



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO



**FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO
SOCIALES Y EDUCACIÓN**

Unidad de Posgrado de
Ciencias Histórico Sociales y Educación

TESIS


PROPUESTA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN
APLICANDO UN PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVO
CONDUCTUAL EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIA DE CHICLAYO, 2019.

AUTOR:
REUPO VALLEJOS, MANUEL NARCISO
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
PSICOLOGÍA, CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA


ASESOR
DR. CASTRO KIKUCHI, JORGE ISAAC

LAMBAYEQUE – PERÚ
2020

**PROPUESTA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN APLICANDO UN
PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LOS USUARIOS
DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA DE CHICLAYO, 2019.**



Bach. Manuel Narciso Reupo Vallejos
AUTOR



Dr. Jorge Isaac Castro Kikuchi
ASESOR

Presentada a la Unidad de Posgrado de Ciencias Histórico Sociales y Educación de la
FACHSE de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Para obtener el Grado de
MAESTRO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.


APROBADO POR:



Dra. Gloria Cam Carranza
Presidenta Del Jurado



Dra. María Del Pilar Fernández Celis
Secretaria Del Jurado



Dra. Nancy Heredia Carhuapoma
Vocal Del Jurado



Nº 000145



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 09:30 horas del día 17 de Febrero del año dos mil veinte, en la Sala de Sustentaciones de la Facultad de Ciencias Histórico Sociales y Educación de la Universidad Nacional "Pedro Ruiz Gallo" de Lambayeque, se reunieron los miembros del jurado, designados mediante Resolución N° 244-2020 D-FACHSE, de fecha 10 / 02 / 2020 conformado por:

Dra. Gloria Cam Carranza PRESIDENTE(A)
Dra. María del Pilar Fernández Celis SECRETARIO(A)
Dra. Nancy Heredia Carhuapoma VOCAL
Dr. Jorge Isaac Castro Kikuchi ASESOR(A)

con la finalidad de evaluar la tesis titulada Propuesta para el tratamiento de la depresión aplicando un programa de terapia cognitiva conductual en los usuarios del Centro de Salud mental Comunitaria de Chiclayo, 2019

presentado por el (la) / los (las) tesista(s) Manuel Narciso REUPO VALLEJOS

sustentación que es autorizada mediante Resolución N° 302-2020 D-FACHSE, de fecha 12 / 02 / 2020

El Presidente del jurado autorizó el inicio del acto académico; producido y concluido el acto de sustentación de tesis, de conformidad con el Reglamento de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Histórico Sociales y Educación de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Artículos 97°, 98°, 99°, 100°, 101°, 102°, y 103°; los miembros del jurado procedieron a la evaluación respectiva, haciendo una serie de preguntas y recomendaciones al sustentante(s), quien procedieron a dar respuesta a las interrogantes y observaciones, quien(es) obtuvo (obtuvieron) 16 puntos que equivale al calificativo de Bueno

En consecuencia el (la) / los (las) sustentante(s) queda(n) apto (s) para obtener el Grado Académico de Maestro en Psicología con mención en Psicología Clínica

Siendo las 10:28 horas del mismo día, se da por concluido el acto académico, firmando la presente acta.

[Firma]
PRESIDENTE

[Firma]
SECRETARIO

[Firma]
VOCAL

[Firma]
ASESOR

Observaciones:

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

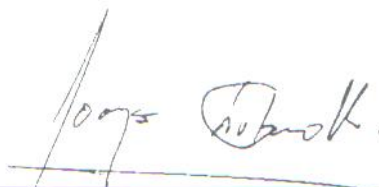
Yo, **Manuel Narciso Reupo Vallejos** investigador principal, y **Dr. Castro Kikuchi, Jorge Isaac** asesor del trabajo de investigación **“Propuesta Para El Tratamiento De La Depresión Aplicando Un Programa De Terapia Cognitivo Conductual En Los Usuarios Del Centro De Salud Mental Comunitaria De Chiclayo 2019”** declaro bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que puede conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, noviembre del 2020



Reupo Vallejos Manuel Narciso

Autor



Dr. Castro Kikuchi, Jorge Isaac

Asesor

DEDICATORIA

La presente Investigación es dedicada a mis padres, Narciso Reupo López y María Catalina Vallejos Serrano, que con humildad y esfuerzo me brindaron los recursos necesarios para estudiar y formarme como profesional.

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a DIOS por permitirme culminar con éxito cada una de mis metas, este trabajo de investigación es la suma de uno de ellos.

A mi Colega y Amiga Mary Cleofe Idrogo Cabrera, quien me ha brindado un valioso aporte, para mí sumamente importante en el término de esta investigación.

INDICE

RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN	11
CAPITULO I	15
ANÁLISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO	15
1.1. Ubicación	15
1.2. Evolución Histórico tendencial del Objeto de Estudio.....	15
1.3. Características del problema.....	20
1.4. Metodología	20
CAPITULO II	22
MARCO TEÓRICO.....	22
2.1. Antecedentes del problema	22
2.2. Base teórica.....	25
2.2.1. Depresión en la infancia y la adolescencia.....	25
2.2.2. Terapia Cognitiva de la Depresión	26
2.2.3. El tratamiento de la Depresión desde la perspectiva de la Terapia Cognitiva	31
2.2.4. Curso y evolución de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes	37
2.2.5. Tipos de depresión.....	41
2.2.6. Sintomatología depresiva a lo largo del desarrollo	42
CAPITULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	45
3.1. Análisis de resultados	45
3.2. Discusión de resultados.....	47
3.3. PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA	51
3.3.1. Concepto de depresión	51
3.3.2. Importancia del programa.....	51
3.3.3. Beneficios.....	52
3.3.4. Objetivo	52
3.3.6. Definición de actividades.....	53
MATRIZ DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES Y TAREAS.....	55
CONCLUSIONES.....	65
RECOMENDACIONES	66

BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	69

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Estadios del desarrollo, síntomas y causas de depresión</i>	32
Tabla 2. <i>Niveles de sintomatología depresiva</i>	45
Tabla 3. <i>Presencia de sintomatología depresiva</i>	46

INDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Acción estratégica del modelo cognitivo de Beck</i>	30
<i>Figura 2. Modelo teórico de Aaron Beck</i>	47

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo: Elaborar una propuesta para el tratamiento de la depresión aplicando el programa de terapia cognitivo conductual en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitaria de Chiclayo 2019. En la cual participaron 47 sujetos pertenecientes a la unidad de Niño y adolescente de un Centro de Salud Mental comunitario, con los que se desarrolló mediante la aplicación el Inventario de sintomatología depresiva de Aarón Beck (2005), el cual goza de confiabilidad y validez, encontrando que el 66% de los evaluados no presentaban síntomas depresivos, mientras que el 34% presentaba sintomatología depresiva que iba de leve a moderada, por lo que los sujetos a quienes se le aplicaría el programa serían 16. Se realizó el análisis histórico de la depresión en niños y adolescentes, revisando las teorías y modelos de intervención, por lo que se logró plantear un programa de doce sesiones, siendo este evaluado y validado por juicio de expertos, dicho programa se encuentra listo para su aplicación y medición de la efectividad.

Palabras clave: depresión, síntomas depresivos, adolescentes, programa.

ABSTRACT

The objective of this study was: to elaborate a proposal for the treatment of depression by applying the cognitive behavioral therapy program in the users of the Community Mental Health Center of Chiclayo in 2019. In which 47 people participated, who belong to the Child and Adolescent Unit of the Community Mental Health Center, with whom developed the program by applying the Aaron Beck Depressive Symptomatology Inventory (2005); which is reliable and valid, finding that 66% of the people who were evaluated didn't present depressive symptoms, while 34% presented depressive symptomatology ranging from mild to moderate, so that the persons to whom the program would be applied would be 16. Also, a historical analysis of depression in children and adolescents was carried out, reviewing the theories and intervention models, so that a program of twelve sessions was proposed, being this evaluated and validated by expert judgment, this program is ready for its application and measurement of effectiveness.

Key words: depression, depressive symptoms, teenagers, program.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad nos encontramos con situaciones que influyen de manera significativa en los niños y adolescentes en el Perú u en todo el mundo, muchas cosas han cambiado, al hablar de estos ya no recordamos infancias felices, donde no existía tanta tecnología, donde las familias se reunían más, donde para hablar con tus padres no usabas las redes sociales sino se hacía de frente y teniendo la plena convicción que serías escuchado, hoy se habla de una realidad totalmente distinta, donde de manera continua podemos observar casos de niños con síntomas depresivos, estos cambios y alteraciones conductuales se manifiestan de diversas maneras, formas, grados y durabilidad variables. Investigaciones realizadas en los EE. UU. Señalan que entre niños y adolescentes de su población en general existe un 5% de estos ha padecido depresión en algún momento. Evidentemente se deberá estar alertas si la sintomatología se mantiene constante y llega a interferir con el desenvolvimiento normal del menor.

Los adolescentes y niños que viven en constante tensión, que han llegado a experimentar una pérdida significativa o presentan algún desorden en su atención, aprendizaje o de conducta se encuentran en un riesgo mayor de sufrir depresión. Tomando en cuenta que son dos los factores de predominio en esta anomalía. En primera instancia está la presencia de esta variable en específicas dinámicas familiares.

Presentar Síntomas depresivos en estos días es una alarma social, un problema actual, ya que la depresión está considerada como la segunda causa de muerte para el año 2020, tendríamos que formularnos muchas preguntas con respecto a este tema, pero sin duda alguna la más relevante sería, ¿Qué conlleva

a un niño a presentar síntomas depresivos?, en la población a estudiar se ha podido observar conductas que podrían desencadenar en este mal. Así como Tristeza, llanto en exceso sin razón aparente, pensamientos o expresiones autodestructivas, desesperanza, aburrimiento, pérdida de interés en sus actividades favoritas, problemas familiares, enfermedades físicas, aislamiento social, baja autoestima y por último intentos de escapar de casa, así pues, esta última manifestación es una de las más relevantes pues muchos autores afirman que el núcleo familiar es el más próximo a los niños y adolescentes siendo este escenario donde suscitan sus mayores placeres, disfrutes o dificultades.

Según lo antes mencionado se formuló la siguiente pregunta: ¿La elaboración de un programa basado en terapia cognitivo conductual contribuirá en el descenso de las sintomatologías depresivas de los usuarios de la unidad de niño y adolescente que acuden al Centro Especializado En Salud Mental Comunitaria?, teniendo en cuenta que el objeto de estudio fue la sintomatología depresiva. Justificando el estudio de los síntomas depresivos, ya que son considerados una alarma social a nivel mundial, a diario vemos casos de escolares que se suicidan por constantes conflictos personales, familiares y sociales, entonces bajo esta premisa esta investigación se justificó en el ámbito práctico pues arrojaron resultados importantes no solo para las instituciones educativas, padres de familia, sino para prevenir desde una óptica multidisciplinaria esta alarma social, en el ámbito teórico puesto que a nivel local con escasas las investigaciones relacionadas a los síntomas depresivos relacionados con la variable de estructura familiar, Asimismo sirve de base a futuras investigaciones puesto que es válido como aporte científico en temas de interés actuales y de carácter social.

La pertinencia de esta investigación se basa sobre todo en los resultados encontrados y como es que se deben manejar casos más alarmantes, ya que en tener un porcentaje bajo de sujetos en grado máximo, no carece de preocupación o nos libra de ella, todo lo contrario, nos obliga a intervenir de manera más inmediata con atenciones dirigidas a la prevención.

Se podrían trabajar las distintas variables desde un enfoque multidisciplinario, donde no solo intervengan factores primarios sino también complejos que ayuden al desarrollo de estrategias que tengan efecto multiplicador en la sociedad, en las familias y en escenarios escolares ya que son precisamente estos lugares donde el menor pasa más tiempo.

El objetivo de esta investigación se direccionó a Estructurar una propuesta que contribuya en el tratamiento de la depresión y ser aplicado como un programa de la terapia cognitivo conductual en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitaria de Chiclayo, 2019.

Siendo los objetivos específicos, conocer los niveles de sintomatología depresiva en la unidad del niño y adolescente del Centro de Salud Mental Comunitaria.

Asimismo, se propuso determinar la presencia de la sintomatología depresiva, fundamentar un programa cognitivo conductual sustentada en la teoría de Aaron Beck para mejorar la sintomatología depresiva, diseñar un programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva de los usuarios de la unidad de niño y adolescente del Centro Especializado de Salud Mental Comunitaria de Chiclayo del 2019, finalmente se propuso validar la propuesta por criterio de expertos.

Debido a todo lo descrito anteriormente, se presentó como hipótesis de estudio, si se aplica un programa de terapia cognitivo conductual como tratamiento para menguar dicha sintomatología, en los usuarios del centro de salud mental comunitaria Chiclayo, ésta disminuirá.

En cuanto a la población de estudio, se tomó a 47 niños y adolescentes, entre los 8 y 17 años, que acudían al centro de Salud Mental Comunitario de Chiclayo, para verificar si presentaban sintomatología depresiva se aplicó el cuestionario de Beck (2017). La aplicación fue individual, el procesamiento y análisis de los datos se realizaron con el programa Excel 2018, elaborando una sábana de datos. Al finalizar el proceso, las evidencias se presentaron en tablas y gráficos para su mayor comprensión e interpretación.

De las evidencias encontradas en la aplicación del inventario, se vio necesario formular la propuesta del Programa de Terapia Cognitivo Conductual en los Usuarios del Centro de Salud Mental Comunitaria de Chiclayo, 2019; en el cual se proponen doce sesiones de terapia, dirigida a grupos de diez niños o adolescentes, con una duración de 60 minutos, basando el contenido de los mismos en las teorías de la Terapia Cognitivo Conductual.

Este estudio, está dividido en tres capítulos, el primero es denominado Análisis del objeto de estudio, en el que se encuentran datos que ayudarán a describir la situación actual de las variables de estudio. El segundo capítulo es Marco Teórico, en el cual se realiza la recopilación de información teórica y los fundamentos prácticos para la elaboración del programa. El tercer capítulo es de Análisis y discusión de los resultados, aquí encontraremos las evidencias organizadas en tablas y gráficos descritos para la comprensión, así mismo se

puntúa y señala la propuesta que presenta el programa cognitivo conductual, para disminuir la sintomatología depresiva.

CAPITULO I

ANÁLISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1. Ubicación

El Centro de Salud Mental Comunitario de Chiclayo, está ubicado en la urbanización Ingeniero II, Mz. L, Lote 15, del distrito de Chiclayo, del departamento de Lambayeque. Es un centro especializado en la atención de personas que presentan problemas y trastornos de salud mental, está dividido en cuatro unidades especializadas Niño y Adolescente, Adulto y Adulto Mayor, Adicciones y Participación comunitaria.

La creación de dichos Centros de Salud mental Comunitaria, se basan en el modelo de atención comunitaria, bajo la Ley 29889, en la que se detalla la creación de estos establecimientos a partir del año 2015, en todo el Perú, en el cual se prioriza la atención de la salud mental especializada, en este caso pertenece a la Red de Servicios de Salud Chiclayo - Gerencia Regional de Salud Lambayeque, el Centro de Salud mental Comunitario de Chiclayo es de nivel I-3, cuenta con profesionales en psiquiatría, psicología, asistente social, enfermería, técnicos de enfermería, terapistas de lenguaje y ocupacional, quienes conforman el equipo multidisciplinario, que evalúa, atiende, diagnostica, y lleva a cabo el seguimiento y tratamiento de cada caso presentado. Los centros comunitarios están equipados con medicamentos, materiales, infraestructura amplia y se ubican en espacios estratégicos, para el fácil acceso de los pacientes.

1.2. Evolución Histórico tendencial del Objeto de Estudio

La prevalencia que ha tenido la depresión ha ido aumentando con forme han pasado los últimos años y se ha observado su inicio en edades más tempranas, lo cual resulta preocupante ya que los trastornos depresivos influyen mucho a toda la población, sin discriminación de edad, nivel educativo, cultural, o condición económica, por lo que cualquier persona está expuesta a tener este padecimiento, es así que se hace interesante el estudio de su tratamiento en población adolescente, ya que existen pocos estudios documentados, teniendo en cuenta la gravedad del problema ya sea a nivel de salud, como a nivel sociedad.

Desde la perspectiva histórica, la depresión en niños y adolescentes no era reconocida como tal, pero en la actualidad, si bien no existe un acuerdo de la definición, existen autores que detallan su sintomatología, de acuerdo a la prevalencia y presencia de la sintomatología, que es muy parecida a la de los adultos; pero a su vez se vuelve variable por la presentación y comorbilidad, es así que Cytryn, (1980), presenta tres corrientes de opinión de la depresión infantil: en la primera la detalla como una única forma clínica que ésta requiere ser diferente al criterio diagnóstico que se usa para los adultos, en su segunda corriente los engloba dentro de trastornos de ánimo o afectividad en los adultos, e indica que el diagnóstico se debe realizar siguiendo el proceso de criterios de ésta, dándose ligeramente unas modificaciones, finalmente indica que no se debe brindar la categoría de entidad diagnóstica.

Cuando leemos sobre depresión en infantes y adolescentes observamos que la etiopatogenia con la depresión del adulto, se aparta a menudo de ella, por lo cual, presenta características propias, teniendo en cuenta el desarrollo del ser humano. Por lo tanto, los síntomas y signos, según Guillen (2013), son: el sufrimiento seguido de los sentimientos corporales no placenteros, auto-desprecio y pérdida de

fuerza física y gustos, la carencia de comunicación, y los cambios abruptos de los ritmos circadianos compondrían un acumulado de síntomas frecuentes en infantes, adolescentes y adultos. Manifestando que la anomalía depresiva infantil está compuesta por síntomas no únicamente direccionada a la edad adulta, sino que también muestra discrepancias sujetas a la edad (preescolar, escolar, adolescente), al género y presencia o ausencia de alteraciones concomitantes (médica, psicológica). A fin de profundizar el análisis, en España, la Encuesta Nacional de Salud (2006), halló que, 1.8% de niño con 9 años de edad y 1.8% de adolescentes de edades entre 13 y 14 años evidenciaron síntomas depresivos, dando a conocer además que, en los adolescentes las mujeres tenían mayor tendencia a la presencia de estos, debido posiblemente a variaciones hormonales que acompañan la pubertad.

En la historia bibliográfica de la sintomatología depresiva, encontramos referencias de Burton, (1621), quien señala el concepto de melancolía; las aceptaciones iniciales que se le da a la depresión en la infancia llegan por aportantes como Baker, (1755), quien afirma que un menor puede llegar a enfermarse por la presencia de una emoción; a su vez, Parkinson, (1807), asiente la existencia y presencia de una forma de melancolía que se da en niños, puntuando que el temperamento es fortalecido en las primeras etapas de la niñez; por su parte Griesinger, (1845), señalaba que la manía y la melancolía se presencian también en los niños; y Delasiauve, (1852), realizó un inicio en los textos sobre la depresión como parte del infante. Durante el Siglo XIX, se desarrollaron distintos aportes sobre la psiquiatría infantil o patología en este periodo, aparecen distintas aportaciones referenciales sobre las anomalías en la infancia y se reporta el primer caso de nostalgia infantil, (Descuret, 1855). Ya en el siglo XX, se observa la

definición del término “depresión” y su creciente interés detallando los efectos de la enfermedad. A Inicio del Siglo XX, es de importancia resaltar los aportes del Psicoanálisis. El lado más ortodoxo de esta corriente negó admitir a la depresión como parte del periodo infantil. Se disputaba entre los teóricos el considerar a la depresión como una alteración propiamente dicha o creada, puesto que algunos psicoanalistas (Rochlin, 1959; Rie 1966) indicaban que no era posible la aparición de síntomas depresivos en la infancia porque el superyó no estaba aún internalizado y, ello sería motivo de que la aparición de esta alteración se de en la pubertad.

En la segunda mitad del Siglo XIX hasta nuestros tiempos, el concepto de depresión prevalece y reemplaza por completo a la melancolía, el cual comenzó a extenderse a partir de los años 70, con autores como Stern, quien caracterizó al niño depresivo, o Rutter, quien realizó la primera investigación sobre las alteraciones psiquiátricas en la infancia (GAP). Así, en dicho periodo también se hizo énfasis en la depresión enmascarada, la cual fue aportada por Kielholz en el 1959 en adultos, y que posteriormente fue trasladada al periodo infantil por Neisser. Desde la corriente sistémica, para Cancrini, (2006), el tocar temas referidos a la depresión lo llevaba a plantearse a esta como una locura o simplemente una moda, pero de lo que no discernía era de que la depresión aparecía después de un evento o situación relacionada con la vida que ha llevado a quebrantar la estabilidad emocional y cognitiva.

La INFAD Revista de Psicología (2013), responde a la interrogante ¿Qué es la depresión infantil?, caracterizando a la depresión como un conjunto de síntomas y signos que se asocian a las desregulaciones anímicas como la tristeza, apatía, abulia y anhedonia, así también, se relaciona a alteraciones cognitivas, volitivas y

de orden físico, es común hallar personas que trascienden por episodios depresivos y presenten desbalances en su estado emocional, en la voluntad o interés por hacer actividades, en sus pensamientos sobre él mismo, el mundo y el futuro y en su estado físico, desarrollando alteraciones significativas en el sueño y apetito.

Dicho ello, se sostiene que hay un quebrantamiento holístico del funcionamiento de la persona. A diferencia del adulto, la depresión en niños y adolescentes se evidencia por irritabilidad como una característica predominante y resaltante.

Las distintas alteraciones se perciben a continuación.

la institución antes señalada comprende que la depresión desarrolla síntomas a nivel emocional como, la pérdida de interés por actividades que anteriormente le ocasionaban placer, la falta de humor, la tristeza, enojos rápidos y eufóricos, llanto excesivo y desesperanza en una visualización al futuro.

A nivel somático, se percibe pérdida de control de esfínteres cansancio y fatiga, dolores en el cuerpo, pesadillas y algunos problemas de sueño y apetito.

A nivel conductual, el adolescente puede mostrar rabietas, enojos, riñas, indisciplina y activar conductas desreguladas por el consumo de drogas, piromanía, etc.

También se visualiza alteraciones a nivel moto, como la poca expresividad de emociones, el letargo y enlentecimiento en el caminar o hablar.

A nivel cognitivo, el sujeto puede desarrollar disfuncionalidad en la atención y memoria, falta de concentración, pensamiento negativo asociados a la baja autoestima, pobre valoración, culpabilidad y de daño.

Por último, en la esfera social, el sujeto tiende a aislarse, reprimirse y sentirse incompetente en lo que concierne a las actividades sociales.

Como bien se ha observado el término depresión ha ido evolucionando en cuanto a la sintomatología presentada, antes se hacía referencia solo a una alteración que generaba disfunciones en el ánimo o afectividad, mientras que actualmente, se cree que esta tiene fuertes repercusiones en el aspecto cognitivo, social, académico, laboral y otros aspectos relevantes de la vida del ser humano. Asimismo, se sabe que el término depresión ha ido reemplazado a diversos conceptos como la melancolía, por último, se considera importante los diferentes hallazgos brindados sobre la depresión en la infancia, puesto que en un primer momento se consideraba una alteración propia de la vida adulta.

1.3. Características del problema

El contar con un programa de terapia cognitivo conductual dirigido a los usuarios del centro de salud mental comunitaria de Chiclayo, nace la observación de los síntomas depresivos como alarma social a nivel mundial, a diario vemos casos de escolares que se suicidan por constantes conflictos personales, familiares y sociales, entonces bajo esta premisa esta investigación se justifica en el ámbito práctico pues arrojará resultados importantes para prevenir desde una óptica multidisciplinaria; aclarando también la importancia en el ámbito teórico, debido a las escasas investigaciones existentes a nivel local relacionadas a los síntomas depresivos relacionados con la variable de estructura familiar.

1.4. Metodología

Se trabajó con el diseño de investigación no experimental, de Tipo descriptiva propositiva y Transversal. (Hernández, Fernández y Baptista; 2014). La población estuvo constituida por los usuarios de la unidad de niño y adolescente del centro especializado en salud mental comunitaria de Chiclayo, siendo un total

de 47 niños y adolescentes. La muestra fue no probabilística y por conveniencia, teniendo en cuenta la disponibilidad de los usuarios, trabajando con una muestra final de 16 sujetos, quienes cumplieron los requisitos de inclusión, como: Niños y adolescentes que presentaron síntomas depresivos. Usuarios que no presenten comorbilidad mayor. Usuarios que acepten formar parte del estudio.

En cuanto al material a empleados fueron: cuestionario de preguntas, útiles necesarios como lápiz o lapicero para responder a los instrumentos. La técnica fue psicométrica, la cual consiste en la ejecución de instrumentos válidos y confiables para medir una determinada variable (Toro, 2015). Los instrumentos fueron, fichas de control usadas en cada sesión de la propuesta del programa. Asimismo, se aplicó el test de sintomatología depresiva de Beck.

Este instrumento es un autoinforme el cual se puede evaluar mediante una entrevista, está dirigido a adolescentes y adultos y consta de 21 ítems que dan cuatro alternativas de cómo se siente el paciente actualmente, cada una de estas genera un puntaje para la calificación.

El instrumento puede ser aplicado de manera individual o colectiva, en un aproximado tiempo de 20 minutos. Cada ítem representa a un síntoma asociado a la depresión.

En cuanto a su corrección y calificación, los reactivos suman un puntaje que va desde 0 a 3, estos sumados generarán la interpretación del nivel de síntomas depresivos, así también si el clínico se detiene a pensar en cada ítem podrá saber los síntomas predominantes, finalmente, el resultado de la sumatoria se ubica en la siguiente categoría:

0-10: no hay indicadores de depresión, 11 – 20 hay indicadores de depresión leve, de 21 a 31 hay indicadores de depresión moderada y de 31 a más, hay indicadores de depresión alta.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, el instrumento cuenta con validez por juicio de expertos, donde se evaluó la relevancia, coherencia y claridad de los ítems en relación a los indicadores y dimensión, asimismo, tiene validez item – test dado a que es una escala unidimensional, los índices fueron $>.20$; con respecto a su confiabilidad, muestra consistencia interna con un índice de alfa de $.81$ para todo el instrumento.

Como método y procesamiento en la recolección de datos, a nivel teórico se uso el análisis documental para procesar la información sobre la evolución del constructo y el modelo teórico empleado y, en cuanto al análisis empírico, se aplicó el instrumento a la población y se generó una sábana de datos para el análisis descriptivo de los síntomas depresivos, se consiguió conocer los niveles de la variable y los síntomas predominantes, ambos presentados en tablas de acuerdo al formato APA.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

Toro (2015). Realizó una investigación sobre: Propuesta de un Programa Cognitivo Conductual en jóvenes con problemas de depresión atendidos en un Hospital de José Leonardo Ortiz. 2015. Su trabajo se realizó con una muestra no probabilística en su modalidad por conveniencia, siendo 89 pacientes. Tomó como instrumento el instrumento de depresión de Beck, el cual goza de confiabilidad y validez. Entre sus resultados más importantes se encontró qué, dicho programa

generado posee sustento teórico, práctico y cuenta con validez de contenido para disminuir los niveles de depresión en los jóvenes.

Martínez, (2010 - 2011), realizó una investigación sobre sintomatología depresiva en adolescentes en la zona sur de Madrid Capital, su muestra tuvo a 244 alumnos adolescentes (130 varones y 114 mujeres, 171 alumnos nacionales y 73 inmigrantes) de segundo curso de (E.S.O.) referentes a cinco centros (3 gubernamentales y 2 privados) cuyas edades oscilaban entre 13 a 28 años, mediante el Inventario de Depresión Infantil (CDI), teniendo los resultados: que la disforia y baja autoestima son significativamente altas, asimismo evidencio puntajes más elevados en estudiantes inmigrantes. Por último, la sintomatología depresiva se presenta significativamente alta y en inmigrantes, y para finalizar existe sintomatología depresiva en adolescentes inmigrantes que en autóctonos.

Arévalo (2008) efectuó la adaptación y estandarización del Inventario de depresión infantil en una muestra de 10, 200 alumnos entre las edades de 8 a 16 años de las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura. Objetivo: adaptar y estandarizar la prueba, para aplicación y uso en diagnósticos de síntomas depresivos en niños y adolescentes, concluyendo: el inventario de depresión infantil se ha establecido como un instrumento requerido para el diagnóstico de los síntomas depresivos en escolares del nivel primario y secundario, teniendo en cuenta que los síntomas depresivos en los estudiantes de nivel primario no son iguales al de los adolescentes del nivel secundario. Finalmente considera que en base a los resultados del CDI se pueden elaborar programas preventivos para evitar y tratar que puedan aparecer los síntomas depresivos.

Olhaberry y Farkas (2012) investigaron sobre los niveles de estrés materno presentes en hogares chilenos de tipo nuclear y monoparental con un nivel socio

económico bajo, evaluando al estrés en diversas escalas tales como, asociado al rol materno, a la interacción madre-hijo y a la percepción de dificultades en el niño observadas por la madre. Se estudiaron a familias nucleares (89) y monoparentales (80) con hijos entre las edades de 4 y 15 años. Las evidencias obtenidas arrojaron niveles de estrés significativamente más elevados en madres procedentes de familias monoparentales a diferencia de las madres procedentes de familias monoparentales.

Puyol et al. (2011) estudiaron sobre el mantenimiento de la sintomatología depresiva en los estudiantes de los barrios de Fajardo, Chaupitena y Miranda Grande - Ecuador y su relación con los factores de riesgo psicosocial en una muestra de 195 estudiantes de 9 a 16 años, los instrumentos empleados fueron: Inventario de Depresión Infantil (CDI), APGAR familiar y el Familiograma, teniendo como resultados que: la incidencia de una sintomatología depresiva fue de 42%, dado que 138 estudiantes se registraron con un patrón abusivo en el consumo de alcohol en la familia, también se encontró maltrato físico en 101 estudiantes y maltrato psicológico en 128 niños. Así mismo, la disfunción familiar se asocia a la presencia de sintomatología depresiva.

Ramírez (2012) investigó acerca de los factores de relación interpersonal acompañado de la sintomatología depresiva, dicho estudio fue realizado en estudiantes de secundaria de edades entre 15 -19 años, para medir el constructo usó la escala de depresión para adolescentes y encontró que, un 29.5% presentaba depresión, asimismo, profundizó en el análisis y detalló que, la depresión puede verse influenciada por distintos factores sociodemográficos como la edad, historial asociado a traumas y el tiempo de estudio excesivo.

Resende y Ferrao (2013) estudiaron la aparición de síntomas depresivos en adolescentes en el último año de escolaridad; en dicho estudio descriptivo, trabajaron con 117 estudiantes adolescentes a quienes les aplicaron el inventario de depresión de Beck, tras el análisis determinaron que, un 9.4% de los estudiantes presentaba síntomas depresivos, asimismo, mencionaron que, al menos 6 estudiantes presentaron síntomas graves de esta alteración, por último concluyó que el sexo femenino era tendiente a presentar episodios depresivos.

2.2. Base teórica

A continuación, se describen las teorías, características, y tipos de depresión:

2.2.1. Depresión en la infancia y la adolescencia

En el siguiente acápite se describirá una breve aproximación del concepto depresión en niños y adolescentes.

El tener de conocimiento de las alteraciones de los estados afectivos o de ánimo, principalmente los depresivos, están siendo muy influyentes y manifiestos en niños y adolescentes, y se está viendo presentada de manera mayoritaria en estos tiempos. Esta aceptación es de manera reciente en la población. El resistirse al concepto de depresión como orden clínica para la infancia y la adolescencia proviene tanto de la rama psicoanalítica, así como de los que defienden que los síntomas depresivos representan experiencias cíclicas que están asociadas al desarrollo normal del ser humano. Desde inicios, se rechazó el aceptar la presencia de depresiones en las primeras etapas de vida ya que, según la conceptualización dada por Freud y sus seguidores de la depresión en el adulto, al ser dependiente de la interacción entre los diferentes modelos o dimensiones de la personalidad, y no hallándose desarrolladas en las etapas evolutivas infantiles, no se manifestaría

la emergencia de las crisis depresivas en la infancia. El comienzo de estas adversidades en el concepto de depresión infantil nos lleva a su origen dado en el trabajo de *Freud* donde presenta al “*Duelo y melancolía*”, En tales escritos Freud define al duelo y melancolía, como un accionar inmediato frente a la pérdida de un sujeto/objeto apreciado (sea real o imaginado) especificando que en la melancolía tal “pérdida” está representando al yo. De tal modo, la depresión clínica es comprendida como una anomalía del súper ego que compromete a la agresión contra el yo. Asimismo, el súper ego no se haya lo suficientemente desarrollado, ni interiorizado antes que se de la pre adolescencia, siendo así que la depresión clínica, vista desde el psicoanálisis, no conseguiría darse en la infancia.

2.2.2. Terapia Cognitiva (TC) de la Depresión

El enfoque presentado por Aaron Beck, no solo explica la depresión, sino que busca ir más allá, indicando sistémicamente que tratamiento o estrategias están orientadas a su disminución o erradicación (Rivadeneira 2013)

Beck formula un modelo estructurado que busca explicar la funcionalidad psicológica tanto a nivel normal como anómalo. En un primer momento, postula la existencia de una cognición con la que la persona abordaría los distintos hechos que se presentan; a estos les concede el término esquemas a los que en última instancia están responsabilizados de la moderación en las percepciones habituales (Dahab, 2014)

El ámbito en el que se da la TC, la idea de un esquema tiene que ser comprendida como un grupo de semejanzas idiosincrásicas con los que el sujeto proporciona un sentido a las situaciones desiguales de la vida. tomando como ejemplo que, para ciertas personas los conceptos que estén vinculados con el atrayente sexual tiene mayor predominio, siendo así las personas se prepararán

rápidamente para observar, centralizar y calificar a las personas de su entorno tomando en cuenta sus cualidades físicas, vestimenta y los cuidados personales que manifiesten. (Rivadeneira 2013).

En otros individuos sobresalen los esquemas vinculados al aspecto laboral y su economía; consecutivamente, las personas estarán más atentos a con sus estado económico y financiero, se informarán e indagarán de las personas con las cuales hacer negocios y aumentar sus ganancias.

Se deja en claro que el estudio de los esquemas cognitivos no posee en sí nada de anómalo, se trata de un proceso normal, común y que todos vamos a desarrollar. Es a mediante nuestra cultura y formación educativa que vamos estableciendo estas estructuras cognitivas. No obstante, en algunas situaciones sí pueden tornarse en una patología o ser parte de esta.

En lo referente a la Depresión, el esquema dado por Aaron Beck se le nombra como tríada cognitiva. Con este modelo, representa a una visión adversa de sí mismo, del entorno y del futuro. La persona que presenta una depresión o síntomas de esta anomalía, aplica un sesgo contrario sobre sí mismo, tomándose a sí mismo como una persona minusválida, despreciable, rebajada, tiende a resaltar sus aspectos negativos y rechaza todo bueno que conserva.

Adjuntado a ello, se recalcan aquellas apariencias negativas de su entorno, su ambiente, incluyendo también a las personas que lo acompañan o están cerca de él. En definitiva, llega a ser pesimista, creyendo que en el futuro su vida no puede cambiar y seguirá soportando desgracias y sufrimientos asociados a su entorno. En esta última parte de la tríada cognitiva, el punto de vista negativo del futuro, se comprende como desesperanza hacia este y se haya significativamente conectada con el riesgo a desencadenarse en un suicidio. (Rivadeneira 2013)

Así también, el Modelo de la Terapia Cognitiva de la Depresión propone que los esquemas se manifiestan en el plano consciente del individuo mediante las interpretaciones exactas y claras de las situaciones que afronta. A dichas interpretaciones se les conoce también como pensamientos instintivos o automáticos y se entienden a estos como mensajes o ideas directas, cortas y fugaces; estos adquieren muy típicamente frases como “soy un idiota”, “soy un fracasado”, “no tengo nada”, “¿para qué quiero vivir?”. Así pues, aparecen dichas verbalizaciones que el ser humano con depresión tiende a experimentar y que en otros casos, estos conllevarían a la depresión.

El que se manifieste algún pensamiento automático dependerá de los hechos activantes que fomenten dicha interpretación patológica sobre el mundo, uno mismo o el futuro. Se llega a concebir que el ser humano tiene una capacidad exclusiva con la que puede procesar información, vale decir, asociarla, innovarla, transformarla y desarrollar conceptos nuevos. Dicha habilidad de la cual el ser humano ha sacado beneficio, en algunas circunstancias puede volverse en su contra (Rivadeneira 2013).

En el modelo de la Terapia Cognitiva, se le da un lugar a los errores o distorsiones cognitivas. Con este concepto, Beck hace referencia a un integrado de formas anómalas de transformación del contenido visualizado o vivenciado y producto de ello, se incrementa las disfunciones del estado de ánimo.

En un ejemplo, un paciente depresivo llama a su esposa a fin de comentarle algo referido a él, pero ella está ocupada y le dice que ahora no cuenta con tiempo suficiente, pero que luego podrían hablar, el paciente depresivo concluye pensando que su esposa ya no lo quiere y que es posible lo abandonen. En este ejemplo, la

persona depresiva cumple con un error cognitivo denominado inferencia arbitraria, la que se caracteriza por sacar conclusiones erradas de premisas válidas.

Otro de los conceptos que se asocian a este modelo teórico es el dominio personal, este hace referencia al integrado de objetos tangibles o no tangibles que las personas brindan un significado especial y juzgan en relevancia a él.

Así pues, los síntomas depresivos se dan como un resultado de la percepción de daño y pérdida o desgaste en el dominio personal, cabe decir, de una irregularidad irreparable de esta última variable. En tal sentido, el puntodecisivo de la conceptualización se basa en que quien tiene una depresión, observapérdidas y daños que no existen. Por ejemplo, un paciente con depresión puede ver a sus hijos y pensará que en algún momento lo abandonarán o se irán de su lado por algún motivo del cual no se tiene asociación actual. Ello, podría tratarse de una pérdida hipotética, pues no hay factores asociados a que los hijos se puedan ir en la actualidad.

Para finalizar, el modelo cognitivo de Beck, llamado terapia de reestructuración cognitiva promueve técnicas como:

Aceptación: hace referencia a la habilidad del terapeuta por no juzgar, sino aceptar toda aquella acción que el paciente haya hecho en el pasado por más fuera de sentido que esta haya sido (Rivadeneira 2013).

Quitar la etiqueta: al paciente no se le debe afirmar que es algo, sino, que se está comportando de cierta forma, es decir, se prefiere evitar “eres pasivo” y reemplazar por “estabas actuando muy tranquilo” (Rivadeneira 2013).

Corregir palabras trampa: el terapeuta debe estar atento a cada palabra trampa que mencione el paciente, es decir, debe interrumpir cuando este diga “NADA me sale bien” “TODO me va mal” (Rivadeneira 2013).

Diálogo socrático: el terapeuta debe confrontar empáticamente al paciente, llevándolo a la razón de las cosas. (Rivadeneira 2013).

Empleo de humor: resulta importante y útil se espontaneo sin llegar a la exageración, el humor puede provocar disonancias cognitivas. (Rivadeneira 2013).

Resúmenes intercalados: el terapeuta debe resumir o hacer paráfrasis de lo que el paciente comenta, genera sensación de escucha y atención. (Rivadeneira 2013).

Diario cognitivo: normalmente se utiliza como tarea para casa, el paciente debe registrar situaciones que activen sus esquemas o que lo lleven a sentirse triste y luego comentarlas en sesión con el terapeuta. (Rivadeneira 2013).

Las camas sirven para dormir: es una tarea para casa, el paciente debe acostarse en cama, pero si no se duerme en 15 minutos deberá ponerse de pie y hacer otra actividad ya que no ha cumplido con el objetivo (Rivadeneira 2013).

Programación de actividades: es dada para generar actividades en quien ya perdió gran parte de lo que hacía, se programa un horario sobre que hará en la próxima semana. (Rivadeneira 2013).

Estás técnicas van en la línea de actuación e intervención sobre sí mismo, el entorno y la visión hacia el futuro, tal y como se presenta en la siguiente figura:

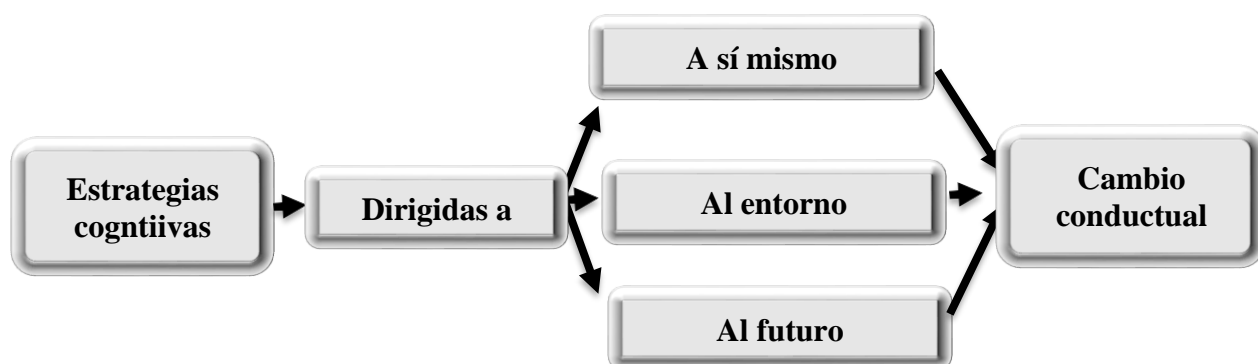


Figura 1. Acción estratégica del modelo cognitivo de Beck.

2.2.3. El tratamiento de la Depresión desde la perspectiva de la Terapia Cognitiva

Este modelo es uno de los más usados dado a su gran influencia en alteraciones del estado del ánimo; su efectividad ha sido probada en diferentes estudios siendo reemplazable o alcanzando una recuperación equivalente a los psicofármacos contra la depresión.

El tratamiento cognitivo para la depresión se asocia a la erradicación de esquemas cognitivos formados por diferentes situaciones o experiencias vitales, su eje gira en torno a la eliminación de ideas asociadas a los esquemas y a los pensamientos automáticos, en dicho sentido, el tratamiento cognitivo trasciende eliminando dichos patrones de pensamiento y modificando distorsiones cognitivas.

En esta terapia se trabaja mediante el diálogo socrático de base científico-racional, esta está orientada a llevar a la reflexión y confrontación del paciente de forma empática, de modo tal que este se percate de lo que sucede a su alrededor y de lo que está pensando de ello. El terapeuta intenta psicoeducar al paciente de modo tal que él entienda sus pensamientos, sentimientos y conductas asociadas, siendo más específico, se invita a una autoobservación al paciente para que este capte sus dificultades cognitivas.

Hoy en día, la TC es uno de los modelos de intervención más usados, difundidos y eficientes para la depresión, dicho mérito ha sido adquirido por el gran resultado publicado que ha conseguido en alteraciones depresivas; finalmente dichos trabajos han sido fusionados a los trabajos conductuales a fin de considerar un tratamiento cognitivo-conductual, buscando mayor eficiencia en el abordaje.

Así pues, a fin de profundizar en el constructo, se han reconocido distintos aportes teóricos para explicar la depresión y el tratamiento, se encuentran dentro

de las perspectivas psicoanalíticas que aparecieron después de los aportes de Sigmund Freud, se trata de las relaciones objetales y la terapia de apego.

La perspectiva psicoanalítica de Melanie Klein, hace referencia a un término denominado “ansiedad depresiva” el cual se postraba precisamente en la infancia, esta ansiedad estaba dada por la pérdida del objeto temprano, es decir, situaciones como el abandono materno o eliminación de alimentación por el seno a en meses de desarrollo eran situación diferente para que apareciera este concepto que seguidamente pueda ser difícilmente tratado, incluso con la terapia de relaciones objetales.

Se cita a la depresión también por Bowlby, este autor propuso tipos de apego, el ser humano busca apegarse desde edades tempranas, al no ser correspondido o no encontrar una figura de protección y cuidado podría desarrollar indicadores depresivos -ansiosos en la etapa infantil. El autor comprendió que el alejamiento de la madre podría ser posteriormente tratado con terapias retrospectivas, en el cual el sujeto reconstruya el vínculo con personas estando estas presentes o ausentes, a ello le denominó terapia de apego como un remedio para dichos indicadores preocupantes sobre la depresión y ansiedad.

En tal sentido, Sandler y Jofee, proponen una serie de síntomas dados en la niñez y adolescencia, estos desde orientaciones psicoanalíticas y de distintas revisiones teóricas relacionadas a la emocionalidad. Estos se evidencian en la tabla 1.

Tabla 1.

Estadios del desarrollo, síntomas y causas de depresión

Estadio del desarrollo		
	Síntomas depresivos	Causas de la depresión

Niñez	Aislamiento después del llanto y la protesta.	Perdida de estimulación y de sentirse seguro, escaso soporte maternal
Infancia temprana	Retraimiento, conducta dependiente.	Desaprobación y devaluación parental
Infancia media	Tristeza como una respuesta rápida a la situación.	Rechazo de los padres, disminución de acciones que generan placer
Infancia tardía	Depresión con baja autoestima.	Dificultad para alcanzar el ideal esperado por los padres, dificultad para sostener las relaciones socio-afectivas con éstos.
Adolescencia	Depresión con impulsividad.	Incapacidad para lograr ser aquel ideal interiorizado de los padres, dificultad para decidirse separarse de la familia.

(Tomado de Carhuatocto y Chirinos en el 2011)

En los años cincuenta el mundo de la corriente psicológica y de la psicopatología infantil estaba subyugado por la corriente psicoanalítica. En 1937 se convocó en París el *Primer Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil*; desde ese evento las publicaciones en torno a los trastornos mentales infantiles se acrecentaron en gran magnitud. Kanner (1943) y Asperger (1944) marcaron el interés relevante hacia las anomalías infantiles, a pesar de eso, los estudios e

investigaciones sobre depresión infantil eran pocos. Debido a que el psicoanálisis no admitía la depresión en la infancia, a esta no se le consideró en los manuales diagnósticos de dichos tiempos.

Desde los años 65 se presentan nuevos estudios sobre la depresión infantil, estos fueron tomados en cuenta para la evolución del constructo, situándose ahora como un importante diagnóstico para la intervención clínica.

1. Rie en el 2012, publica una Comprehensive Review, en la que realiza y enfatiza revisiones sobre temática.

2. Rutter publica un primer estudio sobre como los padres se encuentran en estados depresivos y si esto puede ser un factor de riesgo a futuras personas con depresión.

3. Se da la clasificación de las desviaciones mentales del niño, del Group for the Advancement of Psychiatry incluyendo, por primera vez, el síndrome depresivo infantil entre las clasificaciones.

En esta misma época se descubren las primeras evidencias clínicas en la que la disforia puede ser tomado como un síndrome y una alteración en niños. Ya a partir de 70 se acepta el término síndrome depresivo. En esta década los clínicos se interesan por obtener criterios diagnósticos legítimos, de naturaleza clínica y psicológica y posteriormente biológica. Asimismo, los modelos cognitivos y conductuales se empiezan a aplicar a niños a fin de rehabilitarlos de los síntomas depresivos; por último, consideran que existen criterios diferentes en la depresión infantil, siendo estas: habilidades sociales deficientes, irritabilidad y distorsiones cognitivas (modelo cognitivo de Beck, 1967, 1976).

A. *El modelo de Lewinsohn (1974)*, este modelo se originó a partir de la presencia de la psicología conductual y propone que los sujetos con características

depresivas no obtienen reforzadores del medio para mantener emociones asociadas a la alegría, sus habilidades interpersonales son inadecuadas y a veces deficientes. En estudios dados en este modelo, demostraron que el déficit de dichas habilidades se asocia a la presencia de síntomas depresivos (Wierzbicki y McCabe, 1988). Por otro lado, el modelo afirma que los niños con rasgos depresivos tienen mayor dificultad para interaccionar con sus hermanos y padres y carecen de capacidades para solucionar problemas o, al menos, no las han desarrollado (Kaslow, Brown y Mee, 1994).

B. El modelo cognitivo de Beck (1967, 1976), afirma que la depresión se manifiesta dado a los esquemas cognitivos estructurados a partir de experiencias inadecuadas o de orden traumáticos, estos a su vez desencadenan pensamientos automáticos que llevarían a la personas a desvalorizarse y tener ideas incongruentes en relación a sí mismo, al mundo y al futuro, desencadenando en este desesperanza, temor, llanto, ideas de culpa e ideas de minusvalía personal relacionada a sus habilidades o destrezas. (Kaslow et al., 1994).

C. indefensión aprendida (Seligman, 1975), indica que algunos eventos son controlables por el ser humano, sin embargo, cuando estos se perciben como fuera de control o simplemente incontrolables por la persona, este puede desarrollar indicadores o síntomas asociados a la depresión. Entonces, la indefensión aprendida se manifiesta cuando el ser humano renuncia a aspectos de la vida donde su iniciativa sea el factor principal de sobresalir, al no mostrar iniciativa aparente, el ser humano se agobia y recae sobre un estado depresivo (Costello, 1993). Asimismo, en consecuencia a este modelo se propuso una reorganización de atribuciones de desamparo aprendido (Abramson et al., 1978). En tal sentido,

se realizaron distintas investigaciones en este modelo y manifestaron que los niños y adolescentes perciben muchas situaciones o eventos como fuera de su alcance o control, ello podría activar pensamientos de inferioridad y minusvalía, los cuales desencadenarían síntomas depresivos (Weisz, Weiss, Wasserman y Rintoul, 1987; Kaslow et al., 1994).

D. *La teoría de la desesperanza de Abramson et al (2014)*, a diferencia del modelo anterior aquí no hay sucesos incontrolables, sino, sucesos negativos de la vida, estos afectan al ser humano ocasionándole estrés y posteriormente depresión, el sujeto ingresa en desesperanza debido a la afectación de la situación negativa, este ataca sus cogniciones y seguido a ello, termina causándole efecto en sus emociones y conducta.

Los modelos contribuyentes a la depresión ayudan a explicar el constructo, así como su sintomatología asociada a las diferentes edades, teniendo diferencias entre como se presenta esta en los niños, adolescentes y adultos.

El estudio e importancia que se le dedica a los trastornos depresivos en la infancia, representa la visión amplia de preocupación que se sostiene sobre esta anomalía y se puede utilizar diferentes modelos teóricos para brindarle una sola explicación. Cabe resaltar que la depresión puede entenderse también como un factor de riesgo hacia el desarrollo biológico, psicológico y conductual, pues al darse en la infancia conlleva a generar alteraciones muchas veces perdurables para el ser humano.

En este ambiente, *Achenbach et al (s.f)*, realizaron análisis multivariados sobre la depresión y reportaron que, los síntomas depresivos no son los mismos en las diferentes etapas de vida, los niños, adolescentes y adultos tienen indicadores

distintas y por tanto la intervención debería ser distinta, tal vez siguiendo un único modelo, pero con adecuación de sus estrategias.

2.2.4. Curso y evolución de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes

a. Características de la niñez y la adolescencia

El ser humano durante los 9 a los 18 años experimenta cambios diferentes, rápidos y notorios, estos cambios, sin duda, le permiten socializar, aprender, darles mejor interpretación a las cosas y adaptarse. A modo holístico, los cambios no son patológico, pero en algunos casos, existen sujetos premórbidos en quienes los cambios terminan por desencadenar alteraciones. A fin de profundizar en el análisis se realiza una revisión de las principales características del desarrollo.

Cuando las personas cursan la edad de 6 a 12 años tienen cambios en el punto de vista social, cognitivo y afectivo, en esta etapa resaltan mucho las actividades de integración dado a que la persona asiste a una escuela o se integra en grupos de su distrito o ciudad. En este periodo se consolidan las relaciones entre iguales; de los 6 a 8 años de edad el niño tiene un análisis concreto de las cosas y situaciones, adquiriendo autonomía personal, mientras que de los 9 a los 12 años el sujeto amplía nuevas cogniciones en relación a contextos más abstractos (García 2015).

De los 8 a 12 años de edad, el ser humano se hace parte de un estado social con mayor equilibrio y donde se muestra gran afectividad, este plano favorece a las cogniciones, permite aprender con mayor facilidad; asimismo, la persona afirma su identidad, se está descubriendo más y empieza la adolescencia temprana.

El periodo de la adolescencia es fundamental y se observa en la persona variaciones significativas. Aquí se presentan cambios notables, estos dado a nivel

biológico, social y psicológico, estos cambios tienen como fin, conducir a la madurez. La etapa de la adolescencia se divide en tres periodos para su comprensión: la adolescencia temprana (11-14) media (15-18) y tardía (más de 18 años).

Diversos estudios han aportado contenidos relacionados a los cambios dados durante la adolescencia, sin embargo, son pocas las investigaciones que hacen énfasis en la asociación entre los aspectos cognitivos y afectivos en estos periodos (Carretero, 2011). La adolescencia es parte de la transición de la persona desde la niñez hasta la vida adulta, el ser humano sufre cambios marcados y se muestra inestable en sus emociones (Fierro, 2014).

La persona durante este periodo consolida sus destrezas específicas para enfrentar al mundo o la realidad, se adapta y piensa más abstracto sobre lo que sucede a su alrededor. El sujeto puede interiorizar las normas sociales y culturales o puede debatirlas en su razón, eso dependerá de otros factores, incluido principalmente la personalidad. El adolescente quiere delegarse de su grupo familiar, se torna inestable, tiene desequilibrios emocionales e inseguridades, ama ser independiente y quiere mostrar toda su autonomía.

El cómo socializa el adolescente dependerá tanto de él, como del medio o entorno que lo acompaña, el adolescente entra en un proceso dinámico y modificable, en el cual sus rasgos empiezan a estructurarse relativamente (Vega, 1987).

El adolescente desarrolla distintas formas de responder en relación a lo emocional, pues ahora no solo es espontaneo, sino que, el pensamiento abstracto puede hacer que no convalide sus emociones con sus pensamientos, restringirse a mostrarlos o simplemente reprimirlos.

El adolescente debe conseguir la autonomía de sus padres o personas que están aún cuidándolo, asimismo, este se debe preparar para una profesión y buscar relaciones laborales eficaces para un próximo momento.

Cabe resaltar que a la adolescencia también se le conoce como una etapa de crisis en la que aparecen conflictos debido a la inestabilidad, el bajo control emocional, las confusiones, el incremento de responsabilidades y otras actividades propias del inicio de la vida adulta, por ello, este desbalance puede ser parte del inicio de un malestar significativo, la depresión (Fierro, 2014).

En la adolescencia, la persona busca resolver conflictos que se le presentan y muchas veces se encuentra confundido, esta confusión puede instaurarse en él por un periodo mayor a un mes, siendo otro de los malestares comunes en el adolescente (Buendía, 2013).

Por otro lado, concerniente a los trastornos, Canals, Martí-Hennerberg, Fernández-Ballart y Doménech (1995) promovieron estudios epidemiológico de orden longitudinal en las personas y manifestaron que las alteraciones no se presentan en el desarrollo puberal, sino al cese de este periodo, las adolescentes tenían mayor prevalencia de afecciones del ánimo en comparación con los varones, era muy común que las alteraciones se presenten a los trece años; en la misma línea Abad, Forns y Gómez (2012) trabajaron en la evaluación de 1342 adolescentes Catalanes y hallaron que las chicas inician más tarde los síntomas depresivos que los varones, con una diferencia de 1 año de edad. Así, Abad et al. (2012) mencionaron que el curso de la sintomatología depresiva es distinto entre los varones y mujeres, pues los chicos desarrollan síntomas somáticos y las chicas tienden a aislarse y generar déficit en sus relaciones.

El adolescente debe hacer frente a todos estos cambios, ello describe una situación de vulnerabilidad para él, en el que se siente propenso a afecciones emocionales, conllevando al déficit de sus relaciones. Cabe resaltar que los adultos que acompañan el desarrollo del adolescente, tanto profesores como cuidadores, se muestran confundidos ante lo que sucede pues sus necesidades son muy particulares. Por todo ello, la adolescencia temprana es una etapa de riesgo para el inicio insidioso de alteraciones conductuales y emocionales.

Entre otros indicadores, se encuentra el humor del adolescente, en el que por momento pareciese ser un mundo de felicidad y en momentos tornarse como un día oscuro, por ello, es normal que aparezcan síntomas asociados a la depresión y ansiedad.

Otro punto importante es el reflejo de sí mismos, en este aspecto, muchos adolescentes tienden a devaluarse, menospreciarse y sentirse culpable de lo que pasa, no aceptándose a nivel físico, cognitivo y social. El fracaso lo viven como un fin irreparable y el éxito como la mejor solución conseguida en su vida.

Es muy común que las personas cercanas al adolescente perciban sus cambios emocionales como algo normal y propio de la etapa y esto limita a que se puedan detectar afectaciones. Así también, el mismo hecho de la inestabilidad en el adolescente puede ser producto de confusión para un clínico no preparado para detectar alteraciones del estado del ánimo.

Por otro lado, también se conoce que, durante la adolescencia, los cambios de humor son muy observables en comparación a otras etapas de la vida, el adolescente tiene déficit en el manejo emocional y es fácil de afectarse emocionalmente.

En un estudio dado por Offer y Schonert-Reichl (s.f), hicieron referencia a los mitos de la adolescencia y encontraron que no todo era parte de un patrón normal de cambios, sino que, uno de cada cinco adolescentes presentaba una alteración de corte psicológico. Cabe resaltar, que manifestaron que en el 90% de los casos los padres de estos adolescentes no notaban dicha alteración. Reynolds (2014) afirma que, la depresión en adolescentes no es tomada en cuenta, muchos cuidadores o profesionales señalan que es parte de la etapa y ello limita la intervención, las personas siguen creyendo que el tormento emocional de la adolescencia es parte del desarrollo, sin embargo, no es necesario que el adolescente pase por un tormento, se pueden tomar consideraciones, intervenir, estar más atentos y prestar mayor interés a los estados emocionales del adolescente.

2.2.5. Tipos de depresión

Cuando se hace referencia a tipo de depresión, se puede tornar un tanto prolijo dicha contextualización, pues, diferentes autores aportan tipos distintos en relación a lo que se conoce; Del barrio (2021), abarca tipos de depresión infantil y clasifica estas de acuerdo al curso, severidad, causalidad, modo, frecuencia, carácter evolutivo, síntomas y perduración.

Con respecto al curso, se clasifica en dos, la depresión unipolar y bipolar, la primera hace referencia al desorden por alteraciones propias de la depresión y, en la segunda alterna con alteraciones de un episodio maniaco (Cuevas y Teva, 2011; Del Barrio, 2012).

Por la severidad, menciona los trastornos considerandos en el DSM-IV-TR (APA, 2002), yendo desde la depresión leve hasta la depresión profunda, donde esta última estaría acompañada de delirios de culpa o hipocondríacos.

Asimismo, en cuanto a las causas, puede ser exógena o endógena, la primera está caracterizada por su aparición a partir de la vivencia de causas externas y la segunda dada por causas internas o desbalances neuroquímicos (Cuevas y Teva, 2011; Del Barrio, 2012).

2.2.6. Sintomatología depresiva a lo largo del desarrollo

El vocablo depresión en un primer momento fue tratado como algo normal, propio de las emociones (Lerman, s.f.), en un segundo instante fue tratado como una alteración caracterizada por un grupo de síntomas disfuncionales sin cumplir un diagnóstico psiquiátrico y, en tercer lugar, ya se conoció a este constructo como una nosología psiquiátrica.

Así pues, es tan amplio el concepto que puede expresarse como síndrome, signo, síntomas, trastorno o alteración. Como signo, se puede evidencia en la disforia, como síntoma por su intensidad e interferencia en el bienestar. Como síndrome o trastorno como parte de un cuadro clínica mayor y de difícil tratamiento, que engloba indicadores como anhedonia, abulia, tristeza, llanto, letargo, etc.

Los síntomas de los niños y adolescentes con depresión se presentan en todos los aspectos de la vida del sujeto, a nivel emocional, conductual, cognitivo, social y motor, lógicamente, en cada una de estas esferas en ser humano presenta complicaciones o deficiencias, a nivel emocional, la ira, enojo, inestabilidad y sentimientos de vacío, a nivel conductual, el déficit de interacciones, habilidades sociales deficientes y autolesiones, a nivel cognitivo, las ideas de culpa, inferioridad, minusvalía y la visión negativa, a nivel social, el retraimiento y aislamiento y, a nivel motor, la pobre voluntad, el letargo al hablar, etc.

Para redactar en plano global, la depresión comprende un abanico de síntomas, como la baja autoestima, retraimiento, llanto, cansancio, fatiga,

trastornos del sueño, apetito y control de impulsos. En niños y adolescentes hay un indicador con predominio que es la irritabilidad y fácil explosión ante el estrés, asimismo, el adolescente depresivo puede tratar de evitar la depresión ingresando en el consumo de drogas o algunas otras actividades depredadoras.

Asimismo, cabe resaltar que estos síntomas pueden estar asociados a características propias del individuo como la edad y el sexo, por ello, se podría decir que los síntomas comprenden un carácter evolutivo (Achenbach, 1982).

En cuanto a la edad, se ha encontrado que el primer año de vida las alteraciones del estado del ánimo se asocian al vínculo materno, abandono y psicopatología concomitante y heredable. En esta edad, los signos son la facies sobria, gimoteos, evitación del contacto visual, lentificación conductual pérdida de peso o pobre aumento de este.

Así, del primer a tercer año de vida, además de los indicadores anteriormente señalados, están el retraso psicomotor, cognitivo, alteraciones del sueño y del lenguaje.

Méndez (2012), afirma que de 3 a 5 años el niño tiende a ser retraído, hay irritabilidad y cambios de humor repentinos, pobre control de esfínteres y quejas o malestares somáticos. A partir de los seis años, los síntomas van tomando similitud a lo presentado por los adultos, sin embargo, aquí aun se visualiza rabietas e irritabilidad.

Ryan, Puig-Antich, Ambrosini, Rabinovich, Robinson, Nelson et al (s.f.) indican que, en los niños y adolescentes los síntomas son más frecuentes y severos, se viven con mayor intensidad y, entre los niños y adolescentes, son los primeros quienes presentan mayores quejas somáticas, ansiedad ante el abandono y separación, miedos, alucinaciones y agitación y, por otro lado, los adolescentes

tienden a la desesperanza, poco disfrute de actividades, hipersomnia e ideación de muerte o suicida.

Concerniente al sexo, se han hallado diferencias, en la vida adulta es muy común encontrar mayores casos de depresión en mujeres que en hombres (Hirschfeld y Cross, 1982; Nolen-Hoeksema, 1987). Así pues, similar a ello, hallaron frecuencias en adolescentes los autores Allgood-Mesten, Lewinsohn y Hops, (1990); Baron y Perron, (1986); Reynolds, (1986); Rutter et al., (1986); Weeb y VanDeveres, (1985), ellos, explicaron las diferencias de la depresión en ambos sexos indicando que es precisamente las adolescentes quienes evidencias mayores síntomas depresivos

Por otro lado, Campbell, Byrne y Baron (1992), ,manifiestan que los hombres tienden a experimentar mayor sintomatología depresiva física, como no poder conciliar el sueño y quejas somáticas, mientras que las mujeres presentan mayor sintomatología psicológica, como la culpabilidad y sentimiento de inseguridad.

Así pues, se podría mencionar que existen diferencias de acuerdo al sexo, pero que sin duda alguna, es la etapa de la niñez y adolescencia en donde los síntomas se viven con mayor intensidad, pudiendo aparecer más rápidamente las ideas de muerte o suicidio.

CAPITULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1. Análisis de resultados

Tabla 2.

Niveles de sintomatología depresiva en la Unidad de Niño y Adolescente del Centro de Salud mental Comunitario de Chiclayo 2019.

Categoría	Familia Extensa	
	N	%
No hay presencia de síntomas depresivos. Dentro de los límites normales	31	66
Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada	16	34
Presencia de síntomas depresivos marcada o severa	0	0.0
Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	0	0.0

En la presente tabla se observa que el 66% de la población se encuentra en la categoría No hay presencia de síntomas depresivos. Asimismo, se halló que el 34% de la población, se encontraba en la categoría Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada.

Tabla 3.

Presencia de sintomatología depresiva en la Unidad de Niño y Adolescente del Centro de Salud mental Comunitario de Chiclayo 2019.

Sintomatología	fi	%
Tristeza	10	21%
Desesperanza hacia el futuro	2	04%
Insatisfacción	7	16%
Culpabilidad	2	04%
Decepcionado de sí mismo	0	0%
Pensamientos de autolesiones	2	04%
Llanto	11	23%
Irritabilidad	12	28%
Pérdida de interés	4	09%
Devaluación	7	16%
Alteraciones del sueño	0	0%
Preocupación	1	02%

Nota: porcentajes obtenidos del cuestionario

En la tabla 3, se observa la presencia de la sintomatología depresiva en los usuarios de la unidad de niño y adolescente y se obtiene que, de las 47 personas, 12 presentaron irritabilidad (28%), 11 llanto (23%) y 10 tristeza (21%), siendo estos los síntomas más visibles y evidentes en la población.

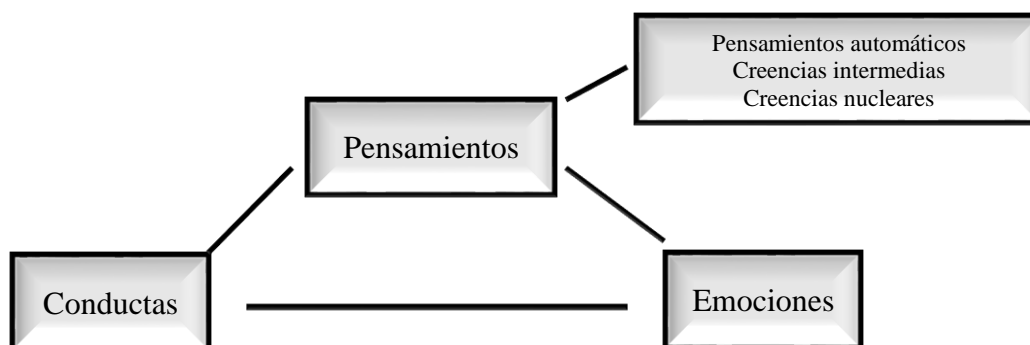


Figura 2. Modelo teórico de Aaron Beck para accionar sobre la sintomatología depresiva

Fuente: Construcción Propia

En la figura 1, se observa que, el modelo teórico de Beck, fomenta la reestructuración cognitiva del paciente con síntomas de depresión, para ello, considera trabajar por medio de los pensamientos, conductas y emociones, dado a que dichos constructos están vinculados, asimismo, este modelo informa que las estrategias deben desestructurar pensamientos automáticos y creencias relacionadas a las alteraciones del estado del ánimo.

3.2. Discusión de resultados

En la presente investigación se buscó elaborar un programa cognitivo – conductual basado en la teoría de Aaron Beck, con la finalidad generar estrategias para actuar sobre los síntomas depresivos de los usuarios pertenecientes a la unidad de Niño y Adolescente del Centro de Salud mental, para ello, se determinaron dos resultados estadísticos para conocer el nivel de los síntomas depresivos y los síntomas depresivos predominantes.

En este acápite se discutirá y contratará el reporte sobre el nivel de los síntomas depresivos y la predominancia de los mismos.

Un 66% de la población se ubicó en la categoría *No hay presencia de síntomas depresivos*, mientras que, un 34% se ubicó en la categoría *Hay presencia de síntomas depresivos mínima y moderada*; estos resultados son diferentes a lo hallado por Puyol et al. (2011), pues el autor encontró que, la población predominantemente se ubicaba en el nivel alto de síntomas depresivos (42%), asimismo, en el estudio de Ramírez (2012), se reportó que el 29.5% presentaba síntomas depresivos.

Como bien se observa, en el presente estudio los síntomas depresivos se ubicaron en el nivel leve y moderado, mientras que, en los dos estudios mencionados, los síntomas se presentaron en niveles altos; esta diferencia puede asociarse a distintos factores que promueven el inicio de los síntomas depresivos, la genética o concurrencia frecuente de familiares con alteraciones del estado de ánimo o ansiedad, la presión ambiental excesiva, los traumas a temprana edad, la caracterización sociodemográfica de la población, entre otros (INFAD, 2013).

La depresión altera los diferentes ejes de la vida, tanto a nivel social, familiar como laboral, el ser humano puede presentar consecuencias emocionales como tristeza, pérdida de interés y falta de sentido del humor, consecuencias psicosomáticas como dolores, problemas del sueño, y pérdida de energía, consecuencias conductuales como rabietas, consumo de sustancias y protestas, consecuencias motoras como hipoactividad y letargia, consecuencias cognitivas como desesperanza del futuro, entorno y de sí mismo y, por último, consecuencias sociales como el retraimiento y poca socialización (INFAD, 2013).

Todas esas manifestaciones pueden ser tomadas como síntomas y signos propios de la depresión, siendo esta un mal que impacta, en este caso, en el adolescente y sus familiares cercanos.

Los síntomas depresivos pueden aparecer por distintas causas, los modelos teóricos explican que el inicio de los episodios depresivos son multicausales, el modelo de Lewinsohn indica que, los síntomas depresivos se arraigan más debido a que estos son reforzados por la conducta del propio sujetos, pues el aislarse podría reforzar la tristeza; así, desde una perspectiva similar, el modelo cognitivo de Beck, indica que, los síntomas depresivos surgen por las inadecuadas experiencias que vivencia la persona y llegan a estructurarse en sus cogniciones las cuales llevarán al sujeto a tener una visión irracional y automática del mundo, del futuro y de sí mismo (Weisz et al., 1987; Kaslow et al., 1994).

A fin de ahondar más en el constructo, en el presente estudio se hallaron los síntomas depresivos predominantes y se encontró que, irritabilidad (28%), llanto (23%) y tristeza (21%) predominan en los usuarios, estos resultados discrepan levemente de lo hallado por Martínez (2010-2011), pues en su estudio visualizó la predominancia de indicadores como disforia y baja autoestima.

De cierta forma se puede indicar que, la manifestación disfórica puede asociarse con irritabilidad, en la cual también se halló predominio, sin embargo, con la manifestación baja autoestima si se encontraron diferencias. Cabe resaltar que, los episodios de depresión o la personalidad predispuesta a la depresión no necesariamente presenta todas sus manifestaciones, sino que son vulnerables por algunas manifestaciones.

Por otro lado, los síntomas depresivos predominantes como irritabilidad, llanto y tristeza pueden ser producto de distintos factores, Carhuatocto y Chirinos (2011), mencionan que, la tristeza asociada a este constructo puede ser producto del rechazo parental y la pérdida de actividades placenteras, asimismo, la irritabilidad, puede darse debido a la contención emocional, la represión e

inexpresividad, por otro lado, señalan los autores que, el llanto es un indicador asociado a estos síntomas, pues el llanto puede aparecer por tristeza o enojo e ira.

Todos estos indicadores y lo presentado en el nivel de síntomas depresivos, lleva a comprender que los usuarios del centro de salud mental, necesitan mayor intervención, aún siendo estos síntomas moderados, se considera conveniente ejecutar actividades, planes o estrategias de mejora; en el presente estudio se propuso un programa basado en el modelo teórico de Aaron Beck, en el cual se diseñaron estrategias que fomenten la acción rápida sobre el pensamiento, conducta y emociones de modo tal que, el sujeto pueda erradicar ideas asociadas a los síntomas depresivos, actúe racionalmente y pueda manejar su estado emocional; en investigaciones como la de Arévalo (2008) y Resende y Ferrao (2013), también se proponen estrategias cognitivas, pues éstas son las que presentan mayor eficacia sobre los síntomas depresivos.

Dicho programa fue validado y desarrollado a modo de propuesta, en el siguiente acápite se presenta lo concerniente a ello.

3.3. PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

DISEÑO DE LA PROPUESTA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN APLICANDO UN PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA DE CHICLAYO 2019

3.3.1. Concepto de depresión

Según Beck, (1983) la depresión es una alteración anímica que aparecer debido a las distorsiones cognitivas y la activación de esquemas disfuncionales los cuales a su vez activan pensamientos automáticos que generan desbalances a nivel emocional y conductual.

Aarón Beck, es considerado, el padre de las teorías cognitivas, y quien apporto a la creación del modelo intervención de la depresión, pues ha aportado distintas herramientas para la intervención clínica de esta alteración. Por tal motivo el presente estudio, se sumará a los trabajos realizados para evidenciar la efectividad de la intervención Cognitivo-Conductual. Según lo señalado las aproximaciones de la teoría de Beck, para el procesamiento de la información, son muy importantes, buscando a través de la propuesta activar las respuestas cognitivas, afectivas, motivacionales y conductuales de una persona, según los ambientes físicos y sociales que forman parte de su vida, logrando reestructurar y mejorar su calidad de vida.

3.3.2. Importancia del programa

El tratamiento de la depresión, ha sido abordado ampliamente hacia la intervención con adultos, pero no se ha realizado un análisis de la prevalencia en niños y adolescentes, lo cual es de suma importancia, ya que forma parte del

desarrollo de los menores, así como también, para confirmar y complementar la conceptualización que se le ha dado de la depresión en edades tempranas.

3.3.3. Beneficios

Según Beck, (1983), intervenir mediante técnicas cognitivas promueven reestructuraciones mentales, en el cual la persona al cambiar dichos patrones de pensamiento podrá cambiar su conducta y modo emotivo de reaccionar ante situaciones. Es así que, tomando su modelo de intervención, se trabajará mediante tres técnicas predominantes. La primera es nombrada “estrategias a nivel cognoscitivo”, la segunda sobre las “autoafirmaciones de enfrentamiento”. Y la tercera “biblioterapia”, en cada una de ellas se buscará que los adolescentes tengan la oportunidad de valorar sus pensamientos, y que permitan al propio individuo pueda cuestionar sus creencias irracionales y comience por considerar aquellas opciones alternas que faciliten la solución de sus problemas.

Finalmente, los beneficios de la terapia cognitivo conductual, es hacer que el usuario entienda los factores que le provocan depresión, que identifique los factores detonantes y aprenda a controlarlos cambiarlos para mejorar su estado de ánimo. Asimismo, que sea capaz de manejar de manera asertiva los problemas en su vida diaria.

3.3.4. Objetivo

Disminuir las manifestaciones de sintomatología depresiva de los usuarios de la Unidad niño y adolescente del Centro de Salud Mental Comunitaria de Chiclayo. A través del modelo cognitivo conductual.

Objetivos específicos:

Modificar pensamientos a través de las técnicas cognitivas.

Replantear las acciones, a través de técnicas de modificación de conducta.

Mejorar las relaciones interpersonales, a través del modelo cognitivo conductual.

3.3.5. Programa de tratamiento

El programa de terapia cognitivo conductual par usuarios del Centro de Salud Mental Comunitaria de Chiclayo, contiene una serie de aspectos que ayudarán en la aplicación, y estos están basados en la teoría de Aarón Beck.

Fases de la terapia cognitiva de Beck para la depresión.

1. Establecer la relación terapéutica
2. Comprender sus quejas y transformarlas en síntomas – objetivos
3. Explicarle el modelo cognitivo de la depresión
4. Demostrarle cómo influyen las cogniciones en las emociones
5. Las técnicas conductuales
6. Las técnicas cognitivas

3.1.6. Ámbito de aplicación

Según el estudio previo desarrollado se encontró que el 34% de los usuarios de la unidad de niño y adolescentes, del centro de salud mental comunitaria de Chiclayo presentan sintomatología depresiva, por lo que el alcance abarca a los 16 adolescentes entre los 13 y 17 años, que presentaron sintomatología depresiva.

3.3.6. Definición de actividades

Antes de definir las actividades propuestas se debe tener en claro las reglas de la terapia y las que rigen para cada sesión, las que se detallan a continuación:

Asistencia a todas las sesiones

Puntualidad

Compromiso para acudir a las sesiones terapéuticas.

Disposición para realizar las actividades durante la sesión y fuera de ella.

Según la identificación de necesidades, se han planteado catorce actividades, para mejorar: los pensamientos Saludables y Dañinos, realizar Actividades Agradables, mejorar las relaciones Personales y Sociales y finalmente mejorar la Salud Física y Emocional. Dichas actividades tendrán una duración de una hora, cada una, será aplicada dos veces por semana, con una duración total de 6 semanas, las actividades están estructuradas de la siguiente manera:

ACTIVIDADES	SESIONES	DESCRIPCIÓN
Actividades Previas		
	Sesión 1:	Presentación del paciente - terapia – terapeuta
Actividad I: “Los Pensamientos”	Sesión 2:	Sus pensamientos y su estado de ánimo e identificación de pensamientos saludables y dañinos
	Sesión 3:	Disminución de los pensamientos negativos para mejorar el estado de ánimo
	Sesión 4:	Aumentar los pensamientos saludables para alcanzar la vida que usted quiere
Actividad II: “Las Acciones”	Sesión 5:	Las actividades y el estado de ánimo
	Sesión 6:	Actividades Agradables y Relajación
	Sesión 7:	Identificando y cambiar actividades desagradables
	Sesión 8:	Las metas como parte de su realidad
Actividad III: “Las Relaciones Personales”	Sesión 9:	Las relaciones personales e interpersonales en la vida diaria
	Sesión 10:	Problemas que se presentan en las relaciones personales
	Sesión 11:	Mejorar las relaciones personales y el estado de ánimo
Actividad IV: “La Salud”	Sesión 12:	La salud y el Estado de Ánimo
Actividad Final	2ª Aplicación del Inventario de Beck	

MATRIZ DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES Y TAREAS

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN APLICANDO UN PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA DE CHICLAYO 2019			
ACTIVIDAD	SESIÓN	OBJETIVO	TECNICAS
Actividades Previas	Aplicación del instrumento de Beck (Inventario de Depresión)	Conocer el porcentaje de la población que presentan sintomatología depresiva, y poder elegir la muestra.	La aplicación del instrumento se realiza en grupos de 10 sujetos, para mejorar la veracidad de los resultados.
	Sesión 1:	Realizar la presentación del terapeuta – paciente Plantear la terapia y el procedimiento	Realizar la presentación formal y que el usuario tenga pleno conocimiento del trabajo a realizar, así como las reglas de cada una de las sesiones a desarrollar, dando paso al encuadre y alianzas terapéuticas.
Actividad I: “Los Pensamientos”	Sesión 2:	Evaluar los pensamientos y su estado de ánimo Identificar pensamientos saludables y dañinos	Relajación Registro de pensamientos Estrategias de cambio cognoscitivo Autoevaluación Tarea para casa

	Sesión 3:	Disminución de los pensamientos negativos para mejorar el estado de ánimo	<p>Evaluar el cumplimiento de la tarea dejada</p> <p>Relajación</p> <p>Autoafirmaciones de enfrentamiento</p> <p>Tarea para casa</p>
	Sesión 4:	Aumentar los pensamientos saludables para alcanzar la vida que usted quiere	<p>Relajación</p> <p>Estrategias de cambio cognoscitivo (Desensibilización sistemática, Reestructuración cognitiva)</p> <p>Tarea para casa</p>
Actividad II: “Las Acciones”	Sesión 5:	Aprender, como lo que hacemos propicia la forma en que nos sentimos	<p>Relajación</p> <p>Estrategias de cambio cognoscitivo (Desensibilización sistemática, Reestructuración cognitiva, entrenamiento en resolución de problemas)</p> <p>Tarea para casa</p>

	Sesión 6:	Formular un plan para realizar actividades saludables y aprender a relajarse.	Relajación Autoafirmaciones de enfrentamiento Técnicas de dominio y agrado Tarea para casa
	Sesión 7:	Identificar y vencer los obstáculos que impiden realizar actividades agradables, y mejorar el estado de ánimo.	Relajación Autoafirmaciones de enfrentamiento Técnicas de dominio y agrado Tarea para casa
	Sesión 8:	Fijar metas a corto y largo plazo	Relajación Programación de actividades Asignación de tareas graduales Tarea para casa
Actividad III: “Las Relaciones Personales”	Sesión 9:	Comprender que las relaciones con las personas influyen en el estado de ánimo	Relajación Practica cognitiva Tarea para casa
	Sesión 10:	Establecer nuevas formas de comunicación para mejorar las relaciones personales y el estado de ánimo	Relajación Psicodrama Tarea para casa

	Sesión 11:	Identificar alternativas para mejorar las relaciones personales y el estado de ánimo	Relajación Psicodrama Tarea para casa
Actividad IV: "La Salud"	Sesión 12:	Identificar la relación existente entre el estado de ánimo y la salud	Relajación Programación de actividades Autoafirmaciones de enfrentamiento
Actividad Final	2ª Aplicación del Inventario de Beck	Evaluar la efectividad del programa	Evaluar de manera individual.

Nº Sesión	Dimensión	Desarrollo
Sesión 1	Actividad previa	<p>El terapeuta establece el rapport con el paciente, realiza la evaluación mediante la historia clínica, queja o enfermedad actual, estado mental, la evolución de la problemática. Seguido a ello, indagará la sintomatología relacionada a los aspectos de su vida, aplica instrumentos asociados a la medición de la variable.</p> <p>Seguido a ello, el terapeuta realiza la psicoeducación al paciente y su familia, los contenidos estarán relacionados a la depresión y la forma de actuar ante esta, así como la adherencia al tratamiento.</p> <p>Finalmente se establece un contrato conductual sobre la adherencia al tratamiento y hace el encuadre de las sesiones (duración, costo, etc.).</p> <p>Se establecen las citas.</p>
Sesión 2	Pensamientos	<p>El terapeuta debe ayudar al paciente a hallar sus pensamientos activantes e irracionales que generan emociones y conductas disfuncionales; para ello debe empezar preguntando el progreso que ha ocasionado la primera sesión, seguidamente debe aplicar una técnica de relajación progresiva.</p> <p>Para empezar, se explica al paciente sobre qué trata un registro de identificación de pensamientos (anexos), mediante este formato, el paciente visualizará y se dará cuenta que ideas están influyendo en su sentir y actuar, esto se trabaja como autodescubrimiento, el paciente relaciona las causas y consecuencias de sus pensamientos.</p>

		<p>Finalmente, se resume la sesión y lo trabajado y se deja una tarea relacionada “identificar ideas futuras”, se pide al paciente adelantarse al futuro y recoger pensamientos que podrían ayudar a cambiar sus emociones y conductas actuales, estos deben ser escritos en el registro de identificación de pensamientos.</p> <p>Se cierra la sesión.</p>
Sesión 3		<p>Se empieza la sesión analizando los efectos de la sesión anterior, y se interactúa sobre la tarea dejada, el terapeuta actúa con diálogo socrático para incrementar la potencia de los pensamientos hallados. Seguidamente aplica una técnica de relajación progresiva. El terapeuta hace un reencuentro de la distorsión de pensamientos. Finalmente trabajan juntos para conocer la forma de enfrentar una situación estresante (Verificar el anexo sesión 3).</p> <p>Propone poner en práctica dicha forma de enfrentar situaciones estresantes.</p>
Sesión 4		<p>Se empieza la sesión analizando los efectos de la sesión anterior, y se interactúa sobre la tarea dejada, el terapeuta actúa con diálogo socrático para incrementar la potencia de los pensamientos hallados.</p> <p>Aplica una técnica de relajación y lleva a la visualización de experiencias frutíferas y positivas: “ahora mientras respiras profundo traes a tu mente una imagen de seguridad y bienestar”, “siente como esta se apropia de tu cuerpo, mientras que el malestar emocional se convierte en un líquido que poco a poco sale de tu cuerpo como chorros de agua, piensa en que dicha agua se va, mientras que te sientes mejor por la imagen que se apropia de ti, ahora mismos respiras profundamente nuevamente mientras tu pensamiento se convierte en una fotografía</p>

		<p>de tu rostro sonriente y con salud...”</p> <p>Se comenta la técnica y se busca el diálogo socrático para mejorar lo que se piensa de las situaciones.</p> <p>Se deja como tarea leer un libro “los secretos para triunfar en la vida”. Finalmente, se le propone escribir en una hoja todas aquellas actividades, objetos o personas que le ocasionan disfrute en su vida.</p>
Sesión 5	Acciones	<p>Se empieza la sesión analizando los efectos de la sesión anterior, y se interactúa sobre la tarea dejada, el terapeuta actúa con diálogo socrático para incrementar la potencia de los pensamientos hallados.</p> <p>Se realiza psicoeducación sobre cómo debe evaluar cualquier tipo de pensamiento, mirando el problema y permitiéndose que se dé cuenta, cómo la situación estresante afecta sus sentimientos clarificando, investigando sus supuestos, sus causas y sus evidencias, también debe cuestionar perspectivas y puntos de vista, como también analizar las consecuencias.</p> <p>El terapeuta le pide que paciente que piense en una situación en la que actuó de manera negativa y que consecuencias trajo ello, asimismo, le pide que ahora ponga la misma situación en sus pensamientos, pero indicando que ahora actuó de manera positiva ¿Qué consecuencias traerá? – Dicha situación se debate mediante el diálogo socrático.</p> <p>Se deja como tarea registrar ideas claves del libro dejado en la sesión anterior, ideas que le gustaría poner en marcha en su vida.</p>
Sesión 6		<p>Se empieza la sesión analizando los efectos de la sesión anterior, y se interactúa sobre la tarea dejada, el</p>

		<p>terapeuta actúa con diálogo socrático para incrementar la potencia de los pensamientos hallados.</p> <p>En el desarrollo de la sesión, el terapeuta y el paciente arman una lista de conductas y hábitos saludables que el paciente deberá hacer en los próximos días, asimismo, se planifican actividades que el paciente hará como tareas de casa, esto de acuerdo a la edad, por ejemplo: limpiar las plantas, acomodar los muebles, lijar una silla y pintarla, dibujar, etc. Se firma una carta de compromiso a la ejecución de actividades.</p>
Sesión 7		<p>Se empieza la sesión analizando los efectos de la sesión anterior, y se interactúa sobre la tarea dejada, el terapeuta actúa con diálogo socrático para incrementar la potencia de los pensamientos hallados.</p> <p>El terapeuta invita al paciente a proponerse objetivos y metas y proponer formas de alcanzarlos, pregunta ¿Qué está haciendo usted para lograr cada una de estas metas?</p> <p>Así pues, el terapeuta visualiza que es lo que está haciendo el paciente o en todo caso que es lo que debería hacer para cumplir sus metas propuestas.</p> <p>Se deja como actividad que pueda realizar algunas acciones propuestas que puedan abrir caminos hacia el cumplimiento de sus metas.</p>
Sesión 8		<p>Se empieza la sesión analizando los efectos de la sesión anterior, y se interactúa sobre la tarea dejada, el terapeuta actúa con diálogo socrático para incrementar la potencia de los pensamientos hallados.</p> <p>El terapeuta y el paciente crean una lista de pensamientos y acciones que conlleven al desarrollo de síntomas depresivos, para luego crear una lista de reemplazos, la cual consiste en proponer ideas racionales que puedan</p>

		<p>reemplazar a los pensamientos y conductas asociadas a los síntomas depresivos.</p> <p>Por otro lado, como tarea, se recomienda continuar con las actividades propuesta en la sesión anterior.</p>
Sesión 9	Relaciones interpersonales	<p>Se empieza la sesión analizando los efectos de la sesión anterior, y se interactúa sobre la tarea dejada, el terapeuta actúa con diálogo socrático para incrementar la potencia de los pensamientos hallados.</p> <p>Seguidamente, el terapeuta aplica un ejercicio de relajación progresiva y lleva a visualizar al paciente sus últimas relaciones interpersonales y como él actúa en esos episodios.</p> <p>Al término del ejercicio dialogan sobre lo desarrollado.</p> <p>El terapeuta explica al paciente cómo mantener relaciones interpersonales saludables y cuándo alejarse de las relaciones negativas.</p> <p>Finalmente pide que el paciente apunte en una hoja las personas con quienes tiene una relación saludable y escribir como estos aportan en su vida.</p>
Sesión 10		<p>Se empieza la sesión analizando los efectos de la sesión anterior, y se interactúa sobre la tarea dejada, el terapeuta actúa con diálogo socrático para incrementar la potencia de los pensamientos hallados.</p> <p>El terapeuta explica cómo funcionan las personas y los cambios que se generan debido a la formación del carácter. Así, se le pide al paciente que piense en algunas personas que ha conocido y han tenido cambios drásticos relacionados a las vivencias y formación del carácter.</p> <p>Se le pide al paciente que indague en qué ha podido cambiar él a lo largo de su vida.</p>

		Finalmente se dialoga sobre dicha premisa y se deja como tarea e hace una lista de personas cercanas con estados emocionales destructivos y escribir las reacciones suscitadas de las emociones.
Sesión 11		<p>Se empieza la sesión analizando los efectos de la sesión anterior, y se interactúa sobre la tarea dejada, el terapeuta actúa con diálogo socrático para incrementar la potencia de los pensamientos hallados.</p> <p>Por otro lado, se le pide al paciente “dibuja una emoción agradable”, una vez terminado el ejercicio se le solicita que relacione dicha emoción con diferentes aspectos de su vida; luego, se comenta dicha actividad.</p> <p>El terapeuta pide al paciente hacer una relación de personas con las que haya tenido algún intercambio de palabras, escribir lo que paso, como se sintió y como reacciono frente a la situación. Finalmente, el terapeuta ayuda al paciente a clarificar, investigar los supuestos, investigar las causas e investigar las evidencias, se cuestionan perspectivas y puntos de vista si fuese necesario y mirar las consecuencias producto del intercambio de palabras.</p>
Sesión 12	Salud	Esta sesión sirve para que el terapeuta vuelva a evaluar el estado del paciente, aquí revisa los pensamientos, conductas y emociones que ha incorporado a su vida (revisar el anexo de sesión 12).

CONCLUSIONES

El programa está compuesto por 12 sesiones en las que se describen estrategias basadas en el modelo de Aaron Beck – reestructuración cognitiva a fin de actuar sobre los síntomas depresivos o indicadores visualizados en la población de estudio.

En cuanto a los niveles de sintomatología depresiva se halló que, un 34% de usuarios del centro de salud mental presentaban un nivel moderado de síntomas depresivos, mientras que el otro 66% denotaba ubicarse en los parámetros de normalidad.

La sintomatología depresiva predominante fue, irritabilidad (28%), 11 llanto (23%) y 10 tristeza (21%), dichas alteraciones tuvieron mayor frecuencia en la población.

La propuesta se estructuró a través del programa cognitivo de Aaron Beck, el cual busca el trabajo con las conductas, pensamientos y emociones.

Se diseñó un programa con 6 actividades, dos de ellas propuestas para el pre y posttest y las cuatro intermedias para la ejecución de sesiones relacionadas al pensamiento, acciones, relaciones interpersonales y salud.

El programa fue validado mediante el juicio de expertos, quienes fueron seleccionados con criterios de elegibilidad, dichos profesionales determinaron la relevancia, coherencia y claridad del aporte práctico.

RECOMENDACIONES

Se recomienda la aplicación del programa, con un grupo control y un grupo experimental, y así cuente con validez externa y un buen nivel de efectividad.

Para la aplicación, se debe tener en cuenta una evaluación del estado previo del sujeto.

La aplicación debe realizarse a personas que presenten las mismas características en cuanto a sintomatología depresiva presentada.

Atender las manifestaciones de depresión que persistan ante la aplicación del programa.

BIBLIOGRAFÍA

- Aláez M., (2000) "*Prevalencia de trastornos Psicológicos en Niños y Adolescentes, su Relación con La edad y el Género.*" Psicothema; 12 (4):525-32.
- Arévalo, E. (2008). *Inventario de Depresión Infantil (CDI). Adaptación y Estandarización del CDI, para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura.* Seach. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/50593062/Manual-Del-Cdi>
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión.* Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Carrillo F., Espada J. (2008) "*Terapia psicológica con niños y adolescentes*". Ed. Pirámide. Ed (2).
- Doménech E., (1996) "*Trastornos del Estado del Ánimo en la adolescencia Temprana. La labilidad afectiva*" Ed: Buendía, J. (Dir.). Psicopatología en Niños y Adolescentes: Desarrollos Actuales. Madrid: Pirámide.
- International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD (s.f). *Revista de Psicología*, N°1-Vol.2, 2013. ISSN: 0214-9877. pp:499-506 503
- Luria, A. (1988). *El cerebro en acción.* Barcelona: Martínez Roca.
- Marino, J. & otros (2018). *Neuropsicología cognitiva tractográfica. Técnicas, capacidades y procesos.* España. SanPtlos.
- Mora, F. (2013). *Neuroeducación, solo se puede aprender aquello que se ama.* Alianza Editorial, S.A. Madrid
- Masip, A.F. (2006). *Evaluación Multimétodo y Multiinformante de la Sintomatología Depresiva en niños y adolescentes.* UMC (Tesis Doctoral). España
- Martínez, O. M. (2005- 2006) *Sintomatología depresiva en adolescentes en la zona sur de Madrid Capital.* Revista Científica Electrónica de Psicología N° 03.

- Paredes, Falcón & Cevallos. (2008). *Factores Biopsicosociales y Síntomas Depresivos en adolescentes del Colegio Nacional de Iquitos*. Resúmenes de Investigaciones 2006 – 2008. Facultad de Enfermería – UNAP, p.14
- Polaino-Lorente (1988). *“Las depresiones Infantiles”*. Ed. Morata. España.
- Ramos, C. (2008). *Violencia y Victimización en Adolescentes Escolares en los alumnos pertenecientes a la ESO*. Sevilla. UNS (Tesis doctoral).
- Redolar, D. (2014). *Neurociencia Cognitiva*. Madrid: Médica Panamericana.
- Roselli, M., Matute, E., & Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. México: D. F. Manual Moderno.
- Rodríguez J. (2005) *“Psicopatología Infantil Básica”*. Ed. Pirámide. 2005.
- Méndez Semrud-Clikerman M., & Teeter, A. (2011). *Neuropsicología infantil. Evaluación e intervención en los trastornos neuroevolutivos*. Madrid: Pearson.
- Sáenz, G. M (2010). *Características de la sintomatología depresiva y acoso escolar en escolares*. UNMM (Tesis doctoral). Perú.
- Toro, R. (2015). *La Investigación Científica en las Ciencias del Comportamiento: Guía Metodológica para la elaboración de Proyectos de investigación*. 1era. Edición. Integra T. Chiclayo.

ANEXOS

Anexo A:



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO



FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y EDUCACIÓN

Consentimiento para participar en un estudio de investigación

La presente investigación "PROPUESTA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN APLICANDO UN PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA DE CHICLAYO 2019", es conducida por PS. Manuel Reupo Vallejos, identificado con DNI: _____, domiciliado en _____, estudiante de la Universidad Pedro Ruiz Gallo.

El objetivo de este estudio será presentar una Propuesta para el tratamiento de la depresión aplicando un programa de terapia cognitivo conductual en los usuarios de un Centro de Salud Mental Comunitaria de Chiclayo 2019. Si usted accede a la participación de su menor hijo en esta investigación, se le pedirá responder las preguntas del inventario de sintomatología depresiva de Aaron Beck, que tiene una duración aproximada de 30 minutos.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja es confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre el estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que esto lo(a) perjudique.

Desde ya agradecemos su participación.

Yo _____ de _____ años de edad,

identificado (a) con DNI _____ declaro que habiendo sido invitado a participar en la investigación antes mencionada, doy el consentimiento para que mi menor hijo (a) _____, sea evaluado. Habiendo siendo informado de forma clara, precisa sobre mi participación confío en que:

La información que se recoja es confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. No se me tratará en forma diferencial si decido no participar o detener mi colaboración.

Tomando ello en consideración, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para participar del estudio.

Chiclayo, _____, 2019

Anexo B.:



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**



FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y EDUCACIÓN

INVENTARIO DE BECK – DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

ITEM - 1

No me siento triste

Me siento triste

Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza

Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

ITEM -2

No me siento especialmente desanimado ante el futuro

Me siento desanimado con respecto al futuro

No tengo esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar

No tengo esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar

ITEM - 3

No me considero un fracasado

Creo que he fracasado más que cualquier persona normal

Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos

Creo que soy un fracaso absoluto como persona

ITEM - 4

No estoy especialmente insatisfecho

No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo

Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada

Estoy insatisfecho o aburrido de todo

ITEM - 5

No me siento culpable

Me siento culpable una buena parte del tiempo

Me siento bastante culpable casi siempre

Me siento culpable siempre

ITEM - 6

No creo que esté siendo castigado

Creo que puedo ser castigado
Espero ser castigado
Creo que estoy siendo castigado

ITEM - 7

No me siento decepcionado de mí mismo
Me he decepcionado a mí mismo
Estoy asqueado de mí mismo
Me odio

ITEM - 8

No creo ser peor que los demás
Me critico bastante por mis debilidades o errores
Me culpo siempre por mis errores
Me culpo por todo lo malo que sucede

ITEM - 9

No tengo pensamientos de hacerme daño
Pienso en matarme, pero no lo haría
Me gustaría matarme
Me mataría si tuviera la oportunidad

ITEM - 10

No lloro más que de lo habitual
Ahora lloro más de lo habitual
Ahora lloro todo el tiempo
Antes podía llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera

ITEM -11

No estoy más irritable de lo normal
Las cosas me irritan un poco más que de costumbre
Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo
Ahora me siento irritado todo el tiempo

ITEM - 12

No he perdido el interés por otras personas
Estoy menos interesado en otras personas que antes
He perdido casi todo mi interés por las personas
He perdido todo mi interés por las personas

ITEM - 13

Tomo decisiones como siempre
Postergo las decisiones más que de costumbre
Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes
Ya no puedo tomar decisiones

ITEM - 14

No creo que mi aspecto sea peor que antes
Me preocupa el hecho de parecer viejo, sin atractivo
Siento que hay cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
Creo que soy feo

ITEM - 15

Puedo trabajar tan bien como antes
Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo
Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa
No puedo trabajar en absoluto

ITEM - 16

Puedo dormir tan bien como antes
No duermo tan bien como antes
Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme
Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme

ITEM - 17

No me canso más que antes
Me canso más fácilmente que antes
Me canso sin hacer casi nada
Estoy demasiado cansado para hacer algo

ITEM - 18

Mi apetito no es peor que antes
Mi apetito no es tan bueno como solía ser antes
Mi apetito está mucho peor ahora
Ya no tengo apetito

ITEM - 19

No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente
He perdido más de dos kilos y medio
He perdido más de cinco kilos
He perdido más de siete kilos y medio

ITEM - 20

No me preocupo por mi salud más que de costumbre
Estoy preocupado por problemas físicos como por ejemplo dolores, molestias estomacales o estreñimiento
Estoy muy preocupado por problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa
Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en otra cosa

ITEM - 21 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.

Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar
Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo

He perdido por completo el interés por el sexo

Anexo C:



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**



FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y EDUCACIÓN

INFORME DE VALIDACIÓN DEL CRITERIO DE EXPERTOS

La tesis titulada: “PROPUESTA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN APLICANDO UN PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA DE CHICLAYO 2019”, es conducida por PS. Manuel Narciso Reupo Vallejos, que será presentada por la para obtener el grado académico de maestro en psicología con mención en **Psicología clínica, de la UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO (UNPRG) – LAMBAYEQUE**; habiendo pasado el proceso de validación del criterio de expertos, levantadas todas las observaciones realizadas por los mismos.

Mg. Mary Cleofé Idrogo Cabrera
C. Ps. P.: 14168

Mg. Ana Lucia Chirinos Antezana
C. Ps. P.: 19949

Ps. Cindy Fiorella Soto Chavesta
A. Ps. P.28499

Anexo C:



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO



FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y EDUCACIÓN

INFORME DE VALIDACIÓN DEL CRITERIO DE EXPERTOS

La tesis titulada: "PROPUESTA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN APLICANDO UN PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA DE CHICLAYO 2019", es conducida por PS. Manuel Narciso Reupo Vallejos, que será presentada por la para obtener el grado académico de maestro en psicología con mención en **Psicología clínica, de la UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO (UNPRG) – LAMBAYEQUE**; habiendo pasado el proceso de validación del criterio de expertos, levantadas todas las observaciones realizadas por los mismos.

Mg. Mary Cleofé Idrogo Cabrera
C. Ps. P.: 14168

Mg. Ana Lucia Chirinos Antezana
C. Ps. P.: 19949

Mag. Cindy F. Soto Chavesta
PSICÓLOGA
C. Ps. P. 28499

Ps. Cindy Fiorella Soto Chavesta
C. Ps. P. 28499

Anexo D:

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

ACTIVIDAD: Acciones Previas, comprende sesión 1

SESIÓN: N° 1 -

OBJETIVO:

- Realizar la presentación del terapeuta – paciente, plantear el procedimiento y la terapia.
- Evaluación preliminar (Pre test)

PROCEDIMIENTO:

- 1- Se establece el rapport
- 2- El terapeuta realizar una evaluación clínica utiliza la historia clínica; lo que incluye la historia de la queja actual y/o enfermedad actual, historia pasada y del estado mental.
- 3- Indagar acerca de la sintomatología del trastorno afectivo que aqueja al paciente.
- 4- Medición del trastorno afectivo a través del instrumento clínico (test de beck)
- 5- Realizar la psicoeducación al paciente y familiares
- 6- Establecer contrato, reglas y compromisos; horario, costo del tratamiento, forma de pago, duración de cada sesión, lugar donde se desarrolla el tratamiento y la responsabilidad con las tareas asignadas para casa
- 7- La relación es totalmente profesional.

SESIÓN: N° 2

ACTIVIDAD: “LOS PENSAMIENTOS”, comprenden las sesiones 2,3 y 4

OBJETIVO:

- Evaluar los pensamientos y su estado de ánimo.
- Identificar pensamientos saludables y dañinos

PROCEDIMIENTO CLÍNICO

- 1- El terapeuta investiga los efectos que surgieron de la primera sesión; indaga con el paciente en entrevista acerca de la sintomatología depresiva, dinámica y forma en la que la vive.
- 2- Aplicar la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, recomendable para niños y adolescentes.
- 3- Priorizar los elementos de la queja y explicar la estrategia cognitivo conductual.
- 4- Presentar al paciente un registro de identificación de pensamientos para que identifique lo que piensa, siente y como actúa (en la hoja de anexo encontrara algunos ejemplos de registros).
- 5- Con la identificación de pensamientos, sentimientos y conductas, el terapeuta ayuda al paciente a mirar lo que, le está afectando clarificando, investigando supuestos, causas y evidencias, también debe cuestionar perspectivas y puntos de vista, como también analizar las consecuencias.
- 6- Al final de la sesión se realiza la Autoevaluación (en el anexo se propone un ejemplo de autoevaluación).
- 7- Las tareas para casa deben estar en función de lo trabajado en cada sesión. La técnica de relajación debe practicarse en casa durante los próximos días con el tiempo y número de veces que el terapeuta crea conveniente. Es importante también conocer los pensamientos que nos hacen sentir bien y/o mal acerca del paciente y su futuro.

SESIÓN: N° 3

OBJETIVO:

- Disminución de los pensamientos negativos para mejorar el estado de ánimo

PROCEDIMIENTO

- 1- Analizar los efectos de la sesión anterior.
- 2- Revisar la actividad o actividades que se le entregaron al paciente en la sesión anterior.
- 3- Medir el estado de ánimo en el que se encuentra el paciente.
- 4- Aplicar técnica de relajación recomendada o la que el terapeuta crea necesaria.
- 5- Explicar al paciente la forma cómo los pensamientos negativos distorsionan la realidad y la relación que tiene con los síntomas depresivos.
- 6- Aplique los pasos para afrontar una situación estresante. Aquí tiene un ejemplo.

1. INICIO DE LA EMOCION:

Identifique la señal de aviso que sucede frente a una situación estresante.

Ejemplo.

“sentirme triste es señal que nos avisa que es necesario que empecemos a afrontar la situación que está agobiándome.

2. ANTES Y DURANTE EL AFRONTAMIENTO DE LA SITUACION ESTRESANTE

Se pone en marcha el plan de control, el que nos guiara a través de comentarios positivos.

a) Antes Del Afrontamiento De La Situación Estresante

- No tengo motivos para preocuparme.

- Debo relajarme.
- Respiro profundo y me tranquilizo.
- Cualquier pensamiento catastrófico no ayuda; solo son imaginarios, no es real.
- Ya resolví situaciones muy parecidas.

b) Durante El Afrontamiento De La Situación Estresante

- Debo controlarme, estoy seguro que puedo hacerlo.
- Si tengo mucha angustia o me tensó, voy a respirar profundo y relajare mi tensión.
- Si cometo errores, tengo la opción de corregirlos,
- Debo tomar atención en la tarea.
- Puedo tener el control

3. DESPUES DE AFRONTAR LA SITUACION ESTRESANTE

Es necesario elogiarme por haber afrontado una situación. El que la haya afrontado ya es un éxito.

AUTO DIALOGO

- Yeeee, lo logre
- La próxima vez no voy a estresarme tanto
- Me di la oportunidad de afrontarlo
- De esto debo aprender: _____
- La parte positiva de todo esto es: _____

- 7- El paciente continúa practicando la técnica de relajación que el terapeuta crea conveniente. Hacer una lista de situaciones y/o actividades agradables a las que puede hacer frente sin dificultad y escribir la forma que logra resolver dicha situación y/o actividad.

SESIÓN: N° 4

OBJETIVO:

Aumentar los pensamientos saludables para alcanzar la vida que usted quiere.

PROCEDIMIENTO CLÍNICO:

- 1- Analizar el efecto de la sesión pasada.
- 2- Revisar la sintomatología y actividades que se asignaron en la sesión anterior.
- 3- Aplicar la técnica de relajación indicada.
- 4- Ayudar a mirar al paciente situaciones agradables, actividades que le hacen sentir feliz y sus logros en la vida, explicándole que lo que le está sucediendo solo es una pequeña parte de su vida. En el anexo te propongo algunos ejemplos que el terapeuta puede adecuar a la situación.
- 5- Ayudar a mirar al paciente el aprendizaje positivo que le deja la depresión. 6- En la tarea para casa se recomienda leer libro “secretos para triunfar en la vida” de p. Eliecer Salesman. Hacer una lista de situaciones y actividades con personas, cosas o animales que le hayan permitido el disfrute de la vida.

SESIÓN: N° 5

ACTIVIDAD: “Las Acciones”, comprenden las sesiones 5,6,7 y 8

OBJETIVO: Aprender, como lo que hacemos propicia la forma en que nos sentimos

PROCEDIMIENTO:

- 1- El terapeuta revisa las actividades de la sesión anterior.
- 2- El terapeuta educa al paciente en la forma cómo debe evaluar cualquier tipo de pensamiento, mirando el problema y permitiéndose que se dé cuenta, cómo la situación estresante afecta sus sentimientos clarificando, investigando sus supuestos, sus causas y sus evidencias, también debe

cuestionar perspectivas y puntos de vista, como también analizar las consecuencias.

- 3- Es necesario tener un registro diario de pensamientos que están perturbando la vida actual del paciente.
- 4- La tarea para casa debe incluir lectura del libro que se recomendó en la sesión anterior anotando las frases que desearía tener en la práctica diaria.

SESIÓN: N° 6

OBJETIVO: Identificar actividades saludables y aprender a relajarse.

PROCEDIMIENTO CLINICO:

- 1- El terapeuta revisa y discute la tarea que asigno al paciente en la sesión anterior.
- 2- El paciente realiza una lista de actividades saludables que pueda practicar diariamente, en el que debe planificar su tiempo.
- 3- El paciente realiza una lista de actividades que pueda realizar en el hogar de acuerdo a su edad; como por ejemplo limpiar las plantas, lijar alguna silla y pintarla, clasificar prendas de vestir, seleccionar accesorios, tejer, arreglar juguetes, pintar, ordenar la biblioteca, limpiar la pared, limpiar las puertas(s), etc.
- 4- El paciente prepara, organiza y registra sus actividades del diario.
- 5- Se establece el compromiso para que el paciente realice de forma responsable las actividades que prioriza cumplir.

SESIÓN: N° 7

OBJETIVO: Fijar metas a corto y largo plazo

PROCEDIMIENTO CLINICO:

- 1- El terapeuta evalúa el estado de ánimo del paciente e indaga acerca de la sintomatología depresiva.
- 2- El terapeuta continúa haciendo modificación de factores psicológicos que estén interfiriendo con el estilo de vida saludable del paciente.
- 3- Establecer la meta de la priorización de tareas y/o actividades de la sesión anterior.
- 4- La tarea para casa incluye sesión 6 y 7

SESIÓN: N° 8 –

OBJETIVO: Identificar y vencer los obstáculos que impiden realizar actividades agradables, y mejorar el estado de ánimo.

PROCEDIMIENTO CLINICO:

- 1- Evaluar las actividades que el paciente priorizo en la sesión anterior.
- 2- Analizar los efectos que se produjeron de la actividad.
- 3- El terapeuta muestra y propone al paciente alternativas racionales a los pensamientos que causan la sintomatología depresiva.
- 4- En la tarea para casa, se recomienda continuar con las actividades de la sesión anterior y lectura.

ACTIVIDAD: “Las Relaciones Personales”, comprenden la sesión 9,10 y 11

SESIÓN: N° 9 -

OBJETIVO: Comprender que las relaciones con las personas influyen en el estado de ánimo

PROCEDIMIENTO CLINICO:

- 1- Aplicar una técnica de relajación guiada acorde con el objetivo a trabajar en esta sesión.
- 2- Explicar al paciente acerca de mantener relaciones personales y apoyo social.
- 3- En la tarea para casa se indica que realice una relación de personas que son importantes en la vida del paciente y considerar la forma cómo estos lo apoyan.
- 4- Se recomienda antes de finalizar, evaluar la sesión.

SESIÓN: N° 10 -

OBJETIVO: Establecer nuevas formas de comunicación para mejorar las relaciones personales y el estado de ánimo

PROCEDIMIENTO CLINICO:

- 1- En función a la sesión anterior, el terapeuta fortalece la información que brinda el paciente acerca de las personas importantes en su vida y la forma como estos lo apoyan.
- 2- El terapeuta explica cómo funcionan las personas y los cambios que se generan debido a la formación del carácter.
- 3- El paciente expone ejemplos acerca de personas con las que se ha relacionado y ha percibido cambios drásticos.

- 4- Como tarea para casa, el paciente hace una lista de personas cercanas con estados emocionales destructivos y escribir las reacciones suscitadas de las emociones.

SESIÓN: N° 11 -

OBJETIVO: Identificar alternativas para mejorar las relaciones personales y el estado de ánimo

PROCEDIMIENTO CLINICO:

- 1- Se le pide al paciente que dibuje una emoción agradable, buscar la relación que tiene esa emoción con distintos eventos de su vida.
- 2- Evaluar el estado de ánimo del paciente
- 3- El terapeuta pide al paciente hacer una relación de personas con las que haya tenido algún intercambio de palabras, escribir lo que paso, como se sintió y como reacciono frente a la situación.
- 4- El terapeuta ayuda al paciente a clarificar, investigar los supuestos, investigar las causas e investigar las evidencias, se cuestionan perspectivas y puntos de vista si fuese necesario y mirar las consecuencias producto del intercambio de palabras.
- 5- Al final se evalúa la sesión.

SESIÓN: N° 12 - “La Salud”

OBJETIVO: Identificar la relación existente entre el estado de ánimo y la salud

PROCEDIMIENTO CLINICO:

- 1- Revisar el registro de pensamientos estresantes
- 2- Revisar el listado de pensamientos que le hacen sentir de forma agradable.

- 3- Analizar con el paciente los sentimientos que generan y las reacciones producidas.
- 4- Ayudar al paciente que observe y se dé cuenta de la consecuencia de sus pensamientos agradables o desagradables.
- 5- El paciente escribe sus alternativas y debe elegir lo que le conviene.
- 6- El terapeuta analiza y refuerza la elección que convenga a la salud del paciente.
- 7- Preparar al paciente acerca del fin de la terapia

SESIÓN: N° 13

OBJETIVO: Evaluar la sintomatología depresiva.

PROCEDIMIENTO CLINICO:

- 1- El terapeuta aplica el test de beck
- 2- Preparar el diagnostico final
- 3- Entrega de resultados
- 4- Fomentar al paciente y familiares las tareas para el hogar y su práctica diaria como proceso de aprendizaje.

ANEXO: E

FICHA TÉCNICA

1.- Datos Generales

- 1.1 Nombre : Inventario de Depresión de Beck
- 1.2 Título original de la prueba : Beck Depression Inventory, amended version (BDI-IA)
- 1.3 Autores : Aaron T. Beck, A. John Rush, Brian F. Shaw y Gary Emer
- 1.4 Edad de Aplicación : Adolescentes y adultos
- 1.5 Significación de la prueba : Valorar la presencia de síntomas depresivos y su gravedad.
- 1.6 Forma de Administración : Individual y colectiva
- 1.8 Tiempo de Aplicación : No tiene tiempo límite
- 1.9 Tipo de ítems : Verbales

2.- Descripción de la Prueba

Inventario de autoinforme de lápiz y papel. No obstante, se puede administrar como una entrevista si es necesario.

Consta de 21 ítems , que han de ser respondidos por el sujeto según como se ha sentido últimamente. Tiene cuatro alternativas por cada reactivo.

3.- Administración

Fue diseñado para ser autoadministrable y puede ser aplicada ya sea individualmente o en grupo.

Para ser administrado en forma individual se utiliza una doble copia de protocolo de respuestas, una se le entrega al paciente y la otra es leída en voz alta por el entrevistador.

Luego de anunciar sus declaraciones que corresponden a cada reactivo, se pide al entrevistado que indique "Cual de las declaraciones define mejor su estado de ánimo, de cómo se siente en ese instante". En ningún momento debe sugerirse la respuesta, y si el entrevistado indica que hay dos afirmaciones que corresponde a la manera como se siente, entonces se debe registrar el número

más alto. El puntaje de la depresión es la suma de las respuestas que va desde la A hasta la U.

El Tiempo de aplicación, no tiene límite de tiempo y por lo general no se requiere más de quince minutos en contestar.

4.-Calificación

El sistema de codificación, toma en cuenta el número de síntomas reportados por el paciente ya que cada uno de ellos tiene un puntaje numérico, la intensidad de cada síntoma ha sido registrada asignándole valores numéricos graduados a cada uno de los veintiun categorías, o un cero indica que el síntoma no estuvo presente, mientras que la severidad en aumento es graduada por uno, dos y tres, de tal suerte que el puntaje total del paciente representa una combinación del número de categorías sintomáticos y la severidad de los síntomas particulares.

5.-Interpretación

Para la interpretación se tomará en cuenta: Se suman los valores numéricos obtenidos en cada ítem, según las claves o plantillas de corrección. Acto seguido se ubica la categoría en la tabla de puntuaciones.

Rango	Clasificación
0 - 10	No hay indicadores de depresión
11 - 20	Depresión leve
21 - 30	Depresión moderada
31 a más	Ansiedad Alta

6.- confiabilidad.

Las estimaciones de la confiabilidad están en relación al respecto que se asume como causante de error de medición, es por ello que encontramos los siguientes tipos de confiabilidad.

- Estabilidad y Consistencia de los puntajes a través del tiempo.
- Equivalencia. Consistencia en los puntajes en dos formas equivalentes de la prueba.
- Consistencia interna evalúa el grado en que los ítems de un test están relacionados con el puntaje total Brown (1980, citado por Pimentel,1996), esta última forma se caracteriza por ser obtenido a través de una sola aplicación de la prueba calculada con las técnicas de separación por mitades (Holt Split

Method), o estimaciones de homogeneidad (formulas: Kuder, Richardson o Coeficiente Alfa de Cronbach).

Por otra parte, se llevó a cabo un estudio de Confiabilidad en el Hospital Militar Central, que si bien es hecho en una muestra pequeña y que no permite una generalización, si nos arroja luces sobre la confiabilidad de este Instrumento, se administró el Inventario de Beck en quince pacientes con diagnóstico depresivo y luego se realizó un retest con un intervalo de una semana, obteniendo un coeficiente de 0.80. Así mismo con los datos de la primera administración se calculó la consistencia interna con el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo un coeficiente de 0.81.

Los resultados glosados posibilitan decir que el Inventario de Beck tiene una Confiabilidad bastante aceptable

7. Validez.

En la revisión de la validez del Inventario de Depresión Beck, se empezó tratando brevemente un estudio experimental antes de pasar a otros métodos. En el año de 1977, Beck, Kovacs & Hollan, estudiaron a cuarenta y cuatro pacientes externos que acudieron a consulta por propia iniciativa y satisfacción de criterios establecidos para el diagnóstico de Neurosis Depresiva (DSM III), estos pacientes presentan una depresión de moderada a intensa, (según el inventario de Beck).

El grupo se dividió en dos partes: El primer grupo conformado por dieciocho pacientes asignados a la terapia cognitiva y el segundo por veinticuatro pacientes asignados a terapia farmacológica, finalizado el tratamiento, ambos grupos mostraron una reducción significativa de la sintomatología depresiva.

Con respecto a la correlación con otras pruebas, en el Perú Novara, Sotillo & Wharton (1985, citado por Pimentel, 1996), realizaron un estudio en una muestra de ciento setenta y ocho pacientes con diagnóstico de depresión, utilizando la escalas de Zung, & Hamilton y el inventario de Beck ; utilizaron un grupo control de cuarenta y nueve pacientes correlacionaron entre si a las tres pruebas, la correlación entre Beck y la escala de Hamilton fue de 0.72 y la de Beck con la escala de Zung fue de 0.76; coeficientes altamente significativos.

En el Hospital Militar Central se llevo a cabo un estudio de correlación entre ambas escalas de Beck y Zung en una muestra de quince pacientes con diagnóstico de depresión, encontrando una correlación entre ambas escalas de 0.78. La correlación de Beck con el diagnóstico psiquiátrico también fue realizado por Novara, Sotillo y Wharton (1985, citado por Pimentel, 1996), hallando una correlación de 0.75. Los resultados de los estudios citados permiten decir que el inventario de Beck tiene una validez satisfactoria y es útil para los propósitos para lo que fue elaborada.



Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: Manuel Narciso Reupo Vallejos
Assignment title: ASESORIA DE TESIS 3
Submission title: PROPUESTA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN APLIC...
File name: 2_TESIS_SUSTENTADA_2020_-_revisada_en_2021.docx
File size: 2.49M
Page count: 90
Word count: 17,422
Character count: 95,250
Submission date: 27-Aug-2021 03:24PM (UTC-0500)
Submission ID: 1637031336



Manuel Narciso Reupo Vallejos

PROPUESTA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN APLICANDO UN PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA DE CHICLAYO, 2019.

INFORME DE ORIGINALIDAD

13%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

www.tdx.cat

Fuente de Internet

3%

2

1pdf.net

Fuente de Internet

2%

3

www.psyciencia.com

Fuente de Internet

2%

4

1library.co

Fuente de Internet

1%

5

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

6

repositorio.unprg.edu.pe

Fuente de Internet

1%

7

docplayer.es

Fuente de Internet

1%

8

idoc.pub

Fuente de Internet

<1%

9	Submitted to Universidad Abierta para Adultos Trabajo del estudiante	<1 %
10	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
11	inba.info Fuente de Internet	<1 %
12	www.buenastareas.com Fuente de Internet	<1 %
13	repositorio.umb.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
14	infad.eu Fuente de Internet	<1 %
15	repository.upb.edu.co Fuente de Internet	<1 %
16	Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote Trabajo del estudiante	<1 %
17	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
18	up-rid.up.ac.pa Fuente de Internet	<1 %
19	Submitted to Universidad Nacional Abierta y a Distancia, UNAD,UNAD Trabajo del estudiante	<1 %

20 Submitted to Universidad Peruana Los Andes <1 %
Trabajo del estudiante

21 usal2.tizaypc.com <1 %
Fuente de Internet

22 repositorio.usanpedro.edu.pe <1 %
Fuente de Internet

23 elcomercio.pe <1 %
Fuente de Internet

Excluir citas Activo

Excluir coincidencias < 15 words

Excluir bibliografía Activo