación e importancia	15
1.5 Objetivos	16
1.6 Variables	17
1.7 Hipótesis	19
1.8 Metodología	20
1.8.1 Diseño de investigación	20
1.8.2 Población y muestra	20
1.8.3 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	21
1.8.4 Métodos y Procedimiento para la recolección de datos	21
1.8.5 Análisis estadísticos de los datos	22

1.9 Marco teórico	22
1.9.1 Antecedentes	22
1.9.2 Marco conceptual	27
1.10 Análisis factible y discusión de los resultados de la aplicación del instrumento de depresión y del instrumento de ideación suicida, ambos de Aaron Beck, en pacientes adolescentes de un hospital de Ferreñafe.	40
1.10.1 Discusión de los resultados	51
CONCLUSIONES	55
SUGERENCIAS	56
 CAPÍTULO II	
REFERENTE TEÓRICO CIENTÍFICO HACIA LA CONSTRUCCIÓN DEL MODELO TEÓRICO ESTRUCTURAL DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE UN HOSPITAL DE FERREÑAFE	57
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
 ANEXOS	66
 CAPÍTULO III	
CONCRECIÓN DEL MODELO TEÓRICO ESTRUCTURAL DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE UN HOSPITAL DE FERREÑAFE, 2016.	67

INTRODUCCIÓN

En psicología clínica existe grandes teorías entre las que destaca la teoría cognitiva conductual basado en Aaron Beck como uno de los máximos representantes, tanto en depresión como en ideación suicida.

La necesidad de realizar un estudio sobre depresión e ideación suicida en adolescentes pertenecientes a un Hospital de la provincia de Ferreñafe, es inmediata por las diversas situaciones que se evidencia en adolescentes que presentan signos y síntomas depresivos a consecuencia muchas veces por el abandono de los padres o también porque son víctimas de violencia física y psicológica por sus pares.

El objeto es el proceso de optimización de los niveles de depresión e ideación suicida en adolescentes de un hospital de Ferreñafe.

El objetivo es determinar el efecto de un programa cognitivo conductual en la depresión e ideación suicida en adolescentes de un hospital de Ferreñafe.

El presente estudio consta de los siguientes capítulos:

Capítulo I: Caracterización factible perceptible del proceso de optimización de la depresión e ideación suicida en adolescentes de un hospital de Ferreñafe.

Capítulo II: Referente teórico científico hacia la construcción del modelo teórico estructural de un programa cognitivo conductual en la depresión e ideación suicida en adolescentes de un hospital de Ferreñafe.

Capítulo III: Concreción del modelo teórico estructural de un programa cognitivo conductual en la depresión e ideación suicida en adolescentes de un hospital de Ferreñafe.

CAPITULO I

CARACTERIZACIÓN FACTO PERCEPTIBLE DEL PROCESO DE OPTIMIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE UN HOSPITAL DE FERREÑAFE.

1.1 ANÁLISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1.1 UBICACIÓN

La presente investigación se desarrolló en un Hospital Nacional, ubicado en la provincia de Ferreñafe.

La historia del Hospital Referencial de Ferreñafe se remonta al 14 de marzo de 1971; entró en funcionamiento con sus servicios de Medicina, Cirugía, Emergencia, Laboratorio, Rayos X y Consultorios Externos, siendo su primer Director el Dr. Fernán Gonzales Pasco.

El Hospital estuvo en funcionamiento hasta el año 1987 en que el Dr. Héctor Aurich Mesones quien era Tnte. Alcalde de la Municipalidad de Ferreñafe lo entrega a ESSALUD dando cumplimiento a la Ley de Administración Compartida MINSA-ESSALUD.

Posteriormente el funcionamiento oficial como Centro de Salud Ferreñafe fue el 12 de febrero de 1995 contando con los Servicios de Emergencia, Medicina General, Odontología, Obstetricia, Hospitalización, Programas CIRA, CEDA, PAU, además del servicio de limpieza y personal administrativo.

El 01 de Julio del 2010, se procedió a la devolución del Hospital de Ferreñafe, que hasta el 30 de junio estuvo en manos de ESSALUD y que dando

cumplimiento a la Ley ha pasado a ser patrimonio de la Dirección Regional de Salud de Lambayeque.

Después de haber pasado muchos obstáculos para la devolución, el día 06 de agosto del 2010 los trabajadores del Centro Referencial de Salud de Ferreñafe tomaron posesión del local dando cumplimiento al Acta de Desintegración Funcional MINSA- ESSALUD firmada en enero del 2010 y a partir de esa fecha vienen brindando servicios de salud a la población ferreñafana.

El 06 de enero del año en curso se categorizó como Hospital Referencial de Ferreñafe bajo la resolución 001-2011-GR.LAMB/DRSL, firmada por el Director Regional de Salud Dr. Carlos Uriarte Nuñez.

El 18 de Abril del 2011 mediante resolución de Dirección Regional Sectorial N° 630-2011-GR-LAMB/DRSL se le asignó la función de Director del Hospital Referencial de Ferreñafe al Dr. César Hernán León Pérez., gestionando mejoras para la Institución con respecto a la infraestructura, recurso humano y equipamiento, contando con las especialidades de Pediatría, Traumatología, Urología, Oftalmología, Ginecología, Medicina Interna y Terapia Física y Rehabilitación.

El 14 de abril del 2012, mediante Resolución Jefatural N° 00013-2012-GR.LAMB/GERESA.L/OEAD, se le asigna las funciones como Director del Hospital Referencial de Ferreñafe al Dr. Cesar Enrique Fustamante Torres del cargo Médico I, Nivel N-1

1.1.2 COMO SURGE EL PROBLEMA

La depresión es frecuente en todas las regiones del mundo, siendo esta el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Además existen circunstancias como las presiones económicas, desempleo, desastres o conflictos que aumentan el riesgo de padecer este trastorno. (O.P.S., 2012)

En algunas circunstancias se ha podido ver los casos de depresión que llegan al suicidio; la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) ha determinado que el suicidio es un importante problema de salud, pues se encuentra entre las diez primeras causas de muerte en todas las edades. A escala mundial, sus tasas aumentaron el 60% en los últimos 45 años y en 90% de los casos está asociado con la depresión y el abuso de sustancias. Cada año se suicida un millón de personas y diariamente en el mundo 1,000 individuos consumen el hecho y otros tantos intentan hacerlo, de los cuáles sólo la décima parte lo logra.

La depresión se trata de un trastorno que pueda afectar a cualquier persona en algún momento de su vida, por lo que debe ser atendida y apoyada tanto psicológicamente como socialmente, además resalta que afecta en mayor proporción a las mujeres. (OMS, 2013)

Beck, A; Rush, A; Shaw, B. y Emery, G. (1979); definió depresión como “Un estado anormal del organismo manifestado por signos y síntomas de ánimo subjetivo bajo, actitudes nihilistas y pesimistas, pérdida de la espontaneidad y signos vegetativos específicos.”

Un informe del Instituto Nacional de Salud Mental, explica que las conductas suicidas están asociadas a la depresión y se forman desde la

infancia, si se deja que la depresión avance, en muchos casos va a llegar al suicidio, aunque no en todos. Según las estadísticas el 80% de los 334 casos de suicidios presentados en el país en el año 2013, tuvo su origen en problemas de ánimo y depresión. (Castillo, W. 2014, p. 11-12)

En el Perú hay aproximadamente un millón 700 mil personas que sufren de depresión. “Teóricamente si se trataran todos los casos, bajaríamos el porcentaje del suicidio al 20%. Sin embargo, actualmente solo el 25% de las personas que presentan este episodio acude a recibir atención en un centro de salud”. (Castillo, W. 2014, p. 11-12)

Vásquez, F. (2014), señala que en el país la mayoría de suicidas son varones. Sin embargo, alertó que en los últimos 20 años, la autoeliminación ha crecido entre los adolescentes de 12 a 14 años, sobre todo en las mujeres.

Con respecto al suicidio juvenil, se ha detectado que en el 30% de los casos; la violencia escolar, el bullying o cyberbullying, están causando el incremento de los intentos de suicidio. Esto se debe a la masificación de la quiebra de contactos en la familia y al abandono de los padres. (Vásquez, F. 2014)

Así también, tenemos que en la región de Lambayeque, el 23% de la población adolescente sufre de síntomas de ansiedad, depresión y estrés, lo que origina conductas como agresiones físicas que dan pie a los casos de bullying y que se han denunciado en los últimos meses. (Toro, R. 2014, p. 24)

Toro, R. (2014); refiere: “La cifra de síntomas ha aumentado, ya que en el 2002 nos encontrábamos en un 8% y a la actualidad ha superado en 15%”.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad somos testigos del crecimiento del índice de personas con depresión, especialmente en adolescentes de 12 a 17 años de edad, mostrando dentro de los síntomas: pérdida de interés en las actividades diarias, tristeza permanente, insomnio, sentimientos de inutilidad o de culpa. Esto debido a múltiples causas como el ser víctimas de violencia o en su mayoría conflicto familiar y por otro lado la negligencia y el abandono de los padres.

Hoy en día no es suficiente contar con servicios que ayuden a prevenir o promocionar la salud, es necesario contar con programas de intervención bien estructurados que permitan ayudar a cambiar la forma cómo se piensa (cognitivo) y cómo actúa (conductual) y lograr que estos cambios puedan ayudar a sentirse mejor.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el efecto de un programa cognitivo conductual en la depresión e ideación suicida en adolescentes de un hospital de Ferreñafe?

1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La presente investigación se realizó para comprobar el efecto del programa de intervención en adolescentes que presentan signos y síntomas depresivos a consecuencia muchas veces por el abandono de los padres o también porque son víctimas de violencia física y psicológica por sus pares, generándose así el bullying. Por otro lado los adolescentes pierden el interés de las cosas, se descuidan consigo mismo, dándose al abandono y en algunos casos llegando al hecho del suicidio.

En los últimos años, el porcentaje de adolescentes con episodios depresivos han aumentado considerablemente. Debido a la problemática observada en la población de la ciudad de Ferreñafe, se desea incrementar mayores propuestas de intervención y realización de un programa con un enfoque cognitivo conductual nos ayuda a entender cómo uno piensa acerca de sí mismo y de las personas que los rodea, y cómo lo que uno hace afecta a nuestros pensamientos y sentimientos.

Asimismo se realiza este estudio para que las autoridades regionales, directivos del hospital y la propia población en general, le den una mayor importancia al problema y puedan tomar conciencia de las consecuencias que demanda la depresión hoy en día para nuestra salud física y emocional que tanta falta hace en nuestra población.

1.5 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el efecto de un programa cognitivo conductual en la depresión e ideación suicida en adolescentes de un hospital de Ferreñafe, 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer las diferencias existentes en los niveles de depresión en los adolescentes pertenecientes al grupo experimental antes y después de la aplicación del programa cognitivo conductual.

- Establecer las diferencias existentes en los niveles de ideación suicida en los adolescentes pertenecientes al grupo experimental antes y después de la aplicación del programa cognitivo conductual.

1.6 VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES	ÍNDICES	TÉCNICAS
Variable Independiente: Programa Cognitivo Conductual	-Autorregistros. -Aserción encubierta. -Relajación. -Tareas de dominio y agrado. -Técnicas de asertividad. -Técnica de empatía. -Técnica control de impulsos. -Resolución de problemas.	_____	_____	Cualitativo
Variable Dependiente: Depresión	❖ Estado de ánimo ❖ Pesimismo ❖ Sentimientos de fracaso ❖ Insatisfacción ❖ Sentimientos de culpa ❖ Sentimientos de castigo ❖ Odio a sí mismo ❖ Autoacusación	21 preguntas del test de Beck	No depresión: 0-9 puntos Depresión leve: 10-18 puntos Depresión moderada: 19-29 puntos Depresión grave: ≥ 30 puntos	Ordinal

Depresión	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Impulsos suicidas ❖ Periodos de llanto ❖ Irritabilidad ❖ Aislamiento social ❖ Indecisión ❖ Imagen corporal ❖ Capacidad laboral ❖ Trastornos del sueño ❖ Cansancio ❖ Pérdida de apetito ❖ Pérdida de peso ❖ Hipocondría ❖ Líbido 	21 preguntas del test de Beck	_____	Ordinal
Variable Dependiente: Ideación Suicida	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actitud hacia la vida/muerte ➤ Pensamientos suicidas ➤ Proyección de intento suicida ➤ Desesperanza 	18 preguntas del test de Beck	Alto riesgo de ideas suicidas: 18-24 puntos Medio riesgo de ideas suicidas: 25-30 puntos Bajo riesgo de ideas suicidas: 31-36 puntos.	Ordinal

1.7 HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

H₁: Existe efectos significativos de un programa cognitivo conductual en la depresión e ideación suicida en adolescentes de un hospital de Ferreñafe, 2016.

H₀: No existe efectos significativos de un programa cognitivo conductual en la depresión e ideación suicida en adolescentes de un hospital de Ferreñafe, 2016.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

ψ **H₁:** Existe diferencias significativas en los niveles de depresión en los adolescentes pertenecientes al grupo experimental antes y después de la aplicación del programa cognitivo conductual.

ψ **H₀:** No existe diferencias significativas en los niveles de depresión en los adolescentes pertenecientes al grupo experimental antes y después de la aplicación del programa cognitivo conductual.

- ψ **H₂:** Existe diferencias significativas en los niveles de ideación suicida en los adolescentes pertenecientes al grupo experimental antes y después de la aplicación del programa cognitivo conductual.
- ψ **H₀:** No existe diferencias significativas en los niveles de ideación suicida en los adolescentes pertenecientes al grupo experimental antes y después de la aplicación del programa cognitivo conductual.

1.8 METODOLOGÍA

1.8.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Diseño Experimental. Tipo Cuasi Experimental y Transversal.

Busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, así como los datos se recolectan en un momento y tiempo único. Describe tendencias de un grupo, población, conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. (Hernández, Fernández & Baptista; 2016).

1.8.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo constituida por 200 adolescentes pertenecientes a un Hospital Nacional de la Provincia de Ferreñafe.

De esta población se obtuvo a través de un muestreo no probabilístico intencional 18 adolescentes que constituyó la muestra y se les aplicó el programa.

1.8.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

❖ **OBSERVACIÓN:** Consistió en observar aspectos del comportamiento de los adolescentes con depresión e ideación suicida durante la ejecución del programa cognitivo conductual, esto se verificó a través de una guía de observación por lo cual se determinó si se cumplen o no los objetivos establecidos por cada sesión programada.

❖ **EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA:** Se aplicó el instrumento de Depresión de Aaron Beck y el de Ideación Suicida de Beck, adaptado por Bobadilla. Se administró un pre test y un post test a los adolescentes que conformaron el grupo.

La evaluación pre test fue para determinar los niveles de depresión e ideación suicida antes de la aplicación del programa y el post test fue para determinar si se logró disminuir los niveles de depresión e ideación suicida después de la aplicación del programa.

1.8.4 MÉTODOS Y PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó el método cuantitativo, cuyo proceso es secuencial, ya que usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico descriptivo e inferencial, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández; et al. 2016).

Se realizó la revisión bibliográfica del programa cognitivo conductual y el manual de depresión de Aaron Beck.

1.8.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LOS DATOS

Los datos de la investigación que se aplicaron son: la media, desviación estándar y moda. Ello está acompañado de tablas unidimensionales de frecuencias y porcentajes. Para una mejor ilustración de los resultados se diseñó figuras de barras.

Todo el análisis estadístico de los datos se realizó en el software del SPSS versión 22 español y como medio auxiliar el programa de Excel 2016.

1.9 MARCO TEÓRICO

1.9.1 ANTECEDENTES

A NIVEL INTERNACIONAL

Gunnel, D (2004); en un estudio descriptivo, investigó sobre los pensamientos suicidas en la población en general a través de una encuesta de seguimiento. Obteniendo que la incidencia anual de los pensamientos suicidas fue del 2.3%, siendo la más alta en mujeres y entre los 16 – 24 años de edad.

Rosello, J. (2011) examinó la relación entre Ideación Suicida, Depresión, Autoestima, Actitudes Disfuncionales y eventos de Vida Negativos en una muestra clínica de adolescentes puertorriqueños, entre las edades de 12 a 18 años. Los participantes fueron evaluados con los siguientes instrumentos: Identificación de riesgo suicida en adolescentes (IRSA), inventario de depresión para niños (CDI), escala de autoconcepto de PiersHams (PHCSCS), lista de eventos estresantes (EVE) y la escala de actitudes disfuncionales (DAS). Los resultados revelan que los eventos de

vida estresantes reportados más frecuentemente fueron: cambio de escuela, trabajo o casa (51%), dificultades económicas (47%), rompimiento con novio (40%), dificultades con algún miembro de la familia (36%), y muerte de un familiar o amigo (35%).

Gonzales (citado por Borrego R.E. y Cols. 2007) evaluó el clima social familiar de los jóvenes estudiantes relacionados con la ideación suicida, para lo cual utilizó los instrumentos: escala de ideación suicida de A. Beck y clima social familiar de Moos, en las cuales se evaluó la presencia de pensamientos y sentimientos sobre la muerte, obteniéndose como resultado que el 51% de estudiantes pensó por lo menos en la última semana en suicidarse, lo cual alcanza un nivel alto. Así mismo el 47% de mujeres evaluadas presentó algunos síntomas de ideación suicida, ello muestra que el 63.6% de varones indican que piensan más en el suicidio que las mujeres, como también se encontró alta correlación entre clima social familiar y la ideación suicida.

Virsed, J. y Otros (2010) en su aporte de “Afrontamiento e ideación suicida en adolescentes”, ejecutado en México, presenta un estudio realizado en 569 adolescentes, donde se aplicó el Inventario Suicida de Beck, teniendo como respuesta que un 78% afronta su situación, minimizando los pensamientos autodestructivos, mientras que el 22% presenta un aumento en riesgo suicida.

A NIVEL NACIONAL

Bulnes, M. (2005) en su investigación “Ajuste Psicosocial y Estado Depresivo en adolescentes de centros escolares de Lima Metropolitana”, utilizó el Inventario de adaptación de conducta y el cuestionario de Depresión Children Depresión Scale (CDS) para niños y adolescentes donde se obtuvo que existe una relación significativa entre ambas variables. Este tipo de investigación fue de tipo básica y de diseño descriptivo comparativo y correlacional, trabajándose con un total de 480 escolares de centros educativos estatales y particulares cuyas edades oscilan entre los 12 - 17 años, teniendo como resultado que los problemas psicosociales afectan de manera directa a los adolescentes y conllevan a indicios de una depresión.

Lazard (citado por Borrego R.E & Cols. 2007) en un estudio, realizado en la ciudad de Lima, con 109 adolescentes de 12 y 16 años, relaciono la probabilidad de riesgo suicida con la pérdida del padre por muerte o abandono, y se identificó por medio de la medición de factores de la ideación suicida, desesperanza, actitud negativa del self y hostilidad. Al correlacionarlas con la variable “riesgo suicida” se encontró que las cuatro eran significativas, sin embargo, la ideación suicida ocupa el primer lugar. Y a medida que aumenta la escala de riesgo suicida aumenta también la ideación suicida. Esto explica porque estas personas pocas veces llegan al suicidio consumado en forma abrupta; casi siempre hacen fantasías y piensan en el suicidio como una manera de solucionar estos conflictos. Cuando la idea de suicidarse ocupa por completo el pensamiento del sujeto, este imagina que lo lleva a cabo (ideación y fantasías suicidas).

Cano, Gutierrez & Nizama (2009), llevaron a cabo una investigación titulada “Tendencia a la violencia e Ideación suicida en adolescentes escolares en la ciudad de la Amazonía Peruana” en la cual encontraron que existe alta prevalencia de ideación suicida, y que el pensar en quitarse la vida se asoció con haber presentado una conducta violenta dirigida hacia otro. Rastrear y tratar a adolescentes violentos puede contribuir a la disminución de la violencia y también el riesgo de suicidio.

A NIVEL LOCAL

Ramos, (2002) en la investigación “Evaluación de los factores de riesgo suicida en pacientes con intento de suicidio, Hospital Las Mercedes – Chiclayo”, la población muestral fue de 52,404 pacientes. Durante el período de estudio llegaron a ingresar 56 pacientes clínicos de emergencia, 43 de intento de suicidio, 12 gestos suicidas, la mayoría por ingestión de medicamentos, 1 murió. Se realizó un trabajo de tipo descriptivo, prospectivo y transversal. Para el estudio epidemiológico los datos fueron registrados en ficha de evaluación del estado mental. Formato de evaluación inicial DSM IV. Para la evaluación de los factores de riesgo se emplearon guías de valoración de las mismas. Con este estudio se llegó a la conclusión que la tasa de incidencia de intento suicidio en el H.R.D.L.M. fue de 33 casos por 10,000 atenciones médicas.

Pisfil, J. y Viera, M. (2007) en la tesis “Relación entre sucesos de vida y depresión en alumnos preuniversitarios de academia Excelsis-Lambayeque – 2007”, realizado en Perú- Chiclayo. La investigación es de

tipo correlacional, teniendo como muestra a 320 alumnos de 16-19 años, hallándose una relación significativa, concluyendo en:

Las mujeres son más sensibles en cuanto a problemas personales, aumentando la posibilidad de padecer una depresión, mientras que los varones manejan con mayor facilidad situaciones estresantes y/o amenazantes, minimizando el riesgo de sufrir una depresión.

Barrio, R. (2008) en la tesis “Relación entre los niveles de depresión y niveles de desajuste del comportamiento psicosocial en adolescentes de la Institución Educativa Nacional José María Arguedas del Distrito de La Victoria – 2008”. , ejecutado en Perú – Chiclayo, encontramos que esta investigación es de tipo correlacional, donde se tomó en cuenta a adolescentes de 13-16 años de edad, hallándose una relación significativa conllevando una relación moderada y media en un 50.8% entre los niveles de ambas variables, mostrando así que estos alumnos de la Institución Educativa presentan respuestas afectivas de tristeza y dificultades para interactuar con los demás, es por ello que los adolescentes suelen mostrarse agresivos, intolerantes y son pobres en habilidades sociales.

Terán, C. y María, V. (2009) en su estudio sobre “Test de Ideación suicida CATD y VAMR”, realizado en la Universidad Señor de Sipán, Perú-Chiclayo. Se trabajó con 2,873 adolescentes de ambos sexos de 13-17 años de edad utilizándose la técnica probabilística de muestreo aleatorio simple, teniendo como resultado que un mayor porcentaje presenta ideas suicidas por situaciones amenazantes y/o estresantes, conllevando a la depresión y aislamiento social.

1.9.2 MARCO CONCEPTUAL

DEPRESIÓN - DEFINICIONES

Beck, A. (1983) Citado por Cardozo, E y Suarez (2012): Considera que la depresión se caracteriza por procesos negativos distorsionados de la información del entorno, una visión negativa del YO y del futuro; el cual conduce al resto de síntomas afectivos conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan el síndrome depresivo.

Clasificación Internacional de Enfermedades. (CIE 10, 1992): Al referirse a los episodios depresivos este manual indica que, por lo general, el enfermo sufre humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar las cosas, disminución de la vitalidad con reducción de la actividad y cansancio exagerado, incluso tras un esfuerzo mínimo.

Asabache & Iglesias (2003): Depresión es una alteración del estado de ánimo que se caracteriza por un procesamiento negativo distorsionado de la información de sí mismo, de las cosas que sucede a su alrededor y del futuro. Los cuales conduce a una postura excesivamente autoritaria, pérdida de energía y la motivación.

Rojas, F. (2006) Citado por Pisfil, J (2007): “Depresión es un estado emocional alterado que se caracteriza por la presencia de tristeza acompañado por síntomas tales como: preocupación, pérdida del sueño y apetito, desinterés falta de placer en la realización de actividades que anteriormente la persona desarrollaba sin inconvenientes”

ORIGEN DE LA DEPRESIÓN

Pisfil, J. y Viera, M. (2007) refiere que el origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición confluyen factores biológicos, genéticos y psicosociales.

Factores Biológicos

- Hay evidencias de los neurotransmisores, citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad.
- Hay evidencias de alteraciones de los neurotransmisores, citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad.
- La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en los ejes hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionados con los neurotransmisores, así como alteraciones inmunológicas asociadas a citoquinas en el trastorno depresivo mayor. Esto parece apuntar a una fuerte relación entre la serotonina y el sistema inmune en esta patología.

Factores Genéticos

- Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica.
- En algunas familias la depresión mayor se presenta generación tras generación.

- Sin embargo, la depresión mayor también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo se asocia a menudo con cambios en las estructuras o funciones cerebrales.

Factores Psicosociales

- Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista, se abruma fácilmente por el estrés, están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad.
- La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación.
- La pérdida de un ser querido, los problemas en una o en muchas de sus relaciones interpersonales, los problemas económicos o cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo.

FASES DE LA DEPRESIÓN

Ríos, J. (2016); hace mención que la depresión puede tener diversos tipos de cursos y la sintomatología concreta puede variar de persona a persona, se considera que quien la padece pasa por una serie de fases hasta desarrollarla por completo. Son las siguientes:

1. **Desencadenante:** la persona sufre un episodio traumático o estresante, una situación desagradable que es prolongada en el tiempo, y no es capaz de lidiar con esa tristeza. (Ríos, J. 2016)
2. **Asentamiento de la depresión:** cuando esta sensación de tristeza dura más de dos semanas, se establece la depresión. La persona sufre una sensación de que no puede hacer nada frente a su problema, apatía, falta de motivación, y un sentimiento de vacío. Empieza a desarrollar pensamientos limitantes, cada vez más negativos y recurrentes que no puede controlar.
3. **Abandono de actividades agradables:** la persona evita actividades que antes le gustaba por falta de motivación, como salir con amigos, estar con la familia, escuchar música. La apatía de la persona depresiva al no recibir impulsos agradables sus pensamientos negativos se agravan: “No me apetece”, “No me voy a divertir” o “No quiero que me pregunten qué me pasa”. Esta apatía se acaba convirtiendo en un círculo vicioso que empeora el nivel de la depresión. Son síntomas de depresión claros.
4. **Incumplimiento de responsabilidades:** una depresión en un estado muy avanzado puede llevar a que el afectado no pueda ser capaz de realizar actividades necesarias para vivir: ir a trabajar o a la escuela, ocuparse de su familia o realizar las labores domésticas. La persona siente que le faltan las fuerzas para salir de la cama y deja de asearse. En los casos más graves, esta inhibición total de actividades lleva a un estado de apatía total y a pensamientos suicidas.

Lo primero que se tiene que tener en claro, para vencer la depresión, es que es una enfermedad. (Ríos, J. 2016)

CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN

Pisfil, J. y Viera, M. (2007), refiere que las consecuencias de una depresión son las siguientes:

- ✓ Estado de ánimo depresivo. Se le nota triste o la persona dice sentirse triste, vacío.
- ✓ Estado de irritabilidad.
- ✓ Desgano al hacer actividades diarias.
- ✓ Fatiga o pérdida de energía.
- ✓ Agitación motora o enlentecimiento.
- ✓ Pérdida o aumento de peso.
- ✓ Rendimiento académico disminuido.
- ✓ Interacción social y familiar disminuida.
- ✓ Evasión de actividades recreativas.
- ✓ Insomnio o hipersomnia.
- ✓ Baja autoestima.
- ✓ Falta de atención y dificultades para llevar a cabo labores de pensamiento.
- ✓ Pensamientos recurrentes de muerte.
- ✓ Actividades autodestructivas.
- ✓ Exposición de actividades de alto riesgo.

CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Beck, A. (1983) Citado por Cardozo, E y Suarez (2012); refiere tres niveles de gravedad de la depresión, entre ellos tenemos:

Depresión Leve: la persona generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad; los cuales además no interfieren con sus actividades, es decir estas no se ven perjudicadas debido que la sintomatología experimentada es mínima.

Depresión Moderada: el pensamiento de la persona se ve atacada por ciertas ideas negativas aunque existan o no una conexión lógica entre su situación real y su modo negativo de interpretarlo.

Depresión Profunda: en estos casos el pensamiento está totalmente invadido por pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y encuentra difícil concentrarse en estímulos externos o emprender actividades mentales voluntarias.

La diferencia entre el estado depresivo leve, moderado y profundo se basa en la valoración clínica que incluye el número, el tipo (factores sociales, personales y culturales) y la gravedad de los síntomas presentes.

IDEACIÓN SUICIDA

Beck, (1976) Citado por Bobadilla & Col (2004); amplia el concepto de la siguiente manera: “El ideador suicida se puede definir como la persona que conscientemente planea y desearía cometer suicidio, pero que no ha hecho intento manifiesto de suicidio. Así mismo se puede presumir que la ideación suicida al intento o consumación le precede y está reflejando en últimas un resultado: el grado en que el individuo ha sido capaz de sobrellevar un impedimento interno al deseo de suicidarse.

Shneidam (1994) Citado por Bobadilla & Col (2004) consolida que la “ideación suicida se define como pensamientos de muerte o a pensamientos acerca del suicidio con intentos de neutralización”

Colchado, E (2013), refiere que la ideación suicida es el constante pensamiento de autodestrucción, mostrándose escaso valor a la vida, asociándose una baja autoestima, depresión o un motivo por no seguir adelante”.

Goldney (1982) Citado por Bobadilla & Col (2004); “La ideación suicida son cogniciones que pueden variar desde pensamientos fugaces de que la vida no vale la pena vivirla, pasando por planes muy explícitos”

CLASIFICACIÓN DE IDEAS SUICIDAS

Bobadilla & Col (2004) define cuatro clases:

Idea suicida sin un método específico: pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: “No sé, porque lo voy a hacer”.

Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado: el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo”.

Idea suicida con un método específico no planificado: el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuando lo va a ejecutar, en que preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.

Plan suicida o idea suicida planificado: el individuo desea suicidarse y ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.

Gunnel, D. (2004) refiere que en la aparición de ideas y en el acto del suicidio existen factores genéticos, sociales, ambientales y psicológicos.

Factores Genéticos

- Una historia familiar de suicidio está asociada a conductas suicidas en todas las fases del ciclo vital y a intentos violentos, que a su vez, están en íntima asociación con un trastorno psiquiátrico. Estudios con gemelos, mostraron que los monocigóticos presentan una mayor concordancia para el suicidio que los dicigóticos.

Factores Demográficos

- El género masculino comete más suicidio que el femenino, siendo la proporción de las mujeres hacen más intentos en la misma proporción. En cuanto al intento acontece predominantemente en: mujeres entre 20 y 29 años, ingiriendo pesticidas y otros medicamentos. (Gunnell, D. 2004)
- Gunnell, D. (2004), la etapa de los 15 a 24 años, el suicidio es la tercera causa de muerte siendo más común en jóvenes de clase social baja, con tratamiento psiquiátrico previo, con historial de homosexualidad, con algún trastorno de la personalidad y/o abuso de sustancias e intento de suicidio previo.

Factores Sociales

- Gunnell, D. (2004), el suicidio es asociado con escaso apoyo social. El individuo que tenga uno o dos grandes amigos está más protegido que aquel que vive aislado/ vive solo o tiene pocos amigos. Los individuos viudos, se suicidan más que los solteros/ divorciados y casados.
- Gunnell, D. (2004); la familia disfuncional o en conflicto permanente aumenta el riesgo de suicidio de sus integrantes. El aislamiento

social, se asocia con riesgo de suicidio pero no todas las relaciones sociales protegen al individuo.

Factores Ambientales

- Situaciones estresantes, tanto en el ámbito individual (falta de recursos económicos, secuestro, muerte de una persona próxima, divorcio, salida de los hijos de casa, conflicto, separación, rechazo, fracaso o humillación) pueden ser desencadenantes de aumento de las tasas de suicidio. (Gunel, D. 2004)

Factores Psicológicos

- La mayoría de los pacientes suicidas tienen una historia reciente de pérdida/ que puede ser real, imaginada o temida, y existe un evento reciente en la vida de la persona que parece funcionar como desencadenante, como divergencia o pérdida de alguien importante, disolución de una relación amorosa.
- El carácter de impulsividad, de dependencia a expectativas irrealistas, puede interferir en el riesgo de suicidio. Una persona impulsiva puede, súbitamente, pensar que el suicidio terminaría con su sufrimiento y actuar en consecuencia. Individuos que son dependientes de otros para mantener su autoestima, a pesar del apoyo existente, siempre se sienten frustrados y pueden acabar intentando el suicidio. Personas con expectativas irrealísticamente altas para sí y para otros, frecuentemente sufren profundas decepciones, con el consiguiente aumento de riesgo suicida.
- La depresión es el trastorno psiquiátrico más asociado al suicidio. Las personas deprimidas pueden intentar el suicidio, exactamente

cuándo parecen que se están recuperando de la depresión, pues la mejoría de la disposición puede permitir la tentativa. (Gunel, D. 2004)

ÁREAS DE LA IDEACIÓN SUICIDA

Colchado, E.S. (2013) (Op. cit Bobadilla, 2004) define cuatro áreas:

- ψ **Actitud hacia la vida/muerte:** expresa que las actitudes cambian con el tiempo y reflejan los temores, las esperanzas, las expectativas, la conciencia comunitaria y también individual de la muerte.
- ψ **Pensamientos/deseos suicidas:** los pensamientos suicidas pueden ser un síntoma de depresión o una señal de que la persona no puede enfrentarse a una serie de acontecimientos personales que le parecen, en su momento, insoportables.
- ψ **Proyecto de intento suicida:** es la disposición que la persona se ha formado para realizar o ejecutar un plan o estrategia que tenga como fin acabar con su vida.
- ψ **Desesperanza:** es el deseo de escapar de algo que uno considera que es un problema insoluble y no tiene esperanza de que el alivio del mismo sea posible en el futuro. La desesperanza tiene que ver en este sentido como un sistema de esquemas cognitivos que parte del elemento común de las expectativas negativas, hasta que lleva a un sentimiento general de desesperación y de falta de intención de vivir.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE UNA PERSONA CON IDEACIÓN SUICIDA

Nicolás, Y. (2015) indica que existen señales que identifican a una persona con algún comportamiento suicida:

- ψ **Cambio conductual:** cuando las personas que normalmente se muestran activas se retraen, se separan de los amigos, se encierran en su cuarto, lloran, se mantienen callados, se muestran ansiosos, intranquilos, irritables, agresivos. Otras pasan de la precaución a incurrir en riesgos, llaman la atención con conductas raras, escuchan música triste, usa ropa de color oscuro, deja de bañarse, arreglarse o usar accesorios (aretes, maquillaje, gorros, etc).
- ψ **Comunicación:** expresiones verbales como “Ojalá estuviera muerto”, “Cómo quisiera dormir y no despertar”, “Quisiera irme lejos y no regresar”, “Mi vida no tiene sentido”. Habla continuamente del tema de la muerte, gestual y corporalmente, muestran decaimiento, postura encorvada, cabizbaja y distante.
- ψ **Señales de Depresión:** tristeza profunda, un gran sentimiento de desesperanza, no hay visión de futuro, la persona no tiene proyectos, no goza ni disfruta la vida, desmotivación, culpa. Además hay cambios en los hábitos de sueño y alimentación, aumento o disminución de la fatiga que puede estar asociada a ansiedad.

- ψ **Compras inusuales:** compra venenos, soga, arma de fuego o navajas, hojas de afeitar, cuchillos, etc. Interés repentino por las compras de pólizas de seguro de vida.
- ψ **Herencias:** regala objetos personales que considera muy valiosos, como por ejemplo, su reloj, su collar o sortija de oro; su colección de música o películas; su computadora, celular, sus juguetes preferidos en casos de niños y adolescentes, o adelanta las herencias en caso de adultos mayores.
- ψ **Consumo de alcohol o drogas:** recurren al consumo del alcohol y de drogas como tentativa de escapar y/o disimular sus pensamientos catastróficos de perturbación que van padeciendo. Con el paso del tiempo la persona siente más necesidad por consumir para tranquilizar sus penas y emociones.
- ψ **Conflictos en la escuela y/o familia:** es víctima de bullying y, en algunos casos, victimario; obtiene notas bajas, repite el ciclo o el año académico. No tiene un grupo de pertenencia, problemas serios con los compañeros, atraviesa crisis familiares como, por ejemplo, divorcio, separación, violencia, etc.
- ψ **Intentos previos de suicidio:** esta es la señal de mayor riesgo suicida, muchas personas que se han suicidado ya lo habían intentado antes. Además, hay que tomar en cuenta los antecedentes de conducta suicida en la familia. (Nicolás, Y. 2015)

1.10 ANÁLISIS FACTO PERCEPTIBLE Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1: *Análisis descriptivo de la media, mediana y desviación típica antes de la aplicación del Programa Cognitivo Conductual en la Depresión.*

Se observa una media de 18,55; la mediana es de 16,50 y una desviación típica de 5,63 en los adolescentes pertenecientes a un hospital de Ferreñafe, antes de la aplicación del programa.

Estadístico	Puntajes
Media	18,55
Mediana	16,50
Moda	14,00
Desv. típ.	5,63
Varianza	31,79
Rango	21,00
Mínimo	14,00
Máximo	35,00

Fuente: Resultados obtenidos en el software SPSS versión 22

Tabla 2: *Análisis descriptivo de los niveles de depresión en adolescentes pertenecientes a un hospital, antes de la aplicación del Programa Cognitivo Conductual.*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Depresión Leve	12	67%
Depresión Moderada	4	22%
Depresión Grave	2	11%
Total	18	100%

Fuente: Resultados obtenidos en el software SPSS versión 22

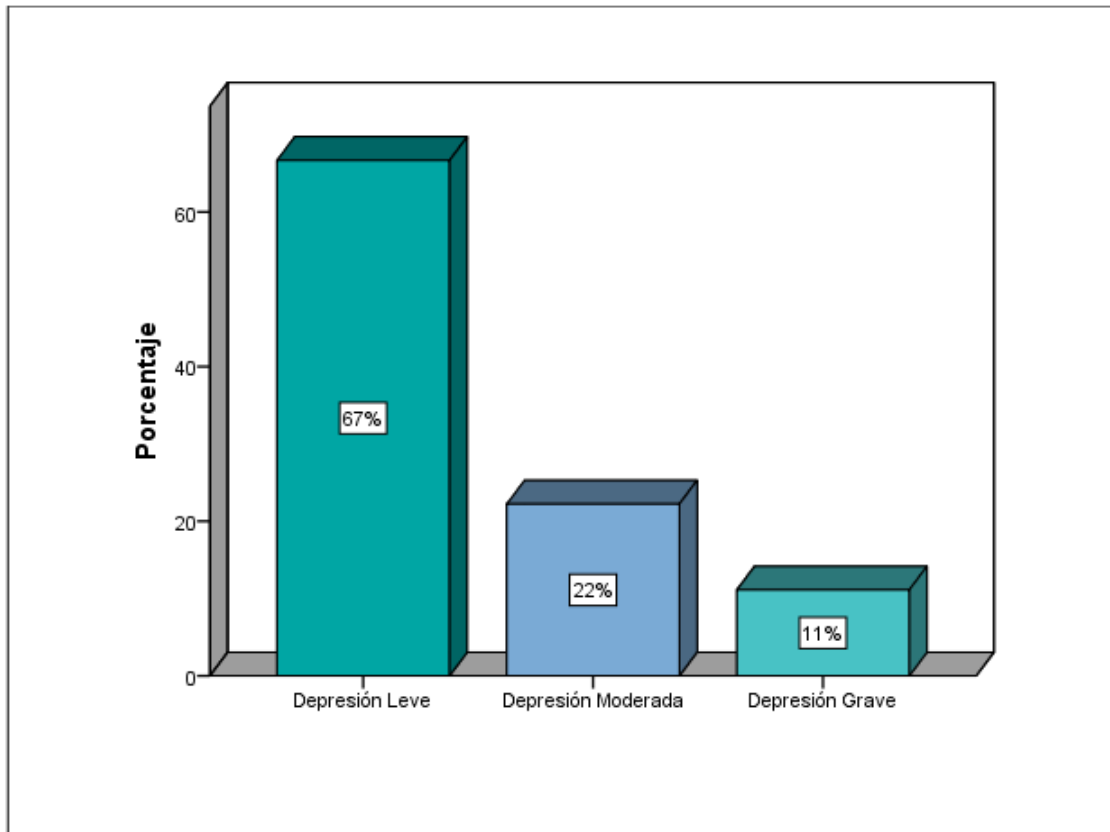


Figura 1

Análisis descriptivo de los niveles de depresión en adolescentes, pertenecientes a un Hospital de Ferreñafe, antes de la aplicación del Programa Cognitivo Conductual.

Observamos un mayor porcentaje en adolescentes que presentan signos y síntomas de depresión leve representada por el 67% de la población, así mismo el 22% presentan indicadores de depresión moderada y el 11% se halla en un nivel de depresión grave.

Tabla 3: *Análisis descriptivo de la media, mediana y desviación típica después de la aplicación del Programa Cognitivo Conductual en la Depresión.*

Se observa una media de 1,72; la mediana es de 2,00 y una desviación típica de 1,74 en los adolescentes pertenecientes a un hospital de Ferreñafe, después de la aplicación del programa.

Estadístico	Puntajes
Media	1,72
Mediana	2,00
Moda	,00
Desv. típ.	1,74
Varianza	3,03
Rango	5,00
Mínimo	,00
Máximo	5,00

Fuente: Resultados obtenidos en el software SPSS versión 22

Tabla 4: *Análisis descriptivo de los niveles de depresión en adolescentes pertenecientes a un hospital, después de la aplicación del Programa Cognitivo Conductual.*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
No Depresión	18	100%

Fuente: Resultados obtenidos en el software SPSS versión 22

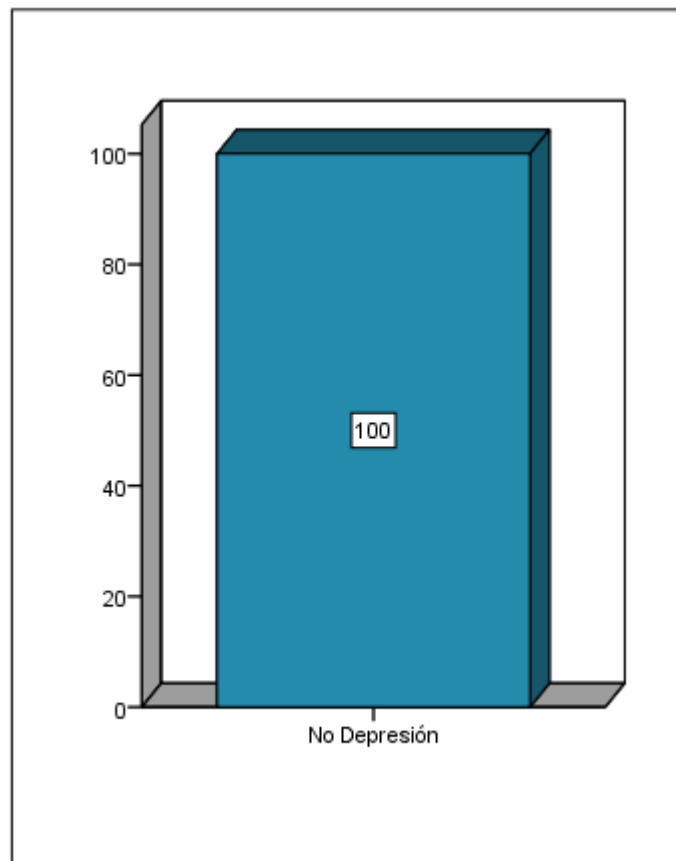


Figura 2

Análisis descriptivo de los niveles de depresión en adolescentes, pertenecientes a un Hospital de Ferreñafe, después de la aplicación del Programa Cognitivo Conductual.

Podemos observar, que efectivamente el 100% de los adolescentes luego de la aplicación del programa cognitivo conductual, se encuentran dentro de la categoría No depresión, indicando que en su totalidad la población no presenta signos o síntomas de alguno de los niveles depresivos.

Tabla 5: *Análisis descriptivo de la media, mediana y desviación típica antes de la aplicación del Programa Cognitivo Conductual en la Ideación Suicida.*

Se observa una media de 22,16; la mediana es de 21,50 y una desviación típica de 1,94 en los adolescentes pertenecientes a un hospital de Ferreñafe, antes de la aplicación del programa.

Estadístico	Puntajes
Media	22,16
Mediana	21,50
Moda	21,00
Desv. típ.	1,94
Varianza	3,79
Rango	7,00
Mínimo	19,00
Máximo	26,00

Fuente: Resultados obtenidos en el software SPSS versión 22

Tabla 6: *Análisis descriptivo de los niveles de ideación suicida en adolescentes pertenecientes a un hospital, antes de la aplicación del Programa Cognitivo Conductual.*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	11	61%
Medio	7	39%
Total	18	100%

Fuente: Resultados obtenidos en el software SPSS versión 22

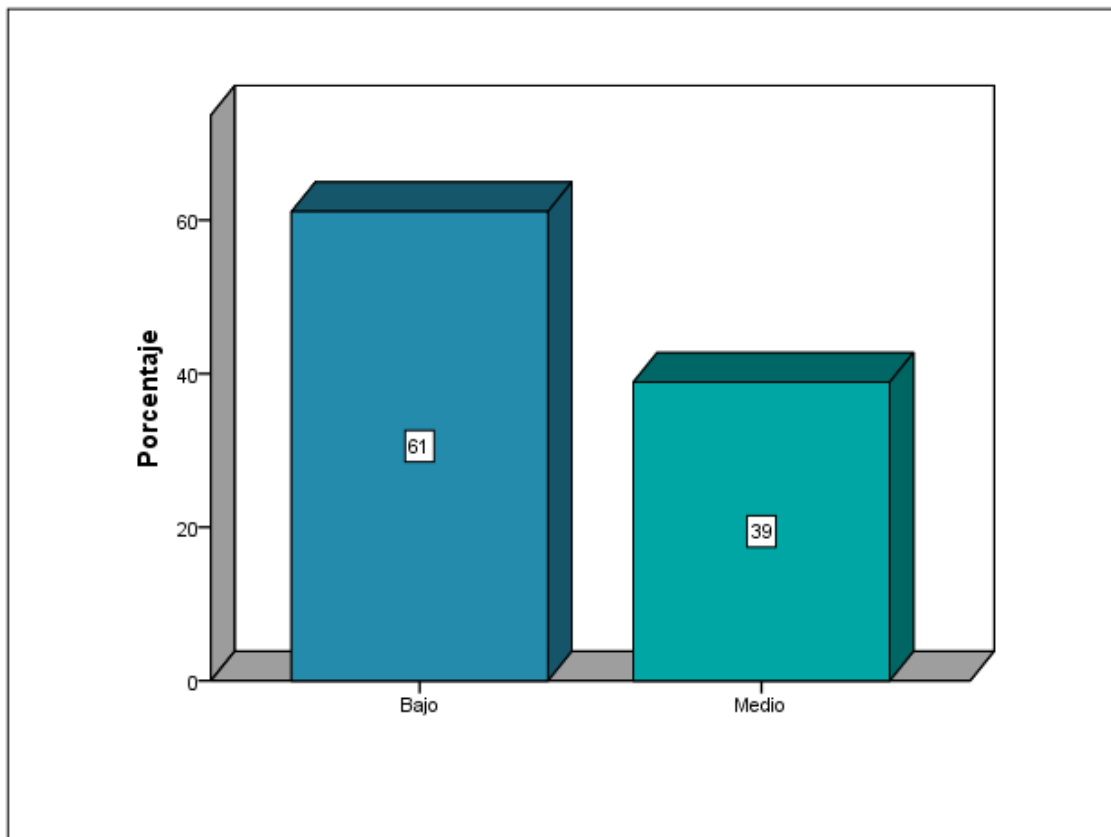


Figura 3

Análisis descriptivo de los niveles de ideación suicida en adolescentes, pertenecientes a un Hospital de Ferreñafe, antes de la aplicación del Programa Cognitivo Conductual.

Podemos observar un mayor porcentaje en adolescentes que presentan bajos niveles de ideación suicida representada por el 61% de la población, a diferencia del 39% de adolescentes que se hallan en un nivel medio, lo que indica que presentan un estado psicológico que consiste en humor depresivo, desesperanza y desesperación.

Tabla 7: Análisis descriptivo de la media, mediana y desviación típica después de la aplicación del Programa Cognitivo Conductual en la Ideación Suicida.

Se observa una media de 18,27; la mediana es de 18,00 y una desviación típica de 0,46 en los adolescentes pertenecientes a un hospital de Ferreñafe, después de la aplicación del programa.

Estadístico	Puntajes
Media	18,27
Mediana	18,00
Moda	18,00
Desv. típ.	,46
Varianza	,21
Rango	1,00
Mínimo	18,00
Máximo	19,00

Fuente: Resultados obtenidos en el software SPSS versión 22

Tabla 8: Análisis descriptivo de los niveles de ideación suicida en adolescentes pertenecientes a un hospital, después de la aplicación del Programa Cognitivo Conductual.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	18	100%

Fuente: Resultados obtenidos en el software SPSS versión 22

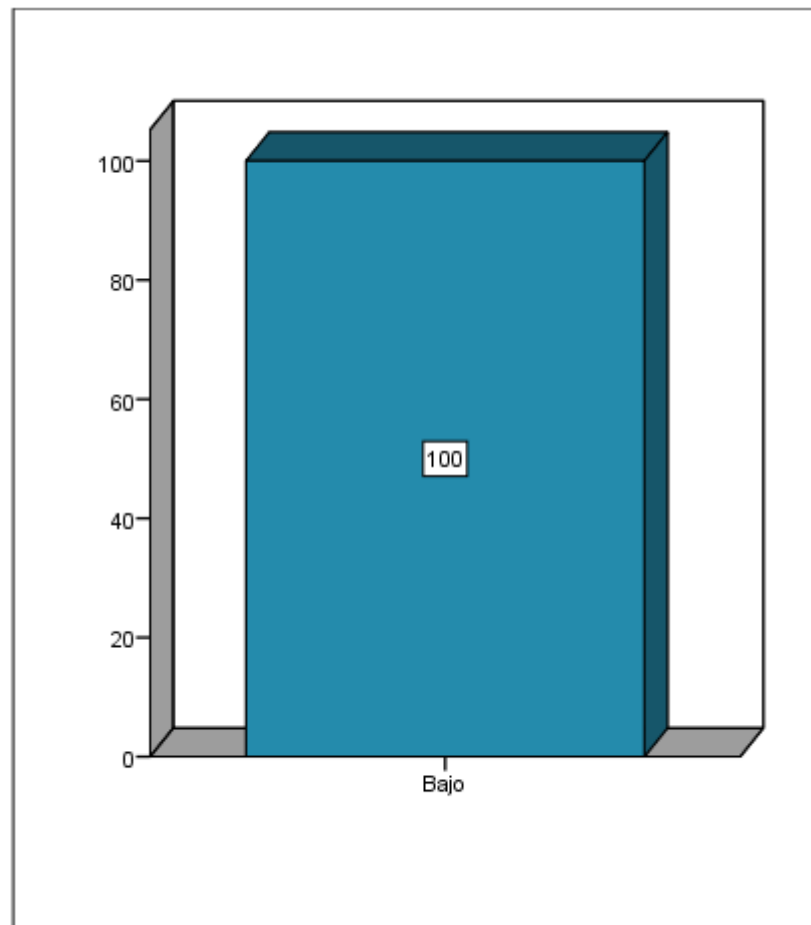


Figura 4

Análisis descriptivo de los niveles de ideación suicida en adolescentes, pertenecientes a un Hospital de Ferreñafe, después de la aplicación del Programa Cognitivo Conductual.

Podemos observar, que el 100% de los adolescentes luego de la aplicación del programa cognitivo conductual, presentan un nivel bajo en ideación suicida, lo que nos indica que piensan de manera positiva, y tienen la esperanza que las dificultades que presentan en algunos momentos de su vida se resolverá de la mejor manera.

Tabla 9: Comparación de medias de acuerdo al Pre y Post Test para la comprobación de Hipótesis General.

Se halló diferencias altamente significativas antes y después de la aplicación del programa cognitivo conductual para la depresión e ideación suicida en el grupo experimental. ($p < 0,01$)

Variables	Diferencias relacionadas							
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		T	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Puntajes del Pre y Post Test	16,83	6,35	1,49	13,67	19,99	11,23	17	,00
DEPRESIÓN								
Puntajes del Pre y Post Test IDEACIÓN	3,88	1,96	,46	2,91	4,86	8,38	17	,00

Fuente: Resultados obtenidos en el software SPSS versión 22

Tabla 10: Comparación de medias de acuerdo al Pre y Post Test para la comprobación de la Primera Hipótesis Específica.

Se puede observar la comparación de medias que se han realizado con referencia al Pre y Post test en el caso de Depresión, se connota el nivel de sig. (bilateral) en donde es 0,00 y por lo tanto a comparación con el nivel de significancia trabajado (0,01) se deduce que siendo menor el valor de sig. (bilateral) al nivel de significancia trabajado, se acepta la primera hipótesis alternativa de las hipótesis específicas. Esto quiere decir que si existen diferencias altamente significativas en los niveles de depresión antes y después de la aplicación del programa cognitivo conductual.

Variables	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
Puntajes del Pre Test DEPRESIÓN	13,96	17	,00	18,55
Puntajes del Post Test DEPRESIÓN	4,19	17	,00	1,72

Fuente: Resultados obtenidos en el software SPSS versión 22

Tabla 11: Comparación de medias de acuerdo al Pre y Post Test para la comprobación de la Segunda Hipótesis Específica.

Se puede observar la comparación de medias que se han realizado con referencia al Pre y Post test en el caso de Ideación Suicida, se connota el nivel de sig. (bilateral) en donde es 0,00 y por lo tanto a comparación con el nivel de significancia trabajado (0,01) se deduce que siendo menor el valor de sig. (bilateral) al nivel de significancia trabajado, se acepta la segunda hipótesis alternativa de las hipótesis específicas. Por lo tanto se puede afirmar la existencia de diferencias altamente significativas en los niveles de ideación suicida antes y después de la aplicación del programa cognitivo conductual.

Variables	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
Puntajes del Pre Test IDEACIÓN	48,28	17	,00	22,16
Puntajes del Post Test IDEACIÓN	168,25	17	,00	18,27

Fuente: Resultados obtenidos en el software SPSS versión 22

1.10.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El objetivo del presente estudio fue determinar el efecto de un programa cognitivo conductual en la depresión e ideación suicida en adolescentes de un hospital de Ferreñafe, 2016.

Los resultados presentados generan a su vez una serie de observaciones y comentarios, los que serán tratados de acuerdo al sistema hipotético conceptual planteado en esta investigación; por lo cual se tendrán en cuenta los siguientes niveles de análisis: el marco hipotético, lo correspondiente a la hipótesis general, y lo referido a las hipótesis específicas.

Con la aplicación del programa cognitivo conductual, los adolescentes de un hospital de la Provincia de Ferreñafe, aprendieron a identificar y modificar sus pensamientos negativos por otros más realistas y sobretodo positivos, resolviendo sus problemas y situaciones que creen insuperables; así como también les permitió recuperar su estado de ánimo. Esto concuerda con lo que halló Virsed, J. y otros (2010) el 78% de adolescentes afrontan sus situaciones minimizando los pensamientos negativos autodestructivos.

En consecuencia el programa permitió disminuir los niveles de depresión y de ideación suicida a un nivel de significancia de 0, 00 lo cual nos da entender que se mostró efectos altamente significativos, esto coincide con la investigación realizada por Borja, C. (2014) acerca de "Efectos de un programa cognitivo conductual en las ideas suicidas en estudiantes de 4° año de secundaria" cuyos resultados obtenidos fueron,

hubo evidencias después de la aplicación del programa cognitivo conductual se observaron diferencias altamente significativas en los participantes.

De igual manera el resultado de la presente investigación concuerda con Roselló, J. (2011), realizó una investigación denominada “Ideación Suicida y respuesta a la Terapia Cognitiva Conductual en adolescentes puertorriqueños con depresión mayor”, como síntoma principal era la presencia recurrente de ideas suicidas. Al finalizar dicha investigación, concluyó que la mayoría de los adolescentes con depresión e ideación suicida tratados con la terapia cognitivo conductual redujeron significativamente sus pensamientos suicidas. El trabajo de Roselló avala la presente investigación en el sentido que ya se ha probado este tipo de tratamiento en poblaciones semejantes, ya que la Terapia Cognitiva Conductual nos ayuda a entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a los pensamientos y sentimientos, puede ayudar a cambiar la forma cómo piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual") y estos cambios pueden ayudar a sentirse mejor. A diferencia de otras terapias, la Terapia Cognitivo Conductual se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora". En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico actual.

En la etapa de la adolescencia según manifiesta Goldston y Daniel (2011), los adolescentes difieren de los adultos jóvenes en una vía en la que esta etapa de la vida puede aumentar el riesgo de conductas suicidas. La vulnerabilidad de presentarse la ideación suicida puede ser explicada por la necesidad de adaptación a estos cambios psicosociales, a aquellos factores

sociales que la convierten en un período de mayor riesgo para la aparición de problemas en la salud mental, especialmente si a ello se le suman acontecimientos que aumentan la carga emocional, como la falta de comunicación con los padres, dificultades para alcanzar las aspiraciones propias o las expectativas de los padres y conflictos familiares o escolares; tal como lo menciona Gunel, D. (2004), la familia disfuncional o en conflicto permanente aumenta el riesgo de suicidio de los integrantes, el aislamiento social; se asocian con riesgo de suicidio y no todas las relaciones sociales protegen al individuo.

En relación al contexto familiar; Lai, S. y Shek, D. (2009) en una investigación de 5,557 estudiantes de secundaria de Hong Kong obtuvieron correlaciones significativas entre funcionamiento familiar e ideación suicida, constataron en los adolescentes que el grupo que mostraba mayor ideación suicida también tenía una menor comunicación y mayores conflictos con sus padres. Así mismo un estudio de prevalencia realizado en la ciudad de México; Pérez, B. y Rivera, L. (2010) concluyeron que los estudiantes que informaron que tenían un bajo apoyo familiar tenían un 69% más de probabilidad de presentar ideación suicida. Estas aportaciones coinciden con la justificación de la presente investigación en donde se menciona que los adolescentes presentan signos y síntomas depresivos a consecuencia del abandono de los padres o también porque son víctimas de violencia física o psicológica y pierden el interés de las cosas, se descuidan consigo mismos, dándose al abandono y en algunos casos llegando al hecho del suicidio.

Junto con el contexto familiar se encuentra los factores psicológicos, los cuales se ha observado en diversas investigaciones que la depresión es la variable relacionada con la ideación suicida, en donde el estado de ánimo depresivo se debe considerar como una condición previa necesaria para que surja la ideación suicida. Gunel, D. (2004)

Entre los factores psicológicos se ha demostrado que la autoestima es una variable particularmente importante para explicar la ideación suicida. En este sentido; Miranda, I. y Cubillas, M. (2009) encontraron que el grupo con ideación suicida presentaba una autoestima significativamente más baja que el grupo sin ideación.

Se considera que los resultados de la presente investigación apoya en la necesidad de una política preventiva de salud mental en los distintos centros de salud y/o colegios, que deberían involucrar a padres, madres, psiquiatras. Así como también la necesidad de preguntar de manera rutinaria en las valoraciones emocionales de los adolescentes.

CONCLUSIONES

Después del análisis de los resultados se concluye:

Se acepta la hipótesis general, por lo cual, considerando el modelo utilizado en la presente investigación, se acepta que existen efectos significativos en la aplicación del programa cognitivo conductual en la depresión e ideación suicida; tal como se muestra en la Tabla N° 9.

A partir de los datos presentados en la Tabla N° 10, se puede deducir que:

Se rechaza la primera hipótesis nula específica, la cual señala que no existen diferencias significativas en función a la aplicación de un programa cognitivo conductual en adolescentes con depresión.

Se acepta la segunda hipótesis específica (H_2), en donde se establece que si existen diferencias significativas en los niveles de ideación suicida en los adolescentes que participaron antes y después de la aplicación del programa cognitivo conductual. (Tabla N° 11)

Asimismo, podemos concluir mencionando que el Programa Cognitivo Conductual que se realizó en 13 sesiones disminuyó los niveles de depresión y de ideación suicida en adolescentes de un Hospital de Ferreñafe.

Por otro lado es necesario mencionar el trabajo que se realizó con el grupo primario de apoyo de los adolescentes después de las sesiones de intervención del programa para reforzar las actividades elaboradas.

SUGERENCIAS

En base a los resultados y conclusiones de la presente investigación, se plantean las siguientes sugerencias:

- ψ El programa cognitivo conductual, permitió que los adolescentes traten de cambiar sus pensamientos negativos por otros más realistas y positivos, lo que permitió recuperar su estado de ánimo de dichos adolescentes. Es por eso recomendando aplicar el programa cognitivo conductual en distintas poblaciones similares a la muestra y para fines que se crean conveniente. Además es adecuado considerar relevante la implementación de mayores estrategias de prevención de la depresión y sus consecuencias (ideación suicida – intento suicida) para que exista un equilibrio emocional en la dura etapa de la adolescencia.
- ψ Propiciar la elaboración de instrumentos de medición acorde a nuestra realidad peruana.
- ψ Realizar estudios de replicación de la presente investigación y aplicar mayores programas de intervención de acuerdo al tema investigado.
- ψ Estimular la realización de estudios experimentales en variables similares a la presente investigación.

CAPÍTULO II

REFERENTE TEÓRICO CIENTIFICO HACIA LA CONSTRUCCIÓN DEL MODELO TEÓRICO ESTRUCTURAL DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE UN HOSPITAL DE FERREÑAFE

BASE TEÓRICA

Beck, A. (1979); la teoría cognitivo conductual es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) le puede ayudar a cambiar la forma cómo piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual") y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. A diferencia de otras terapias, la TCC se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora". En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora.

¿Cómo funciona?

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) le puede ayudar a entender problemas complejos desglosándolos en partes más pequeñas. Esto le ayuda a ver cómo estas partes están conectadas entre sí y cómo le afectan. Estas partes pueden ser una situación, un problema, un hecho o situación difícil. De ella pueden derivarse: pensamientos, emociones, sensaciones físicas, comportamientos.

Cada una de estas áreas puede afectar a las demás. Sus pensamientos sobre un problema pueden afectar a cómo se siente física y emocionalmente. También puede alterar lo que usted hace al respecto.

Un ejemplo

Hay diferentes maneras de reaccionar ante la mayoría de las situaciones, dependiendo de cómo se piensa acerca de ellas:

Situación: Ha tenido usted un mal día, está harto y decide salir de compras. Cuando va por la calle, un conocido, al parecer, le ignora.

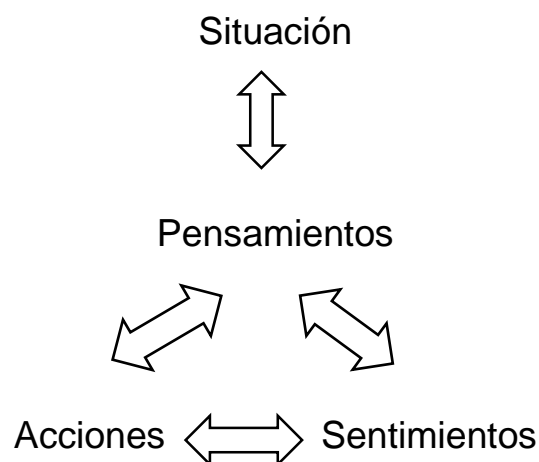
ÁREAS	PERJUDICIAL	FAVORABLE
Pensamientos	“Me ha ignorado - no le caigo bien”.	“Parece ensimismado – Me pregunto si tendrá algún problema”.
Sentimientos	Tristeza y rechazo	Preocupación por la otra persona.
Reacciones físicas	Retortijones de estómago, poca energía, náuseas.	Ninguna- se siente bien.
Comportamientos	Se va a casa y evita a esa persona.	Le saluda para asegurarse de que está bien.

La misma situación, dependiendo de cómo se piensa en ella, ha dado lugar a dos resultados muy diferentes. Su forma de pensar ha afectado a cómo se ha sentido y lo que ha hecho.

En los ejemplos de la columna de la izquierda, usted ha llegado a una conclusión sin muchas pruebas para ello; y esto importa, porque le ha llevado a una serie de sentimientos incómodos y a un comportamiento perjudicial.

Si se va a casa sintiéndose triste, probablemente le dé vueltas a lo que ha ocurrido y se sienta peor. Si saluda a la otra persona, es muy probable que al final se sienta mejor consigo mismo/a. Si no lo hace, no tendrá la oportunidad de corregir cualquier malentendido sobre lo que piensan de usted y probablemente se sienta peor.

Esta es una manera simplificada de entender lo que sucede. Toda la secuencia, y parte de ella, puede también esquematizarse así:



Este "círculo vicioso" puede hacer que se sienta mal. Puede incluso crear nuevas situaciones que le hagan sentirse peor. Puede empezar a creer cosas poco realistas y desagradables sobre sí mismo/a. Esto sucede porque, cuando estamos angustiados, tenemos más probabilidades de llegar a conclusiones y de interpretar las cosas de manera extrema y negativa.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) le puede ayudar a romper este círculo vicioso de pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos. Cuando se ven las partes de la secuencia con claridad, puede cambiarlas y así cambiar la forma cómo se siente. La TCC tiene por objeto que llegue a un punto donde pueda "hacerlo usted mismo" y elaborar sus propias maneras de afrontar estos problemas.

LA TRIADA COGNITIVA

La tríada cognitiva de Beck, A (1979), consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de modo idiosincrático.

El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. Se ve desgraciado, torpe, enfermo, indeseable. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos es un inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse, a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y la felicidad.

El segundo componente se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en término de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una

dirección negativa. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajusten a las conclusiones negativas que se había formado de antemano.

El tercer y último componente de la tríada se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente, cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso. (Beck, 1979).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA (2014). *Guía a la redacción en el estilo APA*. Washington.
- Asabache & Iglesias (2003). *Trastornos del estado de ánimo: Depresión*.
Recuperado de: <http://www.eepsy.com/aeoap/cas/tras/dep.htm>
- Barrio, R. (2008). *Relación entre los niveles de depresión y niveles de desajuste del comportamiento psicosocial en adolescentes de la Institución Educativa Nacional José María Arguedas del Distrito de La Victoria*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad de Señor de Sipán, Lambayeque.
- Barrio, V y Carrasco, M. (2013). *Depresión en niños y adolescentes*. España: Editorial Síntesis.
- Beck, A; Rush, A; Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclée de Brower.
- Bobadilla & Col (2004). *Adaptación de la escala de ideación suicida*. Estudio de validación de prueba de la facultad de humanidades de la escuela de Psicología de la Universidad Particular Señor de Sipán. Lambayeque.
- Borja, C. (2014). *Efectos de un programa cognitivo conductual en las ideas suicidas en estudiantes de 4° año de secundaria*. (Tesis inédita de Maestría) Universidad César Vallejo. Trujillo.
- Borrego, R. y Cols. (2007). *Ideación suicida y clima social familiar en estudiantes de una institución educativa*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Lambayeque.
- Bulnes, M. (2005). *Ajuste psicosocial y estado depresivo en adolescentes de centros escolares de Lima Metropolitana*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad de San Marcos. Lima.

- Cano, Gutierrez & Nizama. (2009). *Tendencia a la violencia e Ideación Suicida en adolescentes escolares en la ciudad de la Amazonia Peruana*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
- Cardozo, E y Suarez (2012). *Niveles de fobia social y niveles de depresión en los adolescentes infractores del Centro de Rehabilitación y Diagnóstico*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad de Señor de Sipán, Lambayeque.
- Castillo, W. (2014). *La depresión causa el 80% de suicidios en el Perú, pero no es atendida*. Perú 21, p. 11-12.
- CIE 10 (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Editorial Panamericana.
- Colchado, E. (2013). *Inteligencia emocional e Ideación suicida en estudiantes de nivel secundario de una institución estatal*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Señor de Sipán. Lambayeque.
- Goldston y Daniel. (2011). *Ideación suicida en la adolescencia*. Revista Colombia Médica, Vol.42 N°2, p.45-56.
- Gunel, D. (2004). *Factores que influyen el desarrollo y mejora de los pensamientos suicidas en la población general*. Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/articulos/urgencias.psiq/19769>
- Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, P. (2016). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Lai, S y Shek, D. (2009). *Social Problem Solving, Family Functioning, and Suicidal Ideation Among Chinese Adolescents*. Recuperado de: <http://www.scielo.iscie.es>.

- Miranda, I. y Cubillas, M. (2009). *Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados*. Revista Salud Mental, Vol. 32, p. 495-502.
- Nicolás, Y. (2015). *¿Cómo reconocer a un presunto suicida?*. Revista Psicología de Hoy, N°1, p. 6.
- O.M.S. (2013). *Aniversario del Día Mundial de la Salud Mental*. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/
- O.P.S. (2012). *Depresión en Latinoamérica*. Recuperado de <http://www.elnuevoherald.com/noticias/article2018260.html>
- Pérez, B. y Rivera, L. (2010). *Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana*. Revista Salud Pública de México, Vol. 52 N°4, p. 324-333.
- Pisfil, J. y Viera, M. (2007). *Relación entre sucesos de vida y depresión en alumnos preuniversitarios de academia Excelsis – Lambayeque*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Lambayeque.
- Ramos, S. (2002). *Evaluación de los factores de riesgo suicida en pacientes con Intento de Suicidio, Hospital de las Mercedes – Chiclayo*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Señor de Sipán. Lambayeque.
- Ríos, J. (2016). *Las 4 fases de la depresión*. Recuperado de <https://psiquefunciona.com/las-4-fases-de-la-depresion>.
- Rosello, J. (2011). *Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual*. Revista Interamericana de Psicología, p. 321 – 330.

- Teran, C. y María, V. (2009). *Test de ideación suicida CATD y VAMR*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Señor de Sipán. Lambayeque.
- Toro, R. (2014), *Población escolar en Lambayeque sufre de síntomas de ansiedad y depresión*. La República, p. 24.
- Vargas, L y Bustillos, G. (1992). *Técnicas participativas para la educación popular*. Perú: Alforja
- Vásquez, F. (2014). *Suicidio juvenil*. Recuperado de <http://peru21.pe/actualidad/depresion-ciberbullying-sis-instituto-nacional-salud-mental-honorio-delgado-hideyo-noguchi-2197688>
- Vázquez, C. (2003). *Técnicas Cognitivas de intervención clínica*. España: Editorial Síntesis.
- Virsed, J. y Otros. (2010). *Afrontamiento e ideación suicida en adolescentes*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México.

ANEXOS

CAPITULO III

CONCRECIÓN DEL MODELO TEÓRICO ESTRUCTURAL DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE UN HOSPITAL DE FERREÑAFE, 2016.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO – CONDUCTUAL

I. DATOS GENERALES

1.1 Denominación: Programa Cognitivo Conductual

1.2 Beneficiarios: Adolescentes pertenecientes a un hospital de la provincia de Ferreñafe.

1.3 Número de sesiones: 13 sesiones.

1.4 Tiempo de cada sesión: 60 minutos.

II. FUNDAMENTACIÓN

Hoy en día se puede observar que los índices de depresión e intentos de suicidio han aumentado en nuestra población, incluso se ha vuelto un evento que no discrimina edades. Esto se debe a múltiples razones: baja autoestima, problemas familiares, abandono o separación de los padres, etc. Ante esta situación se hace necesario trabajar con la población (adolescentes) y profesionales de la salud la prevención e intervención de la depresión e ideación suicida, mediante programas para informar y motivar a los usuarios con nuevas ideas ante la vida y reforzar su autoestima, a su vez proporcionar a los colegas especialistas en la salud mental, una

nueva alternativa para trabajar con lo que es la intervención ante estos casos.

Es por ello la creación de éste programa cognitivo conductual, para así contribuir a la búsqueda de disminuir la tasa de índice de depresión y del suicidio y brindar una nueva visión de la vida a éstas personas llegando a su realización personal.

III. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Reestablecer la vida saludable de los pacientes adolescentes, eliminando las ideas distorsionadas de diferentes situaciones que les generan depresión e ideación suicida, logrando finalmente su autovaloración.

3.2 ESPECÍFICOS

- ψ Brindar información acerca de la Teoría Cognitivo Conductual y explicar el esquema ABC para poder establecer la diferencia entre cognición, emoción y conducta.
- ψ Concientizar a los adolescentes acerca de lo que conlleva la depresión y la ideación suicida y las consecuencias que pueden tener en su entorno.
- ψ Lograr la reestructuración de los pensamientos negativos de los adolescentes.

- ψ Aprender a relajarse por medio de la respiración y a través del uso de la imaginación y fantasía.
- ψ Saber organizar actividades que proporcionen satisfacción y promuevan estados emocionales positivos.
- ψ Fomentar la importancia de la aceptación asertiva de los elogios.
- ψ Instaurar una actuación planificada para la toma de decisiones y la generación de soluciones ante cualquier conflicto.

IV. CONTROL DE SUJETOS

4.1 Criterios de Inclusión

- ❖ **Edad:** 12 a 17 años.
- ❖ **Condición:** Adolescentes con depresión.
- ❖ **Participación:** Voluntaria.

4.2 Criterios de Exclusión

- ❖ **Nacionalidad:** Extranjera.
- ❖ **Condición:** Adolescentes que no presenten ningún signo ni síntoma de algún nivel de depresión.
- ❖ **Grado de instrucción:** Analfabetos.

V. CONTROL DE LA SITUACIÓN

Las sesiones del programa se desarrollarán en un ambiente amplio, el cual contara con buena ventilación, iluminación y un mobiliario adecuado, las sesiones se desarrollarán en un solo ambiente y horario, una vez a la semana con una duración de 60 minutos por cada sesión.

VI. SESIONES DE INTERVENCIÓN

SESIÓN 01

“RECONOCIENDO EL TERRENO”

ψ OBJETIVO DE LA SESIÓN:

Dar a conocer los fundamentos de la Teoría Cognitivo Conductual (TCC) y explicar el ABC para poder establecer la diferencia entre cognición, emoción y conducta.

ψ INDICACIONES AL GRUPO

Se les informara a los participantes que el programa de intervención se desarrollará en 10 sesiones con una duración de 60 minutos cada sesión por semana. Se tomará en cuenta la puntualidad, el compromiso de participación y el cumplimiento de las tareas por parte de los participantes.

ψ DINÁMICA DE PRESENTACIÓN

“LA TELARAÑA”

I. OBJETIVO:

Presentación e integración de grupo.

II. MATERIALES

Un ovillo de lana.

III. DESARROLLO

Los participantes se colocan de pie formando un círculo y se le entrega a uno de ellos el ovillo de lana; el cual tiene que decir

su nombre, edad, procedencia y su hobby. Luego, éste toma la punta de la lana y lanza el ovillo a otro compañero, quien a su vez debe presentarse de la misma manera. La acción se repite hasta que todos los participantes quedan enlazados en una especie de telaraña.

Una vez que todos se han presentado, quien se quedó con el ovillo debe regresarlo al que se le envió, repitiendo los datos dados por su compañero. Este a su vez, hace lo mismo de tal forma que el ovillo de lana va recorriendo la misma trayectoria pero en sentido inverso, hasta que regresen al compañero que inicialmente la lanzó. Hay que advertir a los participantes la importancia de estar atentos a la presentación de cada uno, pues no se sabe a quién va a lanzarse el ovillo y posteriormente deberá repetir los datos del compañero lanzador.

ψ **PROCEDIMIENTO**

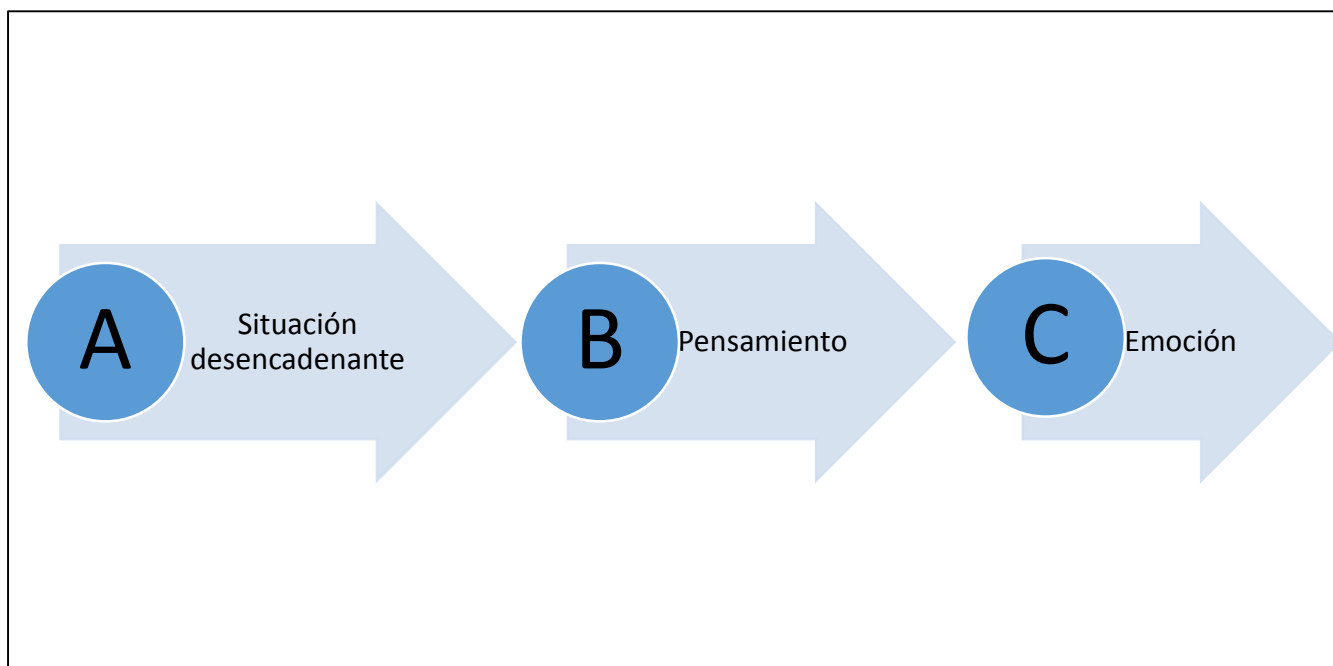
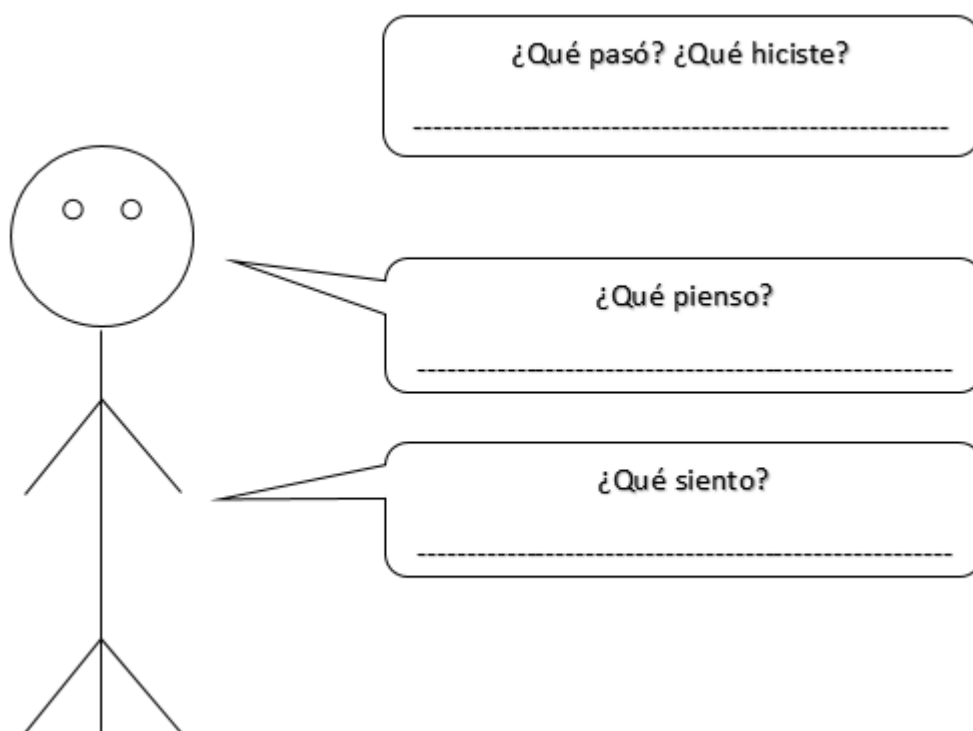
Se realizará la exposición temática del esquema ABC. **(Anexo 1)**

Lo esencial de la terapia en la depresión es enseñar a que la persona identifique sus emociones. Se intenta que los adolescentes reconozcan los momentos puntuales en los que se siente triste y valore la intensidad de los mismos. Estos autorregistros suelen acompañarse de la identificación de las situaciones en las que la emoción negativa aparece y los pensamientos a los que se asocian. Se hará uso de fichas pautadas en las que se describe una situación problema y se plantean preguntas de las que se extrae con ayuda del

terapeuta los diferentes componentes: situación desencadenante (¿Qué ocurrió?; por ejemplo: “Mis padres salen de casa”), el pensamiento (¿Qué piensas?; por ejemplo: “No me quieren”) y la emoción (¿Qué sentiste?; por ejemplo: “Tristeza, enfado”). **(Anexo 2)**

ψ **TAREA PARA CASA**

Se les pedirá a los participantes que para la siguiente sesión elaboren una lista de diferentes situaciones que acontecen durante la semana que afectan su estado de ánimo, tomando en cuenta lo aprendido en la sesión. **(Anexo 3)**

ANEXOS DE LA SESIÓN 1**ψ ANEXO 1****ψ ANEXO 2**

ANEXO 3

[illegible]

SESIÓN 02

“IDENTIFICANDO LA INTENSIDAD DE MIS EMOCIONES”

ψ OBJETIVO DE LA SESIÓN:

- Repaso de la sesión anterior y revisión de tareas de casa.
- Conocer la intensidad de las emociones a partir de las diferentes situaciones experimentadas en nuestra vida diaria.

ψ PROCEDIMIENTO

La identificación de emociones debe igualmente ir acompañada del registro de la intensidad percibida. Para ello es común el uso de termómetros emocionales, barras progresivas de intensidad según el color o trazo, el uso de semáforos a los que cada color se asocia con mayor o menor intensidad emocional.

El terapeuta ejercitará el entrenamiento en esta técnica haciendo un repaso de las situaciones que durante la semana han provocado malestar y las que han provocado bienestar; a modo también de ir revisando si los participantes cumplieron con las tareas asignadas en la sesión anterior.

Así es como será ir extrayendo emociones experimentadas y pensamientos asociados de cada situación.

A cada participante se le brindará una hoja de reconocimiento de la intensidad de sus propias emociones para que así luego comente al grupo, cuál fue su experiencia y que nivel emocional mayormente obtuvo. **(Anexo 4)**

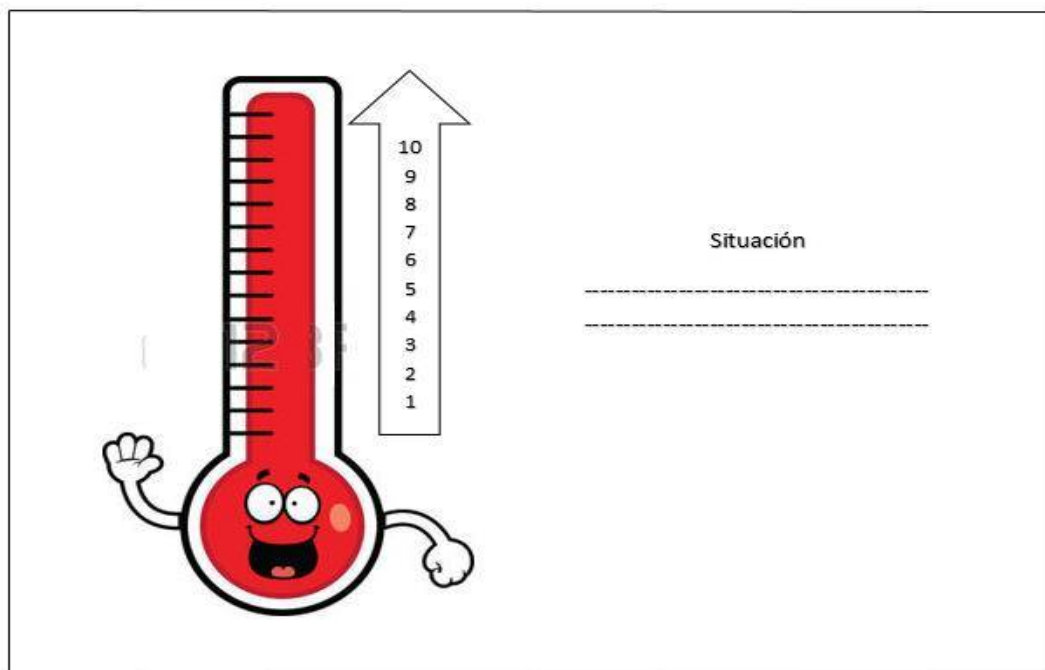
ψ TAREA PARA CASA

Se les pedirá a los participantes que para la siguiente sesión deberán traer clasificadas sus emociones a través del semáforo emocional.

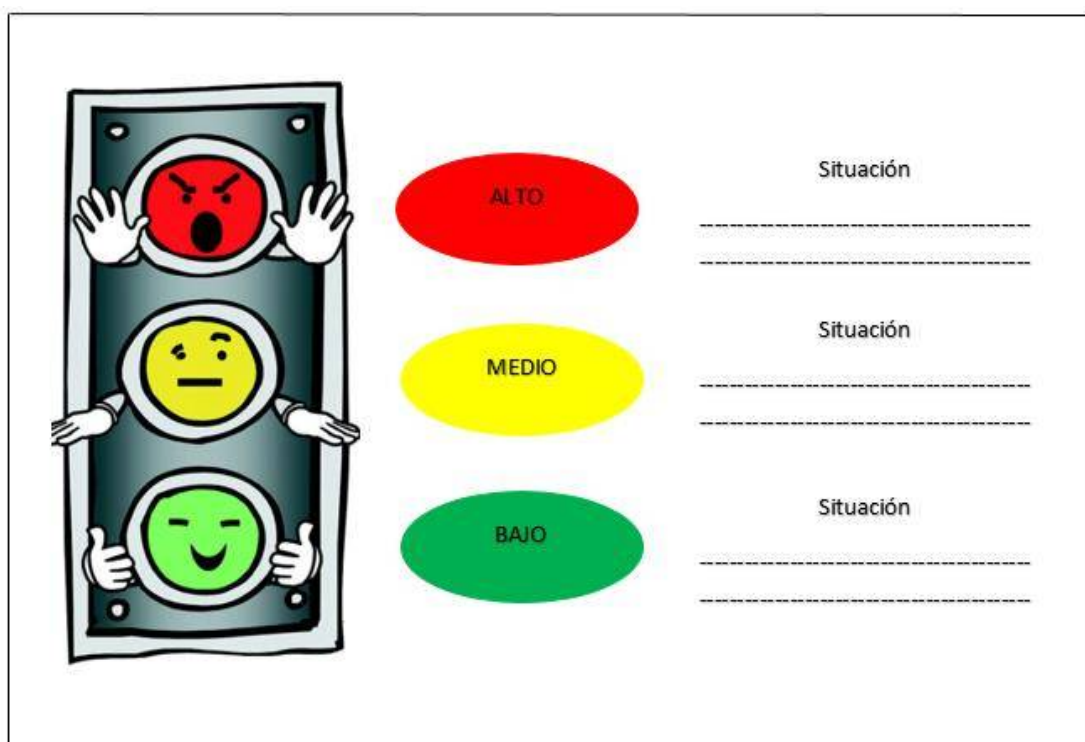
(Anexo 5)

ANEXOS DE LA SESIÓN 2

ψ ANEXO 4



ψ ANEXO 5



SESIÓN 03

“CAZANDO MIS PENSAMIENTOS”

ψ OBJETIVO DE LA SESIÓN:

- Repaso de la sesión anterior y revisión de tareas de casa.
- Identificar y clasificar los pensamientos que se tiene cuando estamos en una situación difícil.

ψ PROCEDIMIENTO

El terapeuta indicará que aprenderemos a cazar nuestros pensamientos negativos que pasan por nuestra cabeza cuando experimentamos tristeza, enfado o malestar.

La analogía para trabajar este paso es la de “cazador de pensamientos”, “a la captura del pensamiento negativo”, la cual consiste en enseñar a los participantes: “Uno siente como piensa” y “Si pensamos mal nos sentimos mal”. Para la correcta captura de pensamientos se dará inicio a la enseñanza de cuáles son los pensamientos dañinos que debemos perseguir.

Tipo de Pensamiento	Descripción	Ejemplos
Atender lo negativo	Atender a elementos negativos del contexto ignorando los positivos. Recordar sólo lo negativo.	"El zoológico estaba bien pero el oso estaba mal cuidado".
Adivinar el futuro	Consiste en generar expectativas negativas sobre el futuro y realizar anticipantes de lo que va a ocurrir.	"Voy a fracasar" "No podré hacerlo"
Exageración	Maximizar lo negativo, llevarlo al extremo.	"Es insoportable" "Imposible de superar"
Etiquetas	Poner rótulos poco precisos a uno mismo y a otras personas.	"Soy un inútil" "Soy tonto"
Pensamiento todo - nada	Pensamientos extremos que califican en términos de todo – nada, blanco – negro.	"Es fácil o difícil" "Es bueno o malo"
Minimizar lo positivo	Quitarle importancia y desconsiderar las cualidades positivas de alguien o de algo.	"Es cariñoso pero eso no importa" "El cine está bien pero le falta algo"
Generalización	Hacer general algo particular. Generalizar todo a raíz de una sola experiencia	"Todos son iguales" "Las películas son aburridas"
Deberías	Expresiones de obligatoriedad y autoimpuestos que responden más a deseos que a preferencias.	"Debe quedarse el fin de semana conmigo" "Debería traerme todo lo que le pido"
Falsas conclusiones	Llegar a conclusiones a partir de razonamientos supuestos, erróneos o no probados.	"Si no viene es porque no le interesa" "Me grita tanto porque no me quiere"
Perfeccionismo	Actitudes de excesiva minuciosidad que responden a elevados niveles de autoexigencia y criterios muy exigentes.	"Si no me sale bien la tarea, no lo entrego" "Si no sabe jugar, no debe intervenir"

Tipo de Pensamiento	Descripción	Ejemplos
Adivinar el pensamiento	Leer o suponer lo que piensan los demás como algo cierto.	“Sé lo que estás pensando” “Seguro no quería venir”
Atribuciones personales de lo negativo	Personalizar lo que ocurre. Explicar que lo que pasa es debido a uno mismo o está relacionado con uno mismo.	“Esto ocurre por mi culpa” “Lo hace para hacerme daño”

ψ TAREA PARA CASA

Se les pedirá a los participantes que a partir de la información brindada durante la sesión identifiquen durante la semana que tipo de pensamientos mayormente presentan.

SESIÓN 04

“DETECTANDO MIS PENSAMIENTOS NEGATIVOS”

ψ OBJETIVO DE LA SESIÓN:

- Elicitar los diferentes tipos de pensamientos que se ven en la revisión de tareas para casa.
- Detectar los pensamientos negativos en las diferentes situaciones que se nos presentan en la vida diaria.

ψ PROCEDIMIENTO

Para esta sesión atraparemos nuestros pensamientos negativos, los cuales surgen tras mirar con gafas negras o cuando tenemos un día nublado. Anotaremos en la hoja de trabajo **(Anexo 6)** un solo pensamiento negativo y otro positivo; tras analizarlo por cada integrante se continuará con el siguiente, y así sucesivamente.

ψ TAREA PARA CASA

Se les pedirá a los participantes que realicen analogías pictóricas de sucesos de la semana.

ANEXOS DE LA SESIÓN 4**ψ ANEXO 6**

Pensamiento Negativo



Pensamiento Positivo

SESIÓN 05

“EL JUEGO DEL DETECTIVE”

ψ **OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Revisión de tareas para casa.
- Cuestionamiento y discusión de la validez y utilidad de los pensamientos.

ψ **PROCEDIMIENTO**

Analizaremos la adecuación del pensamiento e indagaremos sobre lo adecuado o no del mismo. Iniciaremos una pequeña investigación consistente en la realización de un conjunto de tareas. **(Anexo 7)**

Luego de haber trabajado y resuelto toda la investigación, el detective deberá dar un informe detallado para todo el grupo y con ayuda del terapeuta se resolverán las interrogantes sueltas.

ψ **TAREA PARA CASA**

Se les pedirá a los participantes que a partir de ahora deberán ser detectives de sus propios pensamientos para ver que logros puedan tener durante la semana.

ANEXOS DE LA SESIÓN 5

ψ ANEXO 7



EL DETECTIVE: investiga los pensamientos

TAREAS	CUESTIONES PARA RESOLVER
Indagar	¿Qué pruebas tengo de ello? ¿Es correcto este pensamiento? ¿De qué me sirve pensar así?
Discutir	¿Por qué pienso así? ¿Cuáles son las ventajas e inconvenientes de pensar así?
Buscar excepciones	¿Hay situaciones en las que este pensamiento no se cumple?
Probar	¿Cómo puedo probar que este pensamiento es cierto?
Buscar causas	¿Cuáles pueden ser las causas de este problema?

SESIÓN 06

“EL LORO POSITIVO”

ψ **OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Revisión de tareas para casa.
- Aprender a tener autoinstrucciones ante determinadas situaciones que experimentan.

ψ **PROCEDIMIENTO**

Se realizará un listado de frases breves y positivas para que los adolescentes puedan repetirse ante experiencias negativas a modo de automensajes.

Se les explicará que podemos mantener una conversación con nosotros mismos o que podemos repetirnos frases que nos ayuden a sentirnos mejor.

Las frases se anotaran en pequeñas cartulinas de diferentes colores según el uso; por ejemplo, cuando estoy enfadado, cuando estoy triste, cuando estoy aburrido, etc. También podremos trabajar dibujando las señales de Stop, para reducir la impulsividad o la irritabilidad (ejemplo, “voy a calmarme”, “si respiro lentamente me sentiré mejor”), la señal de túnel, anotar pensamientos positivos para combatir la tristeza o desesperanza (ejemplo, instrucciones de autovaloración, “soy bueno/a”, “soy listo/a”, “tengo amigos que me quieren”).

Se les indica claramente las situaciones en las que pueden utilizarse las diferentes autoinstrucciones; la secuencia del entrenamiento es la siguiente:

1. Identificar la situación a la que debemos aplicar nuestras autoinstrucciones.
2. El adolescente deberá escoger una o varias autoinstrucciones para repetirlas internamente.

El procedimiento anterior se les puede enseñar con el uso de tarjetas o señales en las que las autoinstrucciones están anotadas. **(Anexo 8)**

ψ **TAREA PARA CASA**

Se les pedirá a los participantes que elaboren una serie de autoinstrucciones que crean conveniente y las tengan disponibles en una caja en su habitación o pegadas en una lista en donde las puedan visualizar la mayor parte del tiempo.

ANEXOS DE LA SESIÓN 6

ψ ANEXO 8

EL LORO POSITIVO			
			
ALERTA	PARA Y PIENSA	CEDER EL PASO	SALIDA
Situación: Aislamiento	Situación: Irritabilidad	Situación: Realizar tarea escolar	Situación: Desesperanza
Autoinstrucciones: "Llamaré a un amigo" "Iré a jugar"	Autoinstrucciones: "Si respiro lentamente me sentiré mejor"	Autoinstrucciones: "Soy capaz de hacerlo" "Lo importante es intentarlo"	Autoinstrucciones: "Tengo a mi familia y a mis amigos que me quieren"

SESIÓN 07

“CAMBIEMOS DE CANAL”

ψ **OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Reducir la frecuencia y duración de los pensamientos o rumiaciones depresivas.
- Lograr hacer una detención de pensamiento y a la vez hacer una distracción.

ψ **PROCEDIMIENTO**

La detención del pensamiento es una técnica basada en interrumpir los pensamientos intrusivos reiterativos.

Consiste en interrumpir el flujo del pensamiento mediante la expresión de una palabra con voz alta y firme que denote parar, por ejemplo “Basta” o “Stop”.

Para esto se les dirá a los adolescentes que recuerden un pensamiento previamente identificado en los registros (“Piensa lo más vívidamente posible y repítelo mentalmente”), luego el terapeuta gritará con voz firme la palabra “Stop” que puede ser acompañado de un ligero golpe en la mesa. Posteriormente, los adolescentes repetirán la secuencia descrita siendo ellos quienes detengan el pensamiento con una voz alta.

Una vez entrenada la técnica, la expresión para cortar el flujo del pensamiento puede realizarse internamente a modo de autoinstrucción.

Para que resulte más eficaz lo combinaremos con una estrategia distractora que reducirá el foco atencional hacia el pensamiento.

(Anexo 9)

La estrategia consiste en desviar la atención a la realización de una tarea mental sencilla (por ejemplo, contar de dos en dos desde el 20 pero de manera inversa), describir minuciosamente un objeto cercano (silla, mesa, etc.), recordar una imagen mental previamente entrenada (paisaje, el mar, un cielo estrellado, etc.).

En síntesis, y agrupando ambas estrategias, la secuencia sería:

1. Evocar el pensamiento.
2. Interrumpirlo mediante las autoinstrucciones.
3. Desviar el foco atencional.

ψ TAREA PARA CASA

Se les pedirá a los participantes que traten de seguir entrenando la técnica en casa, cada vez que evoquen un pensamiento desagradable.

ANEXOS DE LA SESIÓN 7

ψ ANEXO 9



CAMBIEMOS DE CANAL

EVOCAR
PENSAMIENTO

PARAR

DISTRAER



SESIÓN 08

“ME RELAJO A TRAVÉS DE MI RESPIRACIÓN”

ψ **OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

Lograr que los participantes aprendan a manejar su ansiedad, para inhibir las tensiones musculares que los aquejan.

ψ **PROCEDIMIENTO**

Los ejercicios de respiración es una de las técnicas para inducir al estado de relajación. El procedimiento básico consiste en guiar la repetición de inspiraciones – pausas – espiraciones profundas y rítmicas.

Para el entrenamiento con los adolescentes se utilizará la analogía de “inflar globos”. Disponiendo una secuencia de 10 veces, deben inspirar profundamente para almacenar aire intentando dirigirlo al fondo de los pulmones, reteniéndolo 2 – 3 segundos y soplar (espirar) para ir inflando globos.

El objetivo final es instaurar una secuencia rítmica de respiraciones lentas y profundas que induzcan un estado de calma y neutralicen la activación fisiológica.

ψ **TAREA PARA CASA**

Se les pedirá a los participantes que realicen los ejercicios de respiración cada vez que se sientan tensionados, de acuerdo a la cartilla de trabajo que se les brindó durante la sesión. **(Anexo 10)**

ANEXOS DE LA SESIÓN 8**ψ ANEXO 10**

EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN

		
INSPIRAR (Tomar aire)	PAUSA (Retener el aire)	ESPIRAR (Soltar el aire)
		

SESIÓN 09

“HACIENDO USO DE LA IMAGINACIÓN”

ψ OBJETIVO DE LA SESIÓN:

- Debatir y ver cómo les fue con lo aprendido en la sesión anterior.
- Aprender a relajarse por medio del uso de la imaginación y fantasía.

ψ PROCEDIMIENTO

El procedimiento básico consiste primero, en seleccionar la imagen, escenario u fantasía para evocar el estado de relajación; segundo, identificar los diferentes elementos de la fantasía o la imagen a trabajar, y finalmente perpetrarnos en la fantasía.

Entre las imágenes que se utilizará puede recurrirse a un paisaje montañoso, el curso de un río, un bosque de árboles; y entre las fantasías está el viaje en globo, en barco o avión, que haga ir pasando por escenas tranquilizadoras.

Todo el proceso estará siempre guiado por el terapeuta y a la par se irá escuchando una música para que los adolescentes se puedan ir relajando mientras hacen uso de su imaginación.

Al finalizar se les preguntará a cada uno de los participantes que experimentaron y como se sintieron luego de tal experiencia.

SESIÓN 10

“REALIZANDO ACTIVIDADES GRATIFICANTES”

ψ OBJETIVO DE LA SESIÓN:

Saber organizar actividades que proporcionen satisfacción y promuevan estados emocionales positivos.

ψ PROCEDIMIENTO

La realización de actividades gratificantes es una vía para aumentar los reforzadores ambientales, la distracción y la activación conductual. La motivación para la realización de esta técnica está inicialmente disminuida por parte del adolescente, debido a su estado emocional negativo como a su dificultad para el disfrute. Por ello, hay que plantearla como un desafío mediante el que se romperá el círculo vicioso de inactividad – emoción negativa – inactividad, atendiendo a las actividades que los participantes realizaban anteriormente a su problema depresivo.

La ayuda de los padres para implementar esta técnica es fundamental. Puede recurrirse a otros familiares (abuelos, tíos, hermanos mayores) que participen en el desempeño de las actividades en caso de que los padres no puedan.

Se hará una “Carta menú de programación de actividades para combatir la inactividad”. (**Anexo 11**)

El menú de actividades debe ser realista y ajustada a las posibilidades económicas y a la disponibilidad de recursos que el contexto social y cultural de la familia lo permitan.

ψ **TAREA PARA CASA**

Se les pedirá a los participantes que pongan en práctica el registro del programa de actividades que se desarrolló durante la sesión.

ANEXOS DE LA SESIÓN 10

Ψ **ANEXO 11**

[illegible]

SESIÓN 11

“EXPRESIÓN Y ACEPTACIÓN POSITIVA”

ψ OBJETIVO DE LA SESIÓN:

- Fomentar en los participantes la importancia de la aceptación asertiva de los elogios.
- Favorecer que los participantes ofrezcan y reciban comentarios positivos en diferentes entornos.

ψ PROCEDIMIENTO

Se les pedirá a los adolescentes que formen parejas para que realicen tres comentarios positivos el uno del otro, indicando que no se centren en los aspectos físicos únicamente, sino también en las características de su comportamiento y su relación con otras personas. Por ejemplo: “Eres un buen amigo”, “Eres muy inteligente”. El terapeuta preguntará: ¿Cómo respondieron al elogio?, se solicitará tres participantes para que expresen sus ideas o comentarios en relación con sus respuestas al elogio. ¿En nuestra familia o en el colegio recibimos halagos?, ¿Cómo nos sentimos cuando esto sucede?, ¿Qué emoción aparece en nosotros?.

Comentar como el expresar comentarios positivos a una persona puede hacer sentir bien (querido, apreciado, importante etc.) sin que esto signifique que está obligado a realizar algo para devolvernos esa expresión; y, la aceptación positiva consiste en la aceptación del elogio o felicitaciones que nos brinden.

Se terminará la sesión haciendo hincapié en que la expresión y aceptación positiva, eleva la autoestima y mejora nuestras relaciones interpersonales.

ψ **TAREA PARA CASA**

Se les pedirá a los participantes que durante la semana realicen elogios a diferentes personas, puedan observar las diferentes reacciones que representan y anoten las reacciones verbales de las personas. **(Anexo 12)**

ANEXOS DE LA SESIÓN 11

Ψ ANEXO 12

EXPRESIÓN Y ACEPTACIÓN DE HALAGOS

PERSONAS	EXPRESANDO HALAGOS	REACCIÓN GESTUAL DE LA PERSONA	REACCIÓN VERBAL DE LA PERSONA
PAPÁ			
MAMÁ			
HERMANO(A)			
AMIGO(A)			
OTROS			

SESIÓN 12

“SOLUCIONANDO PROBLEMAS”

ψ **OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

Instaurar una actuación planificada para la toma de decisiones y la generación de soluciones ante cualquier conflicto.

ψ **PROCEDIMIENTO:**

Se brindará conocimiento a los participantes acerca de la técnica de solución de problemas, la cual se organiza en los siguientes pasos:

1. Definir el problema.
2. Generar diferentes soluciones alternativas.
3. Analizar las consecuencias, ventajas e inconvenientes de cada solución.
4. Elegir la solución más apropiada en función del análisis anterior.
5. Aplicar la solución y comprobar que funciona.

Se repartirá una ficha de trabajo que organiza la secuencia anterior a modo de guion de preguntas. **(Anexo 13)**

Para ilustrar la técnica, se relatará una historia de un personaje con alguna dificultad; el cual sigue la secuencia descrita para solucionar el problema; después de esto, se les pedirá a los adolescentes que tomen un problema real que los aqueja en la actualidad y apliquen la técnica para luego analizar el trabajo durante la sesión.

ANEXOS DE LA SESIÓN 12

ψ ANEXO 13

SOLUCIONANDO UN PROBLEMA

PROBLEMA

¿Cómo puedo definir el problema?

OPCIONES

¿Qué alternativas hay para solucionar el problema?

1.

2.

CONSECUENCIAS

OPCIONES	VENTAJAS	INCONVENIENTES

SOLUCIONES

Solución elegida

APLICACIÓN

¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Con quién?

Resultado

SESIÓN 13

“RETROALIMENTANDONOS”

ψ **OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Recordar todo lo aprendido desde la primera sesión y analizar para que nos sirvió todas las sesiones trabajadas.
- Aplicar el Post Test: Inventario de Depresión de Aaron Beck (BDI) y la Escala de Ideación Suicida (SSI).

ψ **PROCEDIMIENTO:**

Esta sesión está diseñada para analizar y reforzar cualquier punto o tema que no quedo claro u tengan alguna duda los participantes. Posteriormente se aplicará el post test (BDI) y (SSI), el cual nos va permitir obtener los resultados del programa.

BAREMOS DE LA PRUEBA DE DEPRESIÓN

Percentiles	1	0
	5	7
	10	10
	15	11
	20	12
	25	13
	30	14
	35	15
	40	16
	45	17
	50	18
	55	19
	60	20
	65	21
	70	24
	75	26
	80	27
	85	28
	90	31
	95	32
	99	41

No Depresión: 0 – 13 puntos

Depresión Leve: 14 – 18 puntos

Depresión Moderada: 19 – 26 puntos

Depresión Grave: 27 – + puntos

Baremos realizados por Verónica Reyes.

Chiclayo (2016)

BAREMOS DE LA PRUEBA DE IDEACIÓN SUICIDA

Percentiles	1	18
	5	19
	10	20
	15	20
	20	21
	25	22
	30	23
	35	23
	40	24
	45	25
	50	25
	55	26
	60	27
	65	28
	70	28
	75	29
	80	30
	85	31
	90	32
	95	33
	99	34

BAJO: 18 – 22 puntos

MEDIO: 23 – 29 puntos

ALTO: 30 – + puntos

Baremos realizados por Verónica Reyes.

Chiclayo (2016)

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Edad: _____ **Sexo:** _____

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

1	<input type="radio"/> No me siento triste <input type="radio"/> Me siento triste. <input type="radio"/> Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. <input type="radio"/> Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2	<input type="radio"/> No me siento especialmente desanimado respecto al futuro. <input type="radio"/> Me siento desanimado respecto al futuro. <input type="radio"/> Siento que no tengo que esperar nada. <input type="radio"/> Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3	<input type="radio"/> No me siento fracasado. <input type="radio"/> Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. <input type="radio"/> Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. <input type="radio"/> Me siento una persona totalmente fracasada.
4	<input type="radio"/> Las cosas me satisfacen tanto como antes. <input type="radio"/> No disfruto de las cosas tanto como antes. <input type="radio"/> Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. <input type="radio"/> Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5	<input type="radio"/> No me siento especialmente culpable. <input type="radio"/> Me siento culpable en bastantes ocasiones. <input type="radio"/> Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. <input type="radio"/> Me siento culpable constantemente.
6	<input type="radio"/> No creo que esté siendo castigado. <input type="radio"/> Me siento como si fuese a ser castigado. <input type="radio"/> Espero ser castigado. <input type="radio"/> Siento que estoy siendo castigado.
7	<input type="radio"/> No estoy decepcionado de mí mismo. <input type="radio"/> Estoy decepcionado de mí mismo. <input type="radio"/> Me da vergüenza de mí mismo. <input type="radio"/> Me detesto.
8	<input type="radio"/> No me considero peor que cualquier otro. <input type="radio"/> Me autocritico por mis debilidades o por mis errores. <input type="radio"/> Continuamente me culpo por mis faltas. <input type="radio"/> Me culpo por todo lo malo que sucede.
9	<input type="radio"/> No tengo ningún pensamiento de suicidio. <input type="radio"/> A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería. <input type="radio"/> Desearía suicidarme. <input type="radio"/> Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10	<input type="radio"/> No lloro más de lo que solía llorar. <input type="radio"/> Ahora lloro más que antes.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lloro continuamente. ○ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11	<ul style="list-style-type: none"> ○ No estoy más irritado de lo normal en mí. ○ Me molesto o irrito más fácilmente que antes. ○ Me siento irritado continuamente. ○ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12	<ul style="list-style-type: none"> ○ No he perdido el interés por los demás. ○ Estoy menos interesado en los demás que antes. ○ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. ○ He perdido todo el interés por los demás.
13	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. ○ Evito tomar decisiones más que antes. ○ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. ○ Ya me es imposible tomar decisiones.
14	<ul style="list-style-type: none"> ○ No creo tener peor aspecto que antes. ○ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo. ○ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo. ○ Creo que tengo un aspecto horrible.
15	<ul style="list-style-type: none"> ○ Trabajo igual que antes. ○ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo. ○ Tengo que obligarme mucho para hacer algo. ○ No puedo hacer nada en absoluto.
16	<ul style="list-style-type: none"> ○ Duermo tan bien como siempre. ○ No duermo tan bien como antes. ○ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir. ○ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme adormir.
17	<ul style="list-style-type: none"> ○ No me siento más cansado de lo normal. ○ Me canso más fácilmente que antes. ○ Me canso en cuanto hago cualquier cosa. ○ Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mi apetito no ha disminuido. ○ No tengo tan buen apetito como antes. ○ Ahora tengo mucho menos apetito. ○ He perdido completamente el apetito.
19	<ul style="list-style-type: none"> ○ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada. ○ He perdido más de 2 kilos y medio. ○ He perdido más de 4 kilos. ○ He perdido más de 7 kilos. ○ Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.
20	<ul style="list-style-type: none"> ○ No estoy preocupado por mi salud más de lo normal. ○ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento. ○ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más. ○ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21	<ul style="list-style-type: none"> ○ No he observado ningún cambio reciente en mi interés. ○ Estoy menos interesado por el sexo que antes. ○ Estoy mucho menos interesado por el sexo. ○ He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ADAPTACIÓN DE LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA

Edad : _____

Grado : _____

Sección : _____

Instrucciones:

Los siguientes ítems contienen una lista de preguntas las cuales tendrá que leer detenidamente y marcar con un aspa (x) la alternativa que crea conveniente. Trate de ser lo más honesto y serio al momento de responder las interrogantes. Recuerde Contestar todas las preguntas y sin emplear mucho tiempo en cada una de ellas.

Ejemplo: SI NO

- ¿Tiene deseos de ser feliz? ☐ ☐

- | | SI | NO |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. ¿Tiene deseos de morir? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Tiene razones para querer morir? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ¿Siente que su vida ha perdido sentido? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Se siente útil en esta vida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Cree que la muerte trae alivio a los sufrimientos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. ¿Ha tenido pensamientos de terminar con su vida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. ¿Ha tenido deseos de acabar con su vida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. ¿Tiene pensamiento suicida con frecuencia? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. ¿Logra resistir a esos pensamientos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. ¿Ha pensado en algún método específico? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. ¿El método es accesible a usted? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. ¿Ha comentado con alguien sobre algún método de suicidio? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. ¿Ha realizado algún intento de suicidio? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. ¿Pensaría en llevar a cabo algún intento de suicidio? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. ¿Tiene posibilidades para ser feliz en el futuro? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. ¿Siente que tiene control sobre su vida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. ¿Pierde las esperanzas cuando le pasa algo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. ¿Piensa que su familia rara vez le toma en cuenta? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE AARON BECK

CONFIABILIDAD: Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva mostrando una Buena consistencia interna (Alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0,8$ pero su estudio ha presentado dificultad metodológica, realizándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración.

VALIDEZ: Muestra una correlación variable con otras escalas (HDRS) en pacientes psiquiátricos se ha encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (Media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (Media 0,6).

INTERPRETACIÓN

La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3. El rango de la puntuación obtenida es de 0 – 63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Se realizó la baremación de la prueba para poder obtener una calificación acorde a la población evaluada y los puntos de corte son los siguientes:

No depresión:	0 – 13 puntos
Depresión Leve:	14 – 18 puntos
Depresión Moderada:	19 – 26 puntos
Depresión Grave:	27 – 63 puntos

Fuente: Escala original de Beck (1979)

Niveles	Rangos
No depresión:	0 – 13
Depresión Leve:	14 – 18
Depresión Moderada:	19 – 26
Depresión Grave:	27 - + puntos

Fuente: Baremos realizados por Verónica Reyes. Chiclayo (2016)

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK

Adaptada por Bobadilla y otros en Chiclayo (2004).

La escala de Ideación Suicida (SSI) es una escala eteroaplicada, elaborada por Beck (1979) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. La escala de Ideación Suicida consta de 18 ítems con respuesta SI y NO; de las cuales su puntuación oscila entre 1 y 2.

Validez y Confiabilidad: Con respecto a la validez total de la Escala de Ideación Suicida adaptada, Beck (2004) utiliza un análisis factorial y halla 3 factores principales en la construcción de la escala de intencionalidad suicida; misma que coincide por Plutchik e el análisis de la escala, demuestra la existencia de 4 factores subyacentes principales. En cuanto a la confiabilidad es de 0.81 coincidiendo con Plutchik (2004), la coincidencia interna de la escala era de 0.84 coincide con Beck (0.82) siendo su consistencia interna elevado de 0.82.

Interpretación:

La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 1 – 2, la suma total va a ser de acuerdo a la sumatoria de los valores asignados por cada ítem; así mismo se realizó la baremación de la prueba para poder obtener una calificación acorde a la población evaluada y los puntos de corte son los siguientes:

Bajo:	18 – 22
Medio:	23 – 29
Alto:	30 – 36

Fuente: Escala adaptada por Bobadilla (2004)

Niveles	Rangos
Bajo:	18 – 22
Medio:	23 – 29
Alto:	30 - + puntos

Fuente: Baremos realizados por Verónica Reyes. Chiclayo (2016)

LISTA DE CHEQUEO

CONDUCTAS	I SEMANA			II SEMANA			III SEMANA			IV SEMANA			V SEMANA			VI SEMANA			VII SEMANA			VIII SEMANA			IX SEMANA			X SEMANA		
Compromiso																														
Participación																														
Estado de ánimo																														
Trabajo en equipo																														
Iniciativa propia																														
Liderazgo																														
Pensamiento coherente																														

Leyenda:

- | | |
|---|-----------|
| ✓ | Avanzando |
| ■ | Stop |
| X | Retrocede |