



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Terapia racional emotiva conductual en la depresión de
adolescentes de una institución educativa estatal de La
Esperanza.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Intervención Psicológica

AUTORA:

Br. Soplopuco Marce, Breyt Katherine.

ASESORA:

Mg. Fernández Burgos, María Celeste.

SECCIÓN:

Humanidades

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Modelo de intervención psicológica.

PERÚ – 2019

Página de jurado

Dra. Campos Maza, Carmen Cristina.

PRESIDENTE

Dra. Cruzado Vallejos, María Peregrina.

SECRETARIA

Mg. Fernández Burgos, María Celeste.

VOCAL

Dedicatoria

Agradezco a Dios por guiarme y protegerme en cada proyecto de mi vida, a la misma vez por brindarme la sabiduría y conocimientos necesarios, para mi realización personal y profesional.

Este trabajo se lo dedico especialmente a mi tesoro más grande: Mi madre Elizabeth Margarita Marce de Soplopuco, porque gracias a ella todo esto que soy ahora soy posible, por ser mi pilar de vida, Siendo un gran ejemplo de esfuerzo, persistencia y apoyo incondicional. gran mujer que siempre ha estado conmigo en todo momento, cuidándome desde el reino celestial, nunca me ha dejado bajar la guardia y me apoya en todos mis proyectos.

A mi padre por su motivación, apoyo ante mi evolución profesional, gracias por su ejemplo de superación, ya que me encamina a ser autosuficiente y un profesional influido por la ética y perseverancia.

La autora.

Agradecimiento

A mis padres

Por el apoyo incondicional brindado, asimismo por sus sabios consejos, sobre todo por ayudarme en la etapa más difícil de mi vida. Me han transmitido amor, valores y ejemplo de superación.

A nuestros docentes

Por su inestimable asesoramiento de esta investigación, exigencia, motivación, y orientación competente en el trayecto de la investigación de estudio, principalmente, para mi formación como investigador, permitiendo culminarlo de manera óptima, quienes a su vez contribuyeron en el aprendizaje de mi vida profesional.

La autora.

Declaración jurada

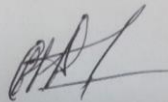
Yo, SOPLOPUCO MARCE, BREYYT KATHERINE, estudiante del Programa Maestría en Intervención Psicológica de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, identificada con DNI 73709437, con la tesis titulada “Terapia racional emotiva conductual en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza”.

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido plagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, 20 de enero del 2019.



Breyt Katherine, Soplopuco Marce.
DNI 73709437

Presentación

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO:

Presento ante ustedes la **Tesis titulada “Terapia racional emotiva conductual en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza”**, con la finalidad de Determinar la influencia del taller de la Terapia racional emotiva conductual en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Maestra en Intervención Psicológica.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

Br. Soplopuco Marce Breyyt Katherine.

Índice

Página de juradoii
Dedicatoria.....	..iii
Agradecimientoiv
Declaratoria de autenticidad.....	..v
Presentaciónvi
Índice.....	..vii
RESUMEN.....	.. xii
ABSTRACT xiii
I. INTRODUCCIÓN.....	15
1.1. Realidad Problemática	15
1.2. Trabajos previos.....	18
1.3. Teorías relacionadas al tema	19
1.4. Formulación del problema.....	37
1.5. Justificación del estudio.....	37
1.6. Hipótesis.....	38
1.7. Objetivos.....	38
II. MÉTODO.....	40
2.1. Diseño de Investigación	40
2.2. Variables, Operacionalización	41
2.3. Población, muestra y muestreo	43
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	44
2.5. Método de análisis de datos.....	46
2.6. Aspectos éticos	47
III. RESULTADOS.....	48
IV. DISCUSIÓN.....	66
V. CONCLUSIÓN	77
VI. RECOMENDACIONES	81
VII. REFERENCIAS.....	82
ANEXOS.....	88

Anexo 1: Protocolo de instrumentos.....	89
Anexo 2: Prueba de normalidad.....	92
Anexo 3: Matriz de consistencia.....	93
Anexo 4: Consentimiento informado.....	95
Anexo 5: Carta de Presentación.....	96
Anexo 6: Taller completo.....	97

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Distribución de la Población de estudiantes del 4ºGrado de Secundaria de la Institución Educativa Estatal N° 80036 “San Martín de Porres” – 2018.</i>	Pág. 43
Tabla 2. <i>Distribución de la Muestra de estudiantes del 4ºGrado de Secundaria de la Institución Educativa Estatal N° 80036 “San Martín de Porres” – 2018.</i>	Pág. 44
Tabla 3. <i>Distribución de los niveles de depresión según, las medidas generales de Total depresivo y total positivo en integrantes del grupo experimental antes de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual.</i>	Pág. 48
Tabla 4. <i>Distribución de los niveles de depresión según, las medidas específicas (Sub-dimensiones) de la variable total depresivo en integrantes del grupo experimental, antes de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual.</i>	Pág. 49
Tabla 5. <i>Distribución de los niveles de depresión según, las medidas específicas (Sub-dimensiones) de la variable total positivo en integrantes del grupo experimental, antes de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual.</i>	Pág. 51
Tabla 6. <i>Distribución de los niveles de depresión según, las medidas generales de Total positivo y total depresivo en integrantes del grupo experimental después de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual.</i>	Pág. 52
Tabla 7. <i>Distribución de los niveles de depresión según, las medidas específicas (Sub-dimensiones) de la variable total depresivo en integrantes del grupo experimental, después de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual.</i>	Pág. 53
Tabla 8. <i>Distribución de los niveles de depresión según, las medidas específicas (Sub-dimensiones) de la variable total positivo en integrantes</i>	Pág. 55

del grupo experimental, después de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual.

Tabla 9. *Contraste de las dimensiones generales de la depresión total depresivo antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control.* Pág. 56

Tabla 10. *Contraste de las sub-dimensione respuesta afectiva antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control.* Pág. 57

Tabla 11. *Contraste de las sub-dimensión problemas sociales antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control.* Pág. 58

Tabla 12. *Contraste de las sub-dimensión autoestima antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control.* Pág. 59

Tabla 13. *Contraste de las sub-dimensión preocupación por la muerte antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control.* Pág. 60

Tabla 14. *Contraste de las sub-dimensión sentimiento de culpa antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control.* Pág. 61

Tabla 15. *Contraste de las sub-dimensión depresivos varios antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control.* Pág. 62

Tabla 16. *Contraste de la dimensión general de la depresión total positivo antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control.* Pág. 63

Tabla 17. *Contraste de las sub-dimensión animo-alegría antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control.* Pág. 64

Tabla 18. *Contraste de las sub-dimensión positivos varios antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control.* Pág. 65

RESUMEN

Esta investigación, se planteó con el propósito de valorar el efecto de un taller de terapia racional emotiva en adolescentes de una I.E. estatal de Trujillo. Participaron de del estudio 24 adolescentes, hombres y mujeres, distribuidos de manera equitativa en Grupo Experimental (n=12) y Grupo control (n = 12). Los datos se recolectaron con el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS). Los resultados obtenidos permitieron identificar que después de la aplicación del tratamiento en el grupo experimental la sintomatología depresiva alcanzo porcentajes relevantes en los niveles bajos, a diferencia de antes de aplicado el taller, donde había porcentajes considerables en el nivel alto. Además, al llevar a cabo la comparación de puntuaciones a nivel de pre y pos-test, los participantes de grupo experimental alcanzaron una media menos después de aplicado el programa ($p < .05$), de igual manera, al comparar las puntuaciones entre grupos, después de aplicado el tratamiento, los chicos del grupo experimental presentaron una media más baja en la depresión y las sintomatologías ($p < .01$). Mientras que, en recursos positivos, los participantes del grupo experimental alcanzaron una media más alta después de aplicado el tratamiento ($p < .01$), y, de igual manera la media del grupo experimental fue mayor a la del grupo control después de aplicado el taller. Los resultados, sugerían concluir que el taller tuvo efectos favorables respecto a la sintomatología de los participantes que se beneficiaron de él.

Palabras clave: Taller de terapia racional emotiva conductual, depresión.

ABSTRACT

This research was proposed with the purpose of assessing the effect of a rational emotive therapy workshop in adolescents of an I.E. State of Trujillo. Twenty-four adolescents, men and women, participated in the study, distributed equally in Experimental Group (n = 12) and Control Group (n = 12). The data were collected with the Depression Questionnaire for Children (CDS). The results obtained allowed to identify that after the application of the treatment in the experimental group the depressive symptomatology reached relevant percentages in the low levels, unlike before applied the workshop, where there were considerable percentages in the high level. In addition, when carrying out the comparison of scores at the pre and post-test level, the participants of the experimental group reached a mean less after applying the program ($p < .05$), likewise, when comparing the scores between groups , after applying the treatment, the children of the experimental group presented a lower mean in depression and symptomatology ($p < .01$). While, in positive resources, the participants of the experimental group reached a higher mean after the treatment was applied ($p < .01$), and, similarly, the mean of the experimental group was greater than that of the control group after applying the workshop. The results suggested that the workshop had favorable effects regarding the symptomatology of the participants who benefited from it.

Keywords: Rational emotive therapy workshop, depression.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

El adolescente adquiere experiencia de acuerdo con el estilo de vida que construye parte de su entorno social, familiar y personal, generándose con el tiempo la depresión de manera crítica de acuerdo a los hechos asimilados de su vida (ciclo de vida, desarrollo biológico, psicosocial). Por consiguiente, de manera persistente atraviesan cambios biopsicosociales en base a la búsqueda de identificación aceptación y adaptación conllevando gran reportaje de casos depresivos en la actualidad por los mismos conflictos sociales, familiares y personales.

La etapa de desarrollo del adolescente es importante para el sostenimiento de patrones de comportamiento saludable, que restringen el riesgo y prevengan el desarrollo de trastornos durante la adolescencia y edad adulta. En particular, se ha encontrado que individuos con historias de depresión en la adolescencia presentan un alto porcentaje de continuidad del trastorno depresivo mayor en la edad adulta (Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein y Gotlib, 2000).

La depresión como grupo heterogéneo de trastornos afectivos, es una patología más destacada que va de mayor incremento en niños y adolescentes, ya que durante la trayectoria del ciclo de vida que experimentan se tornan per turbantes debido a los factores de riesgo, como la depresión, desesperanza, familias disfuncionales, problemas académicos conllevando actos suicidas (Piox, 2016).

Hollon y beck (1979), definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), la depresión afecta a 350 millones de habitantes, mostrándose una tasa de suicidios al año de entre 800,000 personas, siendo la segunda causa de fallecimientos entre adolescentes y jóvenes,

entre los 15 a 29 años. Es preocupante la tasa estadística de salud mental, puesto que en la actualidad ha cobrado mayor importancia por el aumento frecuente en diversas etapas de la vida adolescente. Alrededor del 70% de niños(as) y adolescentes con trastornos depresivos pueden presentar ideas suicidas, precisando el 3.5% de población infantil entre 6 a 10 años y el 8% adolescentes (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi [INSM-HN],2014).

Según informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) se pronostica que para el año 2020, la depresión se convertirá en la segunda causa principal de discapacidad a nivel mundial; de manera específica, en países desarrollados, ocupará el tercer lugar y, en países en vías de desarrollo como el Perú, ocupará el primer lugar de los trastornos mentales y físicos. Afectando más a mujeres entre 10-25% y hombres entre 5-12% (OMS, 2016).

Por lo dicho anteriormente, se puede evidenciar que existe mayor impacto en solo mujeres. La Organización Mundial de la Salud en el artículo de Salud (2017) brinda nuevos datos de la prevalencia de depresión en América Latina revelando que Brasil presenta un 5,8% en esa categoría, luego Cuba tiene un 5,5% , Paraguay un 5,2%, Uruguay y Chile presentan el mismo valor 5 %; Perú 4,8%. Inclusive Costa Rica, República Dominicana, Colombia y Argentina obtuvieron un 4,7%. El gran aumento de niños y adolescentes que sufren de depresión está en constante crecimiento.

Las estadísticas indican que uno de cada cinco adolescentes sufre de depresión en algún momento de esta etapa de su vida, ya que, las características propias de los adolescentes influyen de la mayor manera, pero en distinta forma, que pueden ser detectadas a tiempo, antes de que llegue a niveles críticos como para poner en riesgo la salud e incluso la vida, puesto que, al generarse depresivos variará tanto en su severidad como la duración del tiempo, que puede tornarse como momentáneo o persistente. Cuanto más temprano se instala la depresión, es probable que coexista mayor riesgo de suicidio o intento de suicidio.

La mayoría de adolescentes muchas veces no son detectados por retraimiento o timidez, y al ser no identificados como se correspondería, no son referidos a servicios profesionales (Navarro, 2006). Asimismo, la depresión se deja notar también en el plano físico, como dolores de cabeza, dolores musculares o al cansancio se le suman los efectos secundarios de los antidepresivos, cuando finalmente se está en tratamiento. Además, la depresión debilita el sistema inmunitario, por lo que también está asociada a numerosas enfermedades, infecciones y hasta problemas cardiovasculares.

El enfoque cognitivo conductual, es la táctica idónea para el tratamiento en depresión comprobándose estabilidad emocional, física, y mental. Por ende, es de importancia abordar el tema bajo la Terapia Racional Emotiva en adolescentes, ya que, el distrito de La Esperanza figuran como población vulnerable en el contexto.

Bajo los argumentos antes mencionados, existen pocos estudios similares, por ello, el presente trabajo de investigación es un estudio cuasi experimental bajo del modelo cognitivo conductual con el objetivo de diseñar un plan de intervención psicológica demostrándose la influencia de la terapia racional emotiva conductual en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza.

1.2. Trabajos previos

Internacionales:

Piox (2016) en su tesis titulada Terapia Racional Emotiva y síntomas depresivos tuvo por objetivo determinar si la terapia racional emotiva modificaba la sintomatología depresiva. Estudio de tipo Cuantitativo, de diseño Cuasi-experimental. Se contó con una muestra de 43 sujetos estudiantes del nivel medio, procedentes de Olintepeque, municipio de Quetzaltenango, Guatemala. Se administró el test psicométrico de Beck estandarizado. Se concluyó que la terapia aplicada tiene un efecto deseable en la modificación de la sintomatología depresiva de los adolescentes

Ortiz (2012), ejecutó un estudio acerca de los efectos de la terapia cognitiva de Beck en el tratamiento de la depresión en un grupo de adolescentes del Instituto Técnico Superior Gran Colombia de la ciudad de Quito de Octubre. Seleccionó una muestra de 11 adolescentes entre 12 y 15 años. Se utilizó el Inventario de depresión de Beck. Los hallazgos permitieron determinar el efecto positivo de la terapia cognitiva de Beck en la disminución de la sintomatología depresiva de los adolescentes.

Mc Entee (2008) efectuó un estudio acerca del efecto de la terapia racional emotiva en una paciente de 17 años de edad diagnosticada con trastorno depresivo mayor moderado, que se trataba en un instituto especializado de una universidad de la ciudad de Guatemala. Se utilizó el Inventario de depresión de Beck, el diseño de investigación cualitativo por medio de un estudio de caso. Los hallazgos pusieron en evidencia la efectividad de la terapia aplicada.

Nacionales

Céspedes (2017), elaboró una investigación denominado, Aplicación de un programa de Terapia Cognitiva Conductual en adolescentes y jóvenes con depresión provenientes de la Universidad Privada San Juan Bautista. El objetivo fue determinar

el efecto de la Terapia Cognitiva-Conductual en la sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes. La muestra estuvo conformada por 60 alumnos a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Los resultados pusieron en evidencia la reducción significativa de los síntomas depresivos después de la aplicación de la terapia mencionada.

Es necesario mencionar que nivel local no se ha encontrado investigaciones concernientes.

1.3. Teorías relacionadas al tema

Citando a Egg (1999), “El taller no solo exige del trabajo cooperativo; es, también, por su propia naturaleza, un entrenamiento para el trabajo cooperativo” (p.17), incitando en el estudiante, su propia manera de construir conocimientos.

De tal modo, Maceratesi (1999, citado en Betancourt, Guevara y Fuentes, 2011) refiere que un taller consiste en la reunión de un grupo de personas que desarrollan funciones o papeles comunes o similares, para estudiar y analizar problemas y producir soluciones de conjunto.

Por otro lado, Maya (2007) es importante destacar que el taller es una didáctica y/o estrategia que da la posibilidad de superar los métodos tradicionales y reproducir ideologías en los participantes, que desarrollen conocimientos autónomos y colaborativo para una cualificación integral.

Finalmente, Campo (2015) define al taller como un proceso concebido y organizado de enseñanza, que involucra a los participantes del grupo y que tiene una finalidad concreta. Brinda siempre la posibilidad, cuando no demanda, que los colaboradores favorezcan enérgicamente.

De todos modos, un taller se puede plantear de representaciones variadas, siempre que tenga relación y atraiga a los participantes. Debe ser emprendedor e interesante.

La distribución primordial utiliza como eje a la programación, en la cual el implícito y la forma varían obedeciendo un objetivo, además de las necesidades de los partícipes.

Según Maya (2003) menciona los objetivos de un taller, como, el rrealizar una tarea educativa integrada y concertada entre los protagonistas del aprendizaje, superar con la acción la dicotomía entre la formación teórica y la experiencia práctica, superar el concepto de educación tradicional, el alumno como un receptor pasivo, memorista, conformista, etc.; y el docente, como instructor o transmisor de conocimientos, facilitar la creatividad y la construcción de sus propios aprendizajes, comprometerse activamente con la realidad social. buscando conjuntamente las formas más eficientes actuar para dar solución a los problemas y necesidades, diseñar un proceso de transferencia de tecnología social a los miembros de la comunidad.

Ellis (citado en Piox, 2016) lo define como el esquema de razonamiento que genera control sobre las cogniciones y conductas de un individuo.

Windy y Ellis (citados en Colop, 2016) lo plantean como un sistema detallado de cambio que gira en torno a la modificación de creencias irracionales que generan respuestas emocionales perturbadoras.

A lo largo del tiempo se han generado diferentes modelos o teorías psicológicas, justamente, una que vale la pena destacar es la teoría cognitiva de Aaron Beck. Esta teoría abarca procesos activo-directivos, distribuidos y de período limitado, que tiene como postulado teórico de que la respuesta emocional y la conducta de las personas se estructuran acorde al modo como ven o perciben el mundo (Colop, 2016).

Es más, en 1955 Albert Ellis a partir de los postulados teóricos de Beck establece un nuevo enfoque psicoterapéutico al cual denominó terapia racional emotiva (TRE) con la finalidad de encontrar el verdadero sentido de las interferencias emocionales en las personas (Colop, 2016).

Por tanto, esta terapia fue creada teniendo como sustento el supuesto teórico de que el comportamiento de la persona es normalizado por los dogmas de cada individuo y la interpretación que se le da a las circunstancias que se presentan. Por ello, la terapia de Ellis incidía en el cambio de las creencias erróneas que concebían a corto plazo períodos de perturbación psicológica en la persona (Piox, 2016).

En la literatura científica se reporta la evolución del cambio en la etiquetación de la terapia formulada por Ellis en 1955, denominada inicialmente terapia racional, luego terapia racional emotiva y en 1994 terapia racional emotiva conductual (TREC) teniendo en cuenta tres premisas: primero, se es más feliz al tener metas; segundo, haciendo el esfuerzo racional que ello implica para lograrlas y tercero, se vive mejor generando la autointernalización (Colop, 2016).

De modo tal, que la persona al ser capaz de aprender a controlar su futuro, planteándose metas claras, siendo conscientes de características y estado propio, tendrá la clave para el manejo de su mundo emocional mediante las creencias personales acorde al tipo de interpretación que se le dé a los acontecimientos en la vida, repercutiendo en los hechos que se tienen en cuenta para que ello se suscite (Céspedes, 2017).

Según Colop (2016), Ellis logra establecer seis principios que sustentan su terapia: El pensamiento es el aspecto importante en la gestación de las emociones humanas, el pensamiento disfuncional es la causa determinante del malestar emocional, para terminar con un problema emocional se tiene que comenzar por una evaluación de los pensamientos, diversos factores tanto genéticos como de naturaleza ambiental se constituyen como la génesis del pensamiento irracional y la psicopatología, a pesar de la existencia de las influencias del pasado en la psicopatología, la terapia racional emotivo-conductual prioriza las influencias presentes, los principios de la TREC establecen que las conductas de las personas están muy vinculadas a las emociones,

es decir, presta atención a los factores actuales que son los directamente responsables por la presencia del malestar en el tiempo.

La terapia racional emotiva-conductual de Ellis incluye en su esquema de trabajo el papel relevante de las emociones y las conductas en la vida de toda persona, resaltando la presencia de las creencias, pensamientos e imágenes mentales.

El esquema ABC se presenta como un sistema muy práctico y fácil de aplicar. Por ello, en este sistema, Ellis señala que A representa todos los acontecimientos activadores que al inicio toman la figura de ser los que gestan a C, es decir los efectos o consecuencias emocionales y conductuales, pero realmente C es a causa de B que refleja las creencias y pensamientos sobre A, actuando B como mediador entre A y C (Navarro, 2006).

La terapia cognitiva señala que el principio de la molestia no es el pensar como tal, sino que es fruto de las creencias irracionales. Partiendo del esquema se continúa el proceso de la terapia con las letras D y E otorgándole a D el proceso del conflicto cognitivo, con el propósito de encaminarlo a la reestructuración de nuevas creencias y E refleja entonces los efectos del proceso de cambio cognitivo en los acontecimientos vitales, como lo señalan Ellis y Grieger (Navarro, 2006).

La terapia racional emotiva conductual es una psicoterapia activa-dirigida, la cual permite que la persona identifique la génesis filosófica de sus problemas psicológicos y lo orienta a la búsqueda de alternativas que permitan cambios con el fin de generar un mayor bienestar (Oblitas 2008). Por lo tanto, esta terapia se aplica en:

Terapia individual, proceso flexible en el abordaje clínico y eficaz para las personas con inconvenientes para vincularse con los demás.

Terapia de pareja, es recomendable establecer normas, que se predisponga a la negociación, así mismo se facilitan herramientas para lograr una comunicación constructiva entre ambos.

Terapia familiar, proceso que se orienta a mejorar las debilidades que evidencia el núcleo familiar de forma individual, contribuyendo al quebrantamiento y que es posible modificar la conducta de cada uno de los miembros es búsqueda de fortalecer su unidad familiar.

Terapia de grupo, trabajo con grupos pequeños con los que se efectúan entrenamientos intensivos.

Se hará referencia a las diferentes características, ideas y supuestos, las cuales están diversificadas en definiciones de la variable, factores de riesgo que enmarcan los fundamentos teóricos que giran en torno a lo concedido por Lang y Tisher (2003) y otros autores que representan el marco de referencia.

Para Kovacs (2006, citado en Moral, 2013) la depresión es un trastorno del estado de ánimo, que se caracteriza por tristeza profunda, disforia, autoestima negativa, producto de la percepción negativa que se tiene de sí mismo, del entorno y del futuro, lo que desemboca en dificultades para desarrollarse adecuadamente; las mismas que coinciden con aspectos sintomatológicos planteados por Veytia, González, Andrade y Oudhof (2012) quienes asumen la existencia de un conjunto de síntomas emocionales, afectivos y físicos en los adolescentes que presentan depresión.

Según Rodríguez Consuegra (2004), la depresión es un trastorno afectivo con una sintomatología que puede presentarse de forma aguda, episódica o recurrente, aislados o asociado a otros desórdenes psicológicos. Siendo una característica muy palpable el abatimiento recurrente del humor.

Para la Organización Mundial de Salud (2016), la depresión se define como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño y del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Para efectos de esta investigación se tendrá en cuenta el concepto propuesto por Lang y Tisher (1983), sin embargo, no se deja de lado las concesiones elaboradas por diferentes autores con respecto a la depresión infantil, quien sostiene que la depresión

es “una respuesta humana normal que varía en intensidad y cualidad, evidenciando una sintomatología de tristeza, poca autoestima, falta de energía, preocupaciones por la muerte o salud e irritabilidad”.

Beck (1979 citado en Pinto y Álvarez, 2010) para definirla hace referencia a la triada cognitiva, que consiste en tres patrones de pensamiento principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo netamente negativo, mostrando un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas y una pérdida de espontaneidad entre otros; los síntomas se presentan a nivel cognitivo, conductual y emocional, interfiriendo en la sensación y percepción que la persona tenga respecto a sí mismo y a su entorno.

Según Polaino (1988) considera que síntomas de la depresión infantil son distintos a la presentada en la etapa adulta, ya que la edad modula su forma de manifestarse que son propias de la psicosis infantil.

Por otro lado, según Rie (1996) la depresión en términos de un número de características psicopatológicas encontradas en los adultos e indican que es teóricamente improbable su presencia en los niños (Beltrán y Mora, 2011).

De igual manera, Bakwin (1972, citado en Polaino 1988) señala que la depresión infantil se presenta de manera encubierta a través de ciertos síntomas como la agresividad, la irritabilidad, el bajo rendimiento escolar, etc.

Finalmente, Malmquist (1977, citado en Polaino 1988) sostiene que los síntomas somáticos que más frecuentemente encubren la depresión infantil son la cefalgia, los desvanecimientos, náuseas, dolores abdominales, entre otros.

En la revisión de la literatura sobre este tema los primeros trabajos aludieron la existencia de diferentes formas de depresión infantil, partiendo de allí ciertos desacuerdos entre los científicos sobre la presencia de ésta en niños; la depresión infantil ha existido desde siempre, como lo reflejan textos literarios que hacen

referencia sobre la nostalgia o melancolía en niños desde el siglo XVII (Jiménez, 1995, citado de Ramírez, 2009).

A partir de la década de 1930, el psicoanálisis de acuerdo a la inmadurez de la estructura superyoica en las primeras etapas del desarrollo, niega la presencia de la depresión en los niños, postura que influyó de manera negativa en el avance del estudio de la depresión infantil, dándose el inicio al debate sobre su existencia por muchas décadas más (Del Barrio, 2005).

Posteriormente para la década de los años sesenta, fue raro encontrar sugerencias sobre la depresión en la infancia como algo diferente a la depresión en adultos, y es a partir de esta fecha que aumenta considerablemente el interés y reconocimiento en la infancia, es decir, a partir de esta fecha surge el postulado teórico de la depresión infantil que se expresaba de manera enmascarada y abierta.

La primera hace referencia a síntomas conductuales, es decir encubierta dentro de síntomas inusuales o atípicos de las halladas las reacciones depresivas de los adultos, por lo que resulta complicada su detección (Lang & Tisher, 2003).

Glaser (1968) considera que se presenta problemas de conducta y delincuencia, reacciones psiconeuróticas tales como fobias escolares, dificultades en el aprendizaje, berrinches de mal humor, tendencia a los accidentes digestivos y en el sueño, dolores de cabeza, entre otros. Avalado por lo expuesto por Bakwin (1972) quien manifiesta que la forma enmascarada de la depresión infantil es a través de síntomas como la agresividad, la irritabilidad, el descenso en el rendimiento escolar, desobediencia, fugas de casa, delincuencia, entre otros síntomas de tipo somático como cefalgia, pérdida del apetito (Polaino, 1988).

En cuanto a la depresión abierta, en la que se hallan posturas teóricas que tras los hallazgos de sus respectivos estudios describen la depresión afectiva clínica, es decir,

como la expresión de un estado afectivo de desgracia o tristeza crónica (Polaino, 1988).

Por otro lado, Stack (1971 citado en Lang & Tisher, 2014) considera que la depresión es un mal que se manifiesta de manera frecuente con sintomatología somática, es decir, considera a la depresión no como una realidad única, sino que intenta clasificarla en dos grupos, el primero hace referencia a las depresiones en niños preescolares, dentro de este se halla la hiperactividad, apatía y somatización; para el segundo grupo se hace mención a las depresiones en niños escolares como depresión simple, fobias u obsesiones con reacciones depresivas, estados depresivos mixtos y depresiones asociadas con síndromes cerebrales orgánicos y estados psicóticos.

Esto confirma lo expuesto por Frommer (1967) quien refiere que se debe sospechar de indicios de depresión en los niños cuando se quejan de dolores abdominales recurrentes, dolores de cabeza, dificultad para conciliar el sueño, alteraciones de humor, llantos incomprensibles entre otros síntomas. Y por lo que define Seisdedos (2000) el cual acepta que las manifestaciones tienden a ser somáticas, mientras que dentro de la clasificación del Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) se contempla que esta entidad nosológica se presenta en forma de irritabilidad (Lang y Tisher, 2003).

Cambiando de tema y siguiendo dentro del marco referencial respecto al trastorno depresivo que implica al síndrome que ejerce un impacto incapacitante en áreas importantes de la vida del niño, durante un período determinado, con una historia característica, en la que es posible reconocer factores predisponentes a nivel familiar, biológico, de aprendizaje, afectivos, motivacionales y contextuales; y factores de mantenimiento que responden a las acciones terapéuticas de maneras particulares (Vega, 2009).

Factores de riesgo clasificados según su origen, en endógenos y exógenos, ya que existe un complicado engarce de distintos factores tanto de carácter biológico como social, que sirven de base a la aparición de conductas desajustadas o patológicas.

Dentro de los factores biológicos se alude a las hormonas, los neurotransmisores, la neuroanatomía y el sueño (Del Barrio, 2005).

La depresión y la historia familiar de depresión es uno de los principales factores de riesgo, según estadísticas un porcentaje considerable de menores con trastornos depresivos presentan historia familiar de depresión o de otra enfermedad mental. En ese sentido, los estudios con gemelos son muy recurrentes. Asimismo, existe una tasa aumentada de depresión en los familiares de primer grado de las pacientes que sufren un trastorno afectivo mayor (Sáenz, 2009).

Por otro lado, se hallan los factores psicológicos los cuales hacen referencia a factores relacionados con el temperamento, la personalidad, los aspectos cognitivos y otros trastornos psicológicos. Polaino (1988) señala que hay investigaciones que asocian la depresión y el temperamento denominado emocionalidad negativa, particularmente en mujeres. Haciendo referencia a que el temperamento presenta una base genética, aunque la experiencia y el aprendizaje influyen en su desarrollo y expresión dentro de un contexto social.

Haquin, Larraguibel y Cabezas (2004) refiere que la afectividad negativa hace referencia a los estados emocionales negativos que se acompañan de características conductuales que ocasionan una mayor reactividad ante estímulos negativos y se corresponde a una mayor probabilidad de desórdenes emocionales, particularmente en niñas (Polaino, 1988).

Finalmente, los factores exógenos o ambientales son sistemas en los que está inmerso el sujeto y que explican su conducta tanto adaptada como desadaptada en función a

los acontecimientos que sucedan en estos sistemas y a la influencia que puedan ocasionar, como la escuela, la familia y los acontecimientos vitales (Polaino, 1988).

En el contexto de la familia, Bravo (2000) refiere que el clima familiar es otro de los factores que influye en la presencia de la depresión infantil, las relaciones negativas entre padres e hijos, en algunos casos, tienden a hacerse más frecuentes en la medida en que los hijos crecen, y, especialmente en la adolescencia, están relacionadas con los desencadenantes y el curso de la depresión infantil (Del Barrio, 2005).

Por último, está la escuela como campo de gran importancia, en el cual el niño pasará gran parte de su tiempo, y donde la competencia intelectual y social son factores que predisponen a los niños y adolescentes a la depresión. Entre estos, se pueden mencionar el rendimiento académico y el círculo de amistades (Polaino, 1988).

El aumento del interés por el tema colaboró a la confirmación de la existencia de la depresión infantil como entidad nosológica por primera vez en el IV Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatría, celebrado en 1971, donde se declara la existencia de la depresión en la infancia. La bibliografía específica que a partir de esta década se establece el punto de partida de la existencia de la depresión en la infancia, apareciendo primigeniamente en el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-III) por la American Psychological Association (APA), que facilitó la expansión del estudio de la variable.

Luego de esto, se logra el consenso respecto a la existencia de la depresión infantil, llegando a ser solemnemente reconocida como una entidad cuyos criterios diagnósticos la califican como una de las problemáticas presentes en la psicopatología infantil capaz de dañar de manera significativamente el funcionamiento y bienestar del individuo (Lang & Tisher, 2014).

Una década después se crearon instrumentos diagnósticos con el fin de estudiar de manera adecuada esta enfermedad, generando mejorar su definición y progresos en

su comprensión; actualmente el interés que ha suscitado este constructo ha incrementado de manera transparente en las dos últimas décadas, llegando a constituirse como una de los constructos de mayor preocupación en estudios de psiquiatría y psicología infantil (Beltrán & Mora, 2011).

Existen dos posturas frente a la variable: La primera línea teórica asume que la depresión infantil presenta características afines a la depresión en adultos, aludiendo a las clasificaciones internacionales de trastornos mentales como el DSM-IV-TR (2002) y el CIE-10 (1992) elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La clasificación propuesta no varía según lo publicado por el DSM-V en la actualidad (APA, 2013), edición vigente que considera los mismos criterios diagnósticos para niños y adultos, sin embargo, reconocen dos características que lo diferencian uno del otro que hacen referencia en primer lugar a la aceptación de que, en niños y adolescentes, la irritabilidad puede reemplazar al estado de ánimo depresivo. Por otro lado, otra de las características es con respecto a que los niños y adolescentes no solo subirán o bajarán de peso, sino que, al estar en proceso de crecimiento se considera que la inapetencia y la falta de un peso adecuado para su edad es un indicador importante a tomar en cuenta.

Los criterios diagnósticos tomados en cuenta para el episodio depresivo mayor, según el DSM-V (2013) son: A) cinco (o más) de los síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer, donde no se incluye los síntomas que se atribuyen claramente a otra afección médica.

Entre los síntomas se encuentran a) estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso), considerando aquí que en niños y adolescentes, el estado de ánimo

puede ser irritable, b) pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días; en los niños se considera el fracaso para el aumento de peso esperado, c) pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días, aquí se hace referencia que en niños se considera el fracaso para el aumento de peso esperado, d) Insomnio o hipersomnia casi todos los días, e) agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento), f) fatiga o pérdida de energía casi todos los días, g) sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo), h) sentimiento de inutilidad o culpabilidad, i) Mengua de la capacidad para pensar o tomar decisiones, casi diariamente y j) pensamientos de muerte persistentes, ideas suicidas frecuentes sin planificación previa, tentativa de suicidio o un plan en particular para efectuarlo.

B) los síntomas suscitan deterioro en lo social, laboral u otras áreas relevantes del funcionamiento, C) el episodio no se puede asignar a las consecuencias fisiológicas de una sustancia o de otra afección médica, D) el episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizo-afectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y por último, E) La no existencia de un episodio maníaco o hipomaníaco, exclusión que no es aplicable si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco han sido inducidos por sustancias o se pueden atribuir a las consecuencias fisiológicas de otra afección médica.

Al respecto del CIE-10, (1992) los criterios diagnósticos que mencionan son diez síntomas a diferencia del DSM-V (2013) (donde la pérdida de autoestima constituye un síntoma diferente del sentimiento inapropiado de culpabilidad). Contiene criterios distintos para cada nivel de gravedad del episodio depresivo, en ella no reconocen criterios específico en función a la edad. Además, la noción de diagnóstico también es distinto, ya que en el CIE-10 se requiere la presencia de al menos dos de los tres

síntomas siguientes: estado de ánimo, pérdida del interés y pérdida de energía, para los episodios depresivos de carácter leve y moderado y los tres síntomas para los episodios graves.

Por el contrario, la segunda línea teórica, conceptualiza a la depresión infantil sopesando un criterio evolutivo. Es una posición más moderada la cual asume que ciertas manifestaciones de la depresión en niños difieren de las manifestaciones adultas y, en cambio, otras son semejantes a las adultas (Figueras, 2006). Desde este enfoque se arguye que la fenomenología de los trastornos del estado de ánimo varía con el desarrollo del niño.

Como se observa líneas arriba las clasificaciones internacionales detallan las características de manera general, sin detenerse en analizar las manifestaciones propias de la niñez y la adolescencia, a diferencia de las clasificaciones de carácter exclusivo para la infancia.

Una de las clasificaciones más citadas es la de Weinberg et al. (1983), quienes presentaron una lista de 10 síntomas de depresión infantil en una investigación sobre la respuesta al tratamiento con antidepresivos en niños. De estos 10 síntomas el humor disfórico y la baja autoestima eran síntomas determinantes (Vega, 2009).

Otro teórico como Poznanski (1982, citado de Polaino, 1988) expone los criterios clínicos más frecuentes en el diagnóstico de la depresión infantil, considerando síntomas relacionados al humor, conducta o apariencia depresiva y cuatro (probable) o cinco (definitivo) criterios: aislamiento social, dificultades con el sueño, quejas de fatiga, hiperactividad, anhedonía, baja autoestima o gran sentimiento de culpa y dificultades en el trabajo escolar e ideas de suicidio, con una duración mínima de un mes.

De otro lado, Spitzer et al. (1978, citado de Polaino, 1988) mencionan síntomas como disforia, creciente pérdida del gusto entre otras.

El cuestionario de Depresión para niños (CDS) contiene 66 elementos, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo. Estos dos conjuntos se mantienen separados y permiten dos subescalas generales independientes: Total Depresivo (TD) y Total Positivo (TP) (Lang y Tisher, 1983).

Total, Depresivo (TD), con seis subescalas:

- RA, Respuesta afectiva (ocho elementos): alude al estado de humor de la persona.
- PS, Problemas sociales (ocho elementos): se refiere a las dificultades en la relación con los demás.
- AH, Autoestima (ocho elementos): se relaciona con los sentimientos de valía personal.
- PM, Preocupación por la muerte/salud (siete elementos): alude a los sueños y fantasías del niño en lo que respecta a la enfermedad y la muerte.
- S, Sentimiento de culpabilidad (ocho elementos): se refiere a los castigos que una persona se inflige a causa de un sentimiento de culpabilidad.
- DV, Depresivos varios (nueve elementos): incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no ameritaron una clasificación formal.

Total, Positivo (TP), con dos subescalas:

- AA, Ánimo-Alegría (ocho elementos, puntuados en el polo opuesto): alude a dificultades o incapacidad para experimentar alegría, diversión y felicidad.
- PV, Positivos varios (diez elementos, puntuados en el polo opuesto): Abarca aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse de manera formal.

Entre tantas cuestiones que se pueden sopesar en los jóvenes se puede mencionar lo relacionado a la alta prevalencia de depresión de la mujer, en especial en la adolescencia; en ese sentido, su excesiva preocupación por mantener una buena imagen y por otra en su preocupación de tener un buen desempeño en lo que realiza (Feldman, 2007).

Se considera que el adolescente está afectado cuando el proceso de su desarrollo biopsicosocial se daña o distorsiona y esto se manifiesta en conductas anómalas (Dallal &Castillo, 2000).

Saldaña (2001) señala que la familia, la escuela y los amigos son los referentes más relevantes que tienen los adolescentes durante este periodo, los cuales pueden ser tanto protectores como de riesgo en la gestación de desajustes psicosociales.

La vida moderna ha generado diversos cambios en los modelos de vida familiar, y ha trastocado las relaciones entre los padres y de los padres con sus hijos (Saldaña, 2001).

De otro lado, Casullo, Bonaldi y Fernández (2000) han observado que en niños y adolescentes los síntomas depresivos que se les detecta se condicen con un escaso desarrollo de las habilidades sociales, bajo autoconcepto y evidentes dificultades para poder estudiar y aprender.

El adolescente atraviesa por un periodo de cambios físicos, psicológicos y sociales, se encuentra más vulnerable a padecer una diversidad de alteraciones mentales, pero la familia constituye un soporte importante en este proceso de transición hacia la adultez (Salvatierra, 2004). La familia implica para el adolescente, búsqueda de su identidad, formulación de un proyecto de vida y la adaptación a las nuevas demandas sociales que debe asumir (Arias, 2013). De esta manera, si la familia mantiene sus límites claros y cada miembro asume el rol que le toca, habría más probabilidades de tener una

funcionalidad familiar adecuada y, por ende, menor riesgo de que los adolescentes presenten alteraciones conductuales o desórdenes mentales (Arias, 2012).

La adolescencia, como periodo del desarrollo del ser humano abarca por lo general el ciclo comprendido de los 11 a 20 años, en el cual el sujeto alcanza la madurez biológica y sexual; y se busca alcanzar la madurez emocional y social (Papalia et. al., 2001); a su vez la persona asume responsabilidades en la sociedad y conductas propias del grupo que le rodea por lo anterior, cuando se habla del concepto, se refiere a un proceso de adaptación más complejo que el simple nivel biológico, e incluye niveles de tipo cognitivo, conductual, social y cultural (Schock, 1946).

En cuanto a su búsqueda de identidad, conlleva integrar experiencias del pasado, adaptarse al presente, y tener una visión sobre el futuro, proceso que resulta complicado para el individuo ya que lo anterior se presenta en conjunto con los cambios físicos (Aberastury y Knobel, 1997). Presentando constantes fluctuaciones en el estado de ánimo, debido en parte, a la personalidad desarrollada por medio del ambiente familiar y cultural del adolescente (Marcia, 1980).

Durante el proceso del desarrollo psicológico y búsqueda de identidad, el adolescente experimentará dificultades emocionales que lo conllevarán a afrontar situaciones de estrés que afectarán sus deseos y expectativas (Papalia et. al., 2001).

Asimismo, el grado de anormalidad en las conductas de los adolescentes es una función de los daños que éstas puedan suscitar tanto a la sociedad como a él/ella mismo(a). Por tanto, los jóvenes que sean incapaces de afrontar los problemas que se les presentan posiblemente padezcan de un trastorno (Papalia et. al., 2001).

Por tanto, el adolescente se vuelve vulnerable a trastornos diversos; trastornos que experimentará y que seguramente incluirá los trastornos de carácter depresivo, de ahí la importancia de que esta etapa se encamine de la mejor manera posible (Papalia et. al., 2001).

El Modelo Cognitivo de la Depresión, fue propuesto por Beck (1967, 1976, citado en Beck, Rush, Emery y Shaw, 1983) y Beck, Rush, Emery y Shaw (1979, citados en Beck et al.). Este modelo teórico explica la depresión en adultos y propone tres elementos que la explican: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. Los estudios realizados en niños y adolescentes deprimidos, sobre las distorsiones cognitivas han encontrado algunas similitudes con los adultos, lo que apoya la hipótesis de la distorsión cognitiva en la depresión infantil (Kaslow et al., 1994 citados en Figueras, 2006).

La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos, los cuales están referidos a una visión negativa acerca de sí mismo, sus expectativas y su futuro de un modo particular. Según Beck et al. (1983), los signos y síntomas de la depresión pueden explicarse como una consecuencia de estos patrones cognitivos.

Los esquemas son patrones cognitivos estables que constituyen la base para que las personas interpreten de manera regular determinado conjunto de situaciones similares (Beck et al., 1983).

Entre los errores cognitivos que señalan Beck et al. (1983) se pueden mencionar:

La inferencia arbitraria de una conclusión en ausencia de evidencia, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización o minimización, personalización, pensamiento absolutista y dicotómico.

El término adolescente proviene del latín “adolescere”, y significa ir creciendo, desarrollarse hacia la madurez, hacerse adulto. Hay diferentes conceptualizaciones sobre el término. Algunos ubican la adolescencia como un periodo vital entre la infancia y la adultez. Otros la conciben como un “segundo nacimiento” (Rascovan, 2000).

La adolescencia es la transición del desarrollo entre la infancia y la adultez que implica cambios físicos, cognitivos y emocionales importantes. Inicia aproximadamente a los 12 años en promedio en las mujeres y 14 en los hombres (Feldman, 2007).

Desarrollo cognitivo:

La inteligencia en esta etapa involucra no solo la acumulación de conocimientos nuevos sino también el procesamiento y el perfeccionamiento de la información (Craig y Baucum, 2009).

Además, los adolescentes transfieren la confianza que antes solo tenían en sus padres a otras personas (Feldman, 2007).

Característica Psicológicas

Craig y Baucum (2009) mantienen que los adolescentes son muy sensibles respecto a su apariencia ya que se encuentran con la necesidad de reconstruir una nueva imagen corporal.

Características sociales

Las relaciones con los adultos en esta etapa son ambivalentes. En ocasiones se oponen a ellos y a los valores que representan y, otras veces, los imitan pues necesitan modelos en una época en la que tienen que afirmar su personalidad (Papalia, Olds y Feldman, 2009).

La vida afectiva del adolescente va a fluctuar entre el retraimiento o aislamiento personal y la tendencia a relacionarse con otros (Papalia, Olds y Feldman, 2009).

En esta etapa el grupo de amigos y amigas es muy importante, aparece la necesidad del mejor amigo, casi siempre del mismo sexo, alguien que se transforma en la única persona capaz de entenderlo y de escucharlo (Feldman, 2007).

1.4. Formulación del problema

¿Cuál es la influencia de la terapia racional emotiva conductual en la depresión de adolescentes de una Institución Educativa Estatal de la Esperanza?

1.5. Justificación del estudio

La presente investigación es conveniente, ya que se busca demostrar que los niveles de depresión en adolescentes pueden ser influenciados por la aplicación de talleres que persigan una metodología vivencial y permita a las mismas identificar y definir el problema para futuras soluciones.

Desde una valoración social la modificación de las creencias irracionales ayudará a reducir la sintomatología depresiva, logrando a la vez un cambio cognitivo sino, también emocional y conductual que influenciará satisfactoriamente en las pacientes en su ámbito personal, familiar y social.

El presente estudio cuenta con implicancias prácticas pues el presente taller permite elaborar otros talleres y programas con mayor envergadura.

Esta investigación desde una estimación teórica brindará a la disciplina de la psicología conocimientos acerca de la depresión, que servirá para ampliar información útil para el quehacer dentro de la comunidad científica.

Este estudio cuenta con utilidad metodológica, puesto que, servirá de guía para futuros talleres de intervención que respondan a las necesidades en adolescentes con depresión, convirtiéndose de tal modo en un antecedente útil para futuras investigaciones.

1.6. Hipótesis

Hipótesis General:

Hi: El taller de terapia racional emotiva conductual influye en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza.

Ho: El taller de terapia racional emotiva conductual no influye en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza.

Hipótesis Específicos:

H1: El taller de terapia racional emotiva conductual influyó en la dimensión total depresivo en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza.

H2: El taller de terapia racional emotiva conductual influyó en la dimensión total positivo en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza.

1.7. Objetivos

Objetivo General

Determinar la influencia del taller de la terapia racional emotiva conductual en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza.

Objetivo Específicos

- Identificar el nivel en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza, antes de la aplicación del taller de terapia racional emotiva conductual.
- Identificar el nivel en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza, después de la aplicación del taller de terapia racional emotiva conductual.
- Determinar si la aplicación de la terapia racional emotiva conductual influye en la dimensión total depresivo y sus subescalas respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte y salud, sentimiento de culpabilidad, depresivos varios en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza.
- Determinar si la aplicación de la terapia racional emotiva conductual influye en la dimensión total positivo y sus subescalas ánimo-alegría y positivos varios en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza.

II. MÉTODO

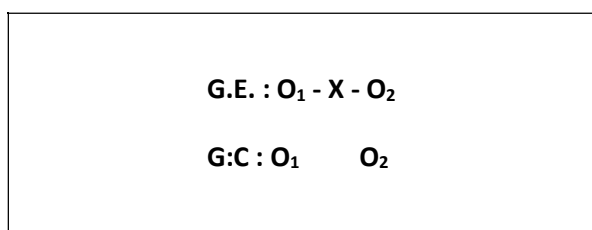
2.1. Tipo de Investigación

El presente trabajo es de tipo experimental, pues se construye el contexto y se manipula de manera intencional la variable independiente y se observa el efecto de esa manipulación sobre la variable dependiente (Hernández et al. 2010).

Diseño de investigación

El presente trabajo es de diseño cuasi experimental, puesto que los sujetos incluidos en los grupos de estudio ya están asignados o constituidos y consiste en que una vez que se dispone de los dos grupos, se debe evaluar a ambos en la variable dependiente, luego a uno de ellos se le aplica el tratamiento experimental y el otro sigue con las tareas o actividades rutinarias. (Sánchez y Reyes 2006).

Esquema:



Donde:

O1 = Pre test

X = Tratamiento

O2 = Pos test

2.2. Variables, operacionalización

Variable Independiente: Terapia Racional Emotiva Conductual

VARIABLE(S)	DIMENSIÓN	INDICADORES	UNIDAD DE ANÁLISIS
<p>Variable Independiente</p> <p>Taller de Terapia Racional Emotiva Conductual.</p>	<p>Estrategias emotivas</p>	<p>Imaginación racional emotiva. Técnicas de ataque de vergüenza. Usar afirmaciones de afrontamiento vigorosas y grabarlas. Role - Playing. Técnicas humorísticas.</p>	<p>Institución Educativa Estatal de la Esperanza.</p>
	<p>Estrategias cognitivas</p>	<p>Entrenamiento en detección de creencias irracionales. La flecha descendente o hacia abajo. Técnicas de persuasión verbal. Detectar síntomas secundarios. Valoración del coste-beneficio Estrategias de distracción. Modelado. Hablar con otros de terapia racional emotiva Técnicas de solución de problemas.</p>	
	<p>Estrategias conductuales</p>	<p>Desensibilización en vivo. Reforzamientos. Entrenamientos en habilidades. Prevención de recaídas. Canciones humorísticas racionales.</p>	

Variable Dependiente: Depresión

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA	UNIDAD DE ANÁLISIS		
Variable Dependiente Depresión	Total, Depresivo (06 indicadores)	Respuesta afectiva (RA)	2, 10, 18, 26, 34, 42, 50, 58.	Ordinal	Institución Educativa Estatal de la Esperanza.		
		Problemas sociales (PS)	3, 11, 19, 27,35, 43, 51, 59.				
		Autoestima (AE)	4, 12, 20, 28, 36, 44, 52, 60.				
		Preocupación por la muerte/salud (PM)	5,13,21,29,37,45,53				
		Sentimiento de culpabilidad (S C)	6,14,22,30,38,46,54,61.				
		Depresivos Varios(DV)	7,15,23,31,39,47,55,62,66.				
	Total, Positivo (02 indicadores)	Ánimo -Alegría (AA)	1, 9, 17, 25, 33, 41, 49, 57.		Cuestionario de depresión para niños (CDS).		
		Positivos Varios (PV)	8, 16, 24, 32, 40, 48, 56, 63, 64, 65				
							INSTRUMENTO RECOJO DE INFORMACIÓN

2.3. Población y muestra:

Población

En la presente investigación, la población, objeto de estudio, está conformado por 70 estudiantes de ambos sexos, pertenecientes del cuarto grado de educación secundaria de la Institución Educativa Estatal N° 80036 “San Martín de Porres”, Trujillo, del Distrito de la Esperanza, período 2018.

Tabla 1

Distribución de la Población de adolescentes del 4º Grado de Secundaria de la Institución Educativa Estatal N° 80036 “San Martín de Porres” – 2018.

Grado y Sección	M	F	N° de Estudiantes
4° “A”	18	17	35
4° “B”	16	19	35
Total	34	36	70

Fuente: Archivos de la Institución Educativa N° 80036 “San Martín de Porres”

Muestra:

La muestra será constituida por 24 adolescentes del grupo control y grupo experimental en que aprobarán mediante un consentimiento informado, su participación en el Programa de Terapia Racional Emotiva Conductual, conforme se detalla en el siguiente cuadro:

Muestreo:

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Según Hernández, et al (2010) muestreo es un “subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de la característica de la investigación”.

Tabla 2

Distribución de la Muestra de estudiantes del 4º Grado de Secundaria de la Institución Educativa Estatal N° 80036 “San Martín de Porres” – 2018.

Grado- Sección	SEXO		N° de Estudiantes
	Masculino	Femenino	
4° “A” - (G. C.)	06	06	12
4° “B” - (G.E.)	06	06	12
Total	12	12	24

Fuente: Archivos de la Institución Educativa N° 80036 “San Martín de Porres”

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

La técnica utilizada en el presente estudio es la técnica de evaluación psicométrica, donde, se aplicó el instrumento que permite recoger información necesaria acerca de los síntomas depresivos, en adolescentes del cuarto grado de la Institución Educativa Estatal N° 80036 “San Martín de Porres”.

Children’s Depression Scale es el instrumento original por Moshe Lang y Miriam Tisher, procediendo de la ciudad de Australia y ha sido creado para evaluar global y específica la depresión en los niños, siendo la última versión del instrumento (2003) en español por el departamento I +D de TEA ediciones, S.A., Madrid. Adaptación

española por Nicolás Seisdedos, (1983, 1994,2014). La última revisión del test en su adaptación española fue 2015.

Su aplicación es individual o colectiva, es ajustable desde los 08 hasta los 16 años. El tiempo de aplicación del instrumento es entre 30-40 minutos, Está compuesto por 66 ítems, 48 de carácter depresivo y 18 de carácter positivo. Proporciona un total de 10 puntuaciones, donde las puntuaciones se expresan en diferentes escalas de medida. Se evalúan dos dimensiones (Total Depresivo y Total Positivos) y se agrupan en ocho escalas que contribuyen a clarificar la manifestación de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes.

Cada elemento se puntúa en una escala de 1 a 5 puntos, desde muy en desacuerdo a muy de acuerdo en los elementos de Tipo Depresivo, y desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo en los de tipo positivo. (Sub escalas AA Y PV), se logra que todos ellos apunten hacia el rasgo de la depresión. Donde las PD (puntuaciones directas) de las escalas se obtienen sumando las puntuaciones en cada ítem que componen cada una (ítems de las escalas de la dimensión Total positivo se invierten) (Seisdedos, 2006).

Referente a la validez de criterio convergente, instrumento CDS, de los autores Lang y Tisher (2003), en una muestra de 193 niños, relacionando las variables del CDS, con las escalas de personalidad EPQ- J de Eysenck, incluyendo índices de correlación, con los estadísticos básicos (media y desviación típica) de la muestra en ambos instrumentos; en esta muestra los valores críticos de significación son de .142 y .187. aspectos depresivos, excepto el conjunto variado de elementos PV, se relaciona positivamente con el desequilibrio de la personalidad (escala N del EPQ-J).

Por otra parte, en la adaptación realizada por Ortiz (2012), en el distrito de Trujillo se ejecutó con una muestra de 252 niños de 4°, 5° y 6° de primaria de la Institución Educativa República de Argentina 8008, se utilizó la técnica de correlaciones entre escala - test donde se han hallado correlaciones altamente significativas para todos los casos.

Según Lang y Tisher (2003), se obtuvo la confiabilidad interna mediante la formulación de Kuder- Richardson (K-R 20) y los índices rxx encontrados fueron, respectivamente de .91 y .69, aprobando concluir que el cuestionario de depresión para niños (CDS), muestra un buen nivel de consistencia interna.

De la adaptación española se redime los coeficientes de confiabilidad 0.37 en AA; 0.41 en RA; 0.39 en PS; 0.39 en AE; 0.38 en PM; 0.52 en SC; 0.33 en DV; 0.47 en PV; 0.51 en TD y 0.48 en TP.

Por otro parte, en la adaptación realizada por Ortiz (2012), la consistencia interna del Cuestionario de Depresión para niños (CDS), se obtuvo con el coeficiente de alfa de Cronbach de .932 para el cuestionario en general indicando una confiabilidad elevada de dicho instrumento.

Referente a los Baremos, se presenta la escala de centiles, que indica el tanto por ciento del grupo normativo al que un sujeto determinado es superior en la variable apreciada por el instrumento y la escala típica de puntuaciones “s” que permite mayor dispersión que la escala de decatipos ; su medida se sitúa en el valor 50 y tiene una desviación típica de 20 puntos; por tanto, el grupo promedio (el que comprende los dos tercios de una población estadísticamente normal) se encuentra entre las puntuaciones “S” 30 y 70.

2.5. Métodos de análisis de datos

En el procedimiento estadístico se utilizaron las siguientes técnicas estadísticas, con el objetivo de organizar los datos obtenidos del test aplicado antes y después de la prueba en ambos grupos de investigación (experimental y control). En primer lugar: para identificar la distribución de niveles, se utilizó, estadísticos de distribución como las frecuencias y porcentajes, los cuales permitieron conocer la cantidad de participantes según cada nivel de la variable dependiente (alto, medio y bajo) antes del programa y después del mismo para ambos grupos de la investigación.

En segundo lugar, para analizar si se aceptan o rechazan las hipótesis de investigación, se utilizaron los datos estadísticos de Media aritmética (M) y desviación estándar (DE) acompañados de la prueba “t” de Student y su valor de significancia estadística (p), los cuales tienen utilidad para comparar las puntuaciones de la variable dependiente en base a: comparación de puntuaciones entre grupos en dos momentos en el Pre Test y Pos Test, y, comparación de las puntuaciones entre el Pre-test y Post-test por cada grupo.

Todo el procedimiento de análisis se llevó a cabo con la ayuda de los programas Excel, y SPSS, mismos que son de utilidad para el tratamiento de la información analizada.

2.6. Aspectos éticos

Para la realización del proyecto de investigación, en primera instancia se realizó la coordinación con el director de la institución educativa para la administración de las pruebas y sesiones del taller a ejecutarse. Obteniendo la autorización respectiva. Posteriormente, se otorgó los consentimientos informados, donde se les pidió a los padres de familia el permiso respecto de la participación de sus hijos en el estudio. Asimismo, se informó de los objetivos de la investigación y el beneficio que tendrá el estudio para los profesionales. Además, se concibió énfasis en la confidencialidad de la información recaudada y del anonimato de los hallazgos. Una vez realizado las autorizaciones con los directores como padres de familia de la institución educativa estatal de La Esperanza se procedió a la aplicación del cuestionario como del taller.

III. RESULTADOS

Resultados de la prevalencia de depresión según niveles en adolescentes de una I.E.E. de La Esperanza.

Tabla 3

*Distribución de los niveles de depresión según, las medidas generales de Total depresivo y total positivo en integrantes del **grupo experimental** antes de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual.*

Variables/Niveles	Pre-test	
	f	%
Total depresivo		
Bajo	0	0.0
Medio	7	58.3
Alto	5	41.7
Total	12	100.0
Total Positivo		
Bajo	11	91.7
Medio	1	8.3
Alto	0	0.0
Total	12	100.0

En la tabla 3. Se presentan la distribución de niveles de ambas medidas generales total depresivo y total positivo, obtenidos por los estudiantes integrantes del grupo experimental participantes en la investigación, donde se observa que antes de la aplicación del taller “terapia racional emotiva conductual” el 41.7%. total, depresivo, reporto un nivel alto. Asimismo, el 91.7% total positivo, alcanzo un nivel bajo.

Tabla 4

Distribución de los niveles de depresión según, las medidas específicas (Sub-dimensiones) de la variable total depresivo en integrantes del grupo experimental, antes de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual.

Variables/Niveles	Pre-test	
	F	%
Respuesta afectiva		
Bajo	0	0.0
Medio	7	58.3
Alto	5	41.7
Total	12	100.0
Problemas sociales		
Bajo	0	0.0
Medio	7	58.3
Alto	5	41.7
Total	12	100.0
Autoestima		
Bajo	0	0.0
Medio	6	50.0
Alto	6	50.0
Total	12	100.0
Preocupación por la muerte		
Bajo	0	0.0
Medio	6	50.0
Alto	6	50.0
Total	12	100.0
Sentimiento de culpa		
Bajo	7	58.3
Medio	4	33.3
Alto	1	8.3
Total	12	100.0
Depresivos varios		
Bajo	10	83.3
Medio	2	16.7
Alto	0	0.0
Total	12	100.0

En la tabla 4. Se presentan la distribución de niveles de las sub-dimensiones de total depresivo. Se observa que el porcentaje de los estudiantes antes de la aplicación del taller “terapia racional emotiva conductual”, en la sub-dimensión Respuesta afectiva el

41.7% de los estudiantes alcanzaron altos niveles de dicha variable. asimismo, en la sub-dimensión problemas sociales el 41.7% alcanzó un nivel alto. En la sub-dimensión autoestima, 50% de los estudiantes reportaron nivel alto. De igual manera, en sub-dimensión preocupación por la muerte, el 50% de los estudiantes mostró nivel alto. Respecto a sub-dimensión sentimiento de culpa, el 8.3% alcanzo un nivel alto y 33.3% nivel medio. Finalmente, en sub-dimensión depresivos varios, 16.7% alcanzó nivel medio.

Tabla 5

Distribución de los niveles de depresión según, las medidas específicas (Sub-dimensiones) de la variable total positivo en integrantes del grupo experimental, antes de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual.

Variables/Niveles	Pre-test	
	f	%
Animo-Alegría		
Bajo	2	16.7
Medio	2	16.7
Alto	8	66.7
Total	12	100.0
Positivos Varios		
Bajo	3	25.0
Medio	9	75.0
Alto	0	0
Total	12	100.0

En la tabla 5. Se observa que el porcentaje de los estudiantes antes de la aplicación del taller “terapia racional emotiva conductual”, en la sub-dimensión animo-alegría, el 16.7% de los participantes alcanzó un nivel bajo. Y respecto a la sub-dimensión positivo varios el 25% reportó un nivel bajo.

Tabla 6

Distribución de los niveles de depresión según, las medidas generales de Total positivo y total depresivo en integrantes del grupo experimental después de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual.

Variables/Niveles	Pos-test	
	f	%
Total depresivo		
Bajo	4	33.3
Medio	8	66.7
Alto	0	0.0
Total	12	100.0
Total Positivo		
Bajo	2	16.7
Medio	10	83.3
Alto	0	0.0
Total	12	100.0

En la tabla 6. Se presentan la distribución de niveles de ambas medidas generales total depresivo y total positivo, después de aplicado el tratamiento. En total depresivo, después de la aplicación del taller “terapia racional emotiva conductual”, cerca del 33.3% redujo a un nivel bajo. Respecto a la medición de total positivo, después de la aplicación el 83.3% alcanzo un nivel medio.

Tabla 7

Distribución de los niveles de depresión según, las medidas específicas (Sub-dimensiones) de la variable total depresivo en integrantes del grupo experimental, después de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual.

Variables/Niveles	Pos-test	
	f	%
Respuesta afectiva		
Bajo	3	25.0
Medio	9	75.0
Alto	0	0.0
Total	12	100.0
Problemas sociales		
Bajo	2	16.7
Medio	10	83.3
Alto	0	0.0
Total	12	100.0
Autoestima		
Bajo	10	83.3
Medio	2	16.7
Alto	0	0.0
Total	12	100.0
Preocupación por la muerte		
Bajo	7	58.3
Medio	5	41.7
Alto	0	0.0
Total	12	100.0
Sentimiento de culpa		
Bajo	12	100.0
Medio	0	0.0
Alto	0	0.0
Total	12	100.0
Depresivos varios		
Bajo	12	100.0
Medio	0	0.0
Alto	0	0.0
Total	12	100.0

En la tabla 7. Se observa que el porcentaje de los estudiantes después de la aplicación del taller “terapia racional emotiva conductual” en la sub-dimensión respuesta afectiva, el 25% redujo al nivel bajo. También, en la sub-dimensión problemas sociales el 16.7% redujo a nivel bajo. En la sub-dimensión autoestima, el 83% reporto nivel bajo. De igual manera, en la sub-dimensión preocupación por la muerte, el 58.3% se ubicó en nivel bajo. Respecto a la sub-dimensión sentimiento de culpa, el 100% reporto nivel bajo. Finalmente, en sub-dimensión depresivos varios, el 100% reporto nivel bajo.

Tabla 8

Distribución de los niveles de depresión según, las medidas específicas (Sub-dimensiones) de la variable total positivo en integrantes del grupo experimental, después de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual.

Variables/Niveles	Pos-test	
	f	%
Animo-Alegría		
Bajo	0	0.0
Medio	0	0.0
Alto	12	100.0
Total	12	100.0
Positivos Varios		
Bajo	0	0.0
Medio	11	91.7
Alto	1	8.3
Total	12	100.0

En la tabla 8. Se presentan la distribución de niveles de las sub-dimensiones de total positivo. Se observa que el porcentaje de los estudiantes después de la aplicación del taller “terapia racional emotiva conductual” en la sub-dimensión animo-alegría el 100% alcanzo un nivel alto. Respecto a sub-dimensión positivo varios, el 91% subió a nivel medio y el 8.3 a nivel alto.

Resultados de la comparación de la depresión en adolescentes de una I.E.E de La Esperanza sobre el grupo experimental y control, en la prueba de entrada y salida.

Tabla 9

Contraste de las dimensiones generales de la depresión total depresivo antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control.

Variable Dependiente		Experimental		Control		Prueba T
		M	DE	M	DE	
Total depresivo	Pre-test	146.08	16.008	143.42	17.265	$t_{(22)} = .392$ $p = .699$
	Pos-test	103.92	11.556	134.67	11.610	$t_{(22)} = -6.503$ $p = .000$
	Prueba T	$t_{(11)} = -5.900$ $p = 0.000$		$t_{(11)} = 1.509$ $p = 0.160$		

En la tabla 9. En la dimensión “total depresivo”, al comparar en la prueba de entrada tampoco se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ($M_{\text{Experimental}} = 146.08 - M_{\text{Control}} = 143.42$, $p > .05$). Pero, sucedió lo contrario en la prueba de salida, donde se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas, alcanzando puntuaciones más bajas en promedio en el grupo experimental ($M_{\text{Experimental}} = 103.92 - M_{\text{Control}} = 134.67$, $p < .01$). De igual manera, al comparar las puntuaciones de entrada con las de salida, en el grupo control no se alcanzaron diferencias significativas en tanto si sucedió en el grupo experimental ($M_{\text{Pretest}} = 146.08 - M_{\text{Postest}} = 103.92$, $p < .01$).

Tabla 10

Contraste de las sub-dimensione respuesta afectiva antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control.

Variable Dependiente	Experimental		Control		T	
	M	DE	M	DE		
Respuesta afectiva	Pre-test	23.83	3.460	25.08	4.621	$t_{(22)} = -.750$ $p = .461$
	Pos-test	17.08	2.875	24.00	2.730	$t_{(22)} = -6.043$ $p = .000$
	Prueba	$t_{(11)} = 3.946$		$t_{(11)} = 0.661$		
	T	$p = 0.002$		$p = 0.522$		

En la tabla 10. Se aprecia la comparación de puntuaciones en los grupos experimental y control antes y después de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual de las sub-dimensiones de total depresivo. En la sub-dimensión “Respuesta afectiva”, al comparar en la prueba de entrada en los grupos experimental y control no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ($M_{\text{Experimental}} = 23.83 - M_{\text{Control}} = 25.08$, $p > .05$). Pero, sucedió lo contrario en la prueba de salida, donde se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas, alcanzando puntuaciones más bajas en promedio en el grupo experimental ($M_{\text{Experimental}} = 17.08 - M_{\text{Control}} = 24.00$, $p < .01$). De igual manera, al comparar las puntuaciones de entrada con las de salida, en el grupo control no se alcanzaron diferencias significativas en tanto si sucedió en el grupo experimental ($M_{\text{Pretest}} = 23.83 - M_{\text{Postest}} = 17.08$, $p < .01$).

Tabla 11

Contraste de las sub-dimensión problemas sociales antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control.

Variable Dependiente	Experimental		Control		T	
	M	DE	M	DE		
Problemas sociales	Pre-test	25.67	4.030	24.17	4.019	$t_{(22)} = .913$ $p = .371$
	Pos-test	18.67	1.497	23.42	3.175	$t_{(22)} = -4.687$ $p = .000$
	Prueba T	$t_{(11)} = 4.841$ $p = 0.001$		$t_{(11)} = 0.470$ $p = 0.648$		

En la tabla 11, en la sub-dimensión “Problemas sociales”, al comparar en la prueba de entrada en los grupos experimenta y control no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ($M_{\text{Experimental}} = 25.67 - M_{\text{Control}} = 24.17$, $p > .05$). Pero, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la prueba de salida, donde el grupo experimental alcanzo la puntuación promedio más baja ($M_{\text{Experimental}} = 18.67 - M_{\text{Control}} = 23.42$, $p < .01$). Así mismo, al comparar las puntuaciones de entrada con las de salida, a diferencia del grupo control, donde no se alcanzaron diferencias significativas, si se identificaron en el grupo experimental ($M_{\text{Pretest}} = 25.67 - M_{\text{Postest}} = 18.67$, $p < .01$).

Tabla 12

Contraste de las sub-dimensión autoestima antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control.

Variable Dependiente	Experimental		Control		T	
	M	DE	M	DE		
Autoestima	Pre-test	26.25	4.393	24.75	5.190	$t_{(22)} = .764$ $p = .453$
	Pos-test	17.17	2.125	24.42	2.021	$t_{(22)} = -8.565$ $p = .000$
	Prueba T	$t_{(11)} = 5.938$ $p = 0.000$		$t_{(11)} = 0.230$ $p = 0.822$		

En la tabla 12, en la sub-dimensión “Autoestima”, al comparar en la prueba de entrada en los grupos experimental y control no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ($M_{\text{Experimental}} = 26.25 - M_{\text{Control}} = 24.17$, $p > .05$). Pero, sucedió lo contrario en la prueba de salida, donde se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas, alcanzando puntuaciones más bajas en promedio en el grupo experimental ($M_{\text{Experimental}} = 17.17 - M_{\text{Control}} = 24.42$, $p < .01$). De igual manera, al comparar las puntuaciones de entrada con las de salida, en el grupo control no se alcanzaron diferencias significativas en tanto si sucedió en el grupo experimental ($M_{\text{Pretest}} = 26.25 - M_{\text{Postest}} = 17.17$, $p < .01$).

Tabla 13

Contraste de las sub-dimensión preocupación por la muerte antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control.

Variable Dependiente		Experimental		Control		T
		M	DE	M	DE	
Preocupación por la muerte	Pre-test	22.17	2.887	21.83	3.973	$t_{(22)} = .235$ $p = .816$
	Pos-test	16.25	2.800	21.58	2.503	$t_{(22)} = -4.919$ $p = .000$
	Prueba T	$t_{(11)} = 5.111$ $p = 0.000$		$t_{(11)} = 0.165$ $p = 0.872$		

En la tabla 13, en la sub-dimensión “Preocupación por la muerte”, al comparar en la prueba de entrada en los grupos experimenta y control no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ($M_{\text{Experimental}} = 22.17 - M_{\text{Control}} = 21.83$, $p > .05$). Pero, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la prueba de salida, donde el grupo experimental alcanzo la puntuación promedio más baja ($M_{\text{Experimental}} = 16.25 - M_{\text{Control}} = 21.58$, $p < .01$). Así mismo, al comparar las puntuaciones de entrada con las de salida, a diferencia del grupo control, donde no se alcanzaron diferencias significativas, si se identificaron en el grupo experimental ($M_{\text{Pretest}} = 22.17 - M_{\text{Postest}} = 16.25$, $p < .01$).

Tabla 14

Contraste de las sub-dimensión sentimiento de culpa antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control.

Variable Dependiente	Experimental		Control		T	
	M	DE	M	DE		
Sentimiento de culpa	Pre-test	21.67	3.962	23.25	4.731	$t_{(22)} = -.889$ $p = .384$
	Pos-test	16.08	2.392	19.75	2.179	$t_{(22)} = -3.926$ $p = .001$
	Prueba	$t_{(11)} = 3.424$		$t_{(11)} = 2.461$		
	T	$p = 0.006$		$p = 0.032$		

En la tabla 14, en la sub-dimensión “Sentimiento de culpa”, al comparar en la prueba de entrada en los grupos experimental y control no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ($M_{\text{Experimental}} = 21.67 - M_{\text{Control}} = 23.25$, $p > .05$). Pero, sucedió lo contrario en la prueba de salida, donde se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas, alcanzando puntuaciones más bajas en promedio en el grupo experimental ($M_{\text{Experimental}} = 16.08 - M_{\text{Control}} = 19.75$, $p < .01$). No obstante, al comparar las puntuaciones de entrada con las de salida, tanto en el grupo control ($M_{\text{Pretest}} = 21.67 - M_{\text{Postest}} = 16.08$, $p < .01$), como en el grupo experimental ($M_{\text{Pretest}} = 23.25 - M_{\text{Postest}} = 19.75$, $p < .05$), se apreciaron diferencias estadísticamente significativas, siendo menor las puntuaciones promedio en la prueba de salida.

Tabla 15

Contraste de las sub-dimensión depresivos varios antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control.

Variable Dependiente	Experimental		Control		T	
	M	DE	M	DE		
Depresivos varios	Pre-test	26.50	4.034	24.33	2.871	$t_{(22)} = 1.516$ $p = .144$
	Pos-test	18.67	1.371	21.50	2.316	$t_{(22)} = -3.647$ $p = .001$
	Prueba	$t_{(11)} = 5.480$		$t_{(11)} = 2.735$		
	T	$p = 0.000$		$p = 0.019$		

En la tabla 15, en la sub-dimensión “Depresivos varios”, al comparar en la prueba de entrada en los grupos experimental y control no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ($M_{\text{Experimental}} = 26.50 - M_{\text{Control}} = 24.33$, $p > .05$), pero, si se encontraron tales diferencias estadísticamente significativas en la prueba de salida, reportando las puntuaciones promedio más bajas el grupo experimental ($M_{\text{Experimental}} = 18.67 - M_{\text{Control}} = 21.50$, $p < .01$). No obstante, al comparar las puntuaciones de entrada con las de salida, tanto en el grupo control ($M_{\text{Pretest}} = 26.50 - M_{\text{Postest}} = 18.67$, $p < .01$), como en el grupo experimental ($M_{\text{Pretest}} = 24.33 - M_{\text{Postest}} = 21.50$, $p < .05$), se apreciaron diferencias estadísticamente significativas, siendo menor las puntuaciones promedio en la prueba de salida.

Tabla 16

Contraste de la dimensión general de la depresión total positivo antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control.

Variable Dependiente		Experimental		Control		Prueba T
		M	DE	M	DE	
Total Positivo	Pre-test	40.67	7.139	41.33	5.033	$t_{(22)} = -.264$ $p = .794$
	Pos-test	49.75	2.221	48.25	4.938	$t_{(22)} = .960$ $p = .348$
	Prueba T	$t_{(11)} = -3.660$ $p = .004$		$t_{(11)} = -3.063$ $p = .011$		

En la tabla 16 Luego, en la comparación de puntuaciones en los grupos experimental y control antes y después de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual. En la prueba de entrada de dimensión “total positivo” en ambos grupos no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ($M_{\text{Experimental}} = 40.67 - M_{\text{Control}} = 41.33$, $p > .05$), sucediendo de igual manera en la prueba de salida ($M_{\text{Experimental}} = 49.75 - M_{\text{Control}} = 48.25$, $p > .05$). No obstante, respecto a la comparación de entre prueba de entrada y salida por grupo, en el grupo experimental se apreció un aumento estadísticamente significativo en la puntuación de total positivo en la prueba de salida ($M_{\text{Pretest}} = 40.67 - M_{\text{Postest}} = 49.75$, $p < .01$); y, de igual manera, en el grupo control ($M_{\text{Pretest}} = 41.33 - M_{\text{Postest}} = 48.25$, $p < .05$).

Tabla 17

Contraste de las sub-dimensión animo-alegría antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control.

Variable Dependiente	Experimental		Control		T	
	M	DE	M	DE		
Animo-Alegría	Pre-test	20.58	4.719	22.33	2.708	$t_{(22)} = -1.114$ $p = .227$
	Pos-test	26.58	1.240	23.42	3.753	$t_{(22)} = 2.775$ $p = .011$
	Prueba T	$t_{(11)} = -3.890$ $p = 0.003$		$t_{(11)} = -0.645$ $p = 0.532$		

En la tabla 17. Se aprecia la comparación de puntuaciones en los grupos experimental y control antes y después de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual de las sub-dimensiones de total positivo. En la sub-dimensión “Animo-alegría”, al comparar en la prueba de entrada en los grupos experimenta y control no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ($M_{\text{Experimental}} = 20.58 - M_{\text{Control}} = 22.33$, $p > .05$). Pero, sucedió lo contrario en la prueba de salida, donde se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas, alcanzando puntuaciones más altas en promedio en el grupo experimental ($M_{\text{Experimental}} = 26.58 - M_{\text{Control}} = 23.42$, $p < .05$). De igual manera, al comparar las puntuaciones de entrada con las de salida, en el grupo control no se alcanzaron diferencias significativas en tanto si sucedió en el grupo experimental ($M_{\text{Pretest}} = 20.58 - M_{\text{Postest}} = 26.58$, $p < .01$).

Tabla 18

Contraste de las sub-dimensión positivos varios antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control.

Variable Dependiente	Experimental		Control		T	
	M	DE	M	DE		
Positivos Varios	Pre-test	20.08	3.343	19.00	3.384	$t_{(22)} = 0.789$ $p = .439$
	Pos-test	23.17	1.586	24.83	2.791	$t_{(22)} = -1.799$ $p = .086$
Prueba T	$t_{(11)} = -2.759$ $p = 0.019$		$t_{(11)} = -4.422$ $p = 0.001$			

Finalmente, en la tabla 18, en la sub-dimensión “Positivos varios” en la prueba de entrada, al compararse por grupo, no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ($M_{\text{Experimental}} = 20.08 - M_{\text{Control}} = 19.00$, $p > .05$), sucediendo de igual manera en la prueba de salida ($M_{\text{Experimental}} = 23.17 - M_{\text{Control}} = 24.83$, $p > .05$). No obstante, respecto a la comparación de entre prueba de entrada y salida, en el grupo experimental se apreció un aumento estadísticamente significativo en la puntuación de total positivo en la prueba de salida ($M_{\text{Pretest}} = 20.08 - M_{\text{Posttest}} = 23.17$, $p < .05$); y, de igual manera, en el grupo control ($M_{\text{Pretest}} = 19.00 - M_{\text{Posttest}} = 24.83$, $p < .01$)

IV. DISCUSIÓN

La terapia racional emotiva conductual a nivel adolescente debe ser una táctica constructiva para que puedan desarrollarse de manera factible bajo las ideas perturbadoras, aspectos racionales benéficas, permitiendo facilitar una construcción emocional racional de sí mismo. Por ende, la terapia racional emotiva conductual debe ser intervenida y abordada de manera continua. Es así que la terapia racional emotiva conductual es una psicoterapia activa-dirigida, la cual, proyecta que la persona identifique el origen filosófico de los problemas psicológicos, intentando orientar al sujeto a dirigir de desigual forma ideas perturbadoras en búsqueda de alternativas que permita cambios con el fin de mejora de vida (Oblitas 2008).

El objetivo de esta investigación apunta a identificar el efecto de la terapia racional emotiva conductual en la depresión, en particular apreciar o evaluar esto en adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de La Esperanza. Por tanto, la elección de esta terapia se hizo en base a los criterios que reporta la literatura científica, es decir basada en la evidencia empírica que ha conllevado a demostrar su gran efectividad en diversos trastornos y enfermedades clínicas, incluyendo la depresión. (Cabezas & Lega, 2006; Palomino, Santiago & Zárate, 2017).

En relación con ello, en la tabla 3 se aprecia la distribución de los adolescentes del grupo experimental según los niveles en las dimensiones total depresivo y total positivo antes de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual. Por tanto, se logra apreciar que en la dimensión total depresivo predominan el nivel medio con el 58.3% de la muestra; en lo concerniente a la dimensión total positivo de manera muy evidente predomina el nivel bajo con un 91.7%; estos hallazgos ponen en evidencia antes de la aplicación de la terapia racional conductual la presencia en la mayoría de estudiantes de cierta sintomatología depresiva. Es decir, de la presencia en términos de Lang y Tisher (2003) de características y manifestaciones tales como sentimientos de tristeza/desgracia y llantos; autoconcepto negativo; disminución de la productividad mental y de los impulsos; preocupaciones y problemas de agresión. Esto se ve corroborado por Ortiz (2012), quien en su

estudio identificó en los participantes antes de la aplicación del tratamiento un 55% con depresión moderada, 27% con depresión grave y 18% con depresión extrema.

Respecto a la tabla 4, se observa la distribución de los adolescentes del grupo experimental según los niveles en las sub-dimensiones del total depresivo antes de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual. En ese sentido, se aprecia que en las sub-dimensiones respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima y preocupación por la muerte predomina el nivel alto con porcentajes que oscilan entre 50% y 58.3%; esto quiere decir que dichos adolescentes se caracterizan por tener inconvenientes en su estado de humor, dificultades en la interacción social y preocupación por la enfermedad y la muerte.

En la misma tabla se observa que en las sub-dimensiones sentimiento de culpa y depresivos varios predominan el nivel bajo con porcentajes que oscilan entre 58.3% y 83.3%; esto quiere decir que dichos adolescentes se caracterizan por evidenciar una escasa autopunición y pocas manifestaciones de pesar.

Los hallazgos antes mencionados se corroboran con lo encontrado en el estudio de Córdova (2010), quien en su estudio lograba identificar en sus clientes o pacientes toda una sintomatología depresiva que involucraba los aspectos emocionales y cognitivos antes de aplicar el tratamiento de carácter racional emotivo conductual.

En lo referente a la tabla 5, se observa la distribución de los adolescentes del grupo experimental según los niveles en las sub-dimensiones del total positivo antes de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual. En ese sentido, se aprecia que en las sub-dimensión ánimo-alegría predomina el nivel alto con un porcentaje de 66.7 %; esto implica que dichos adolescentes se caracterizan por tener dificultades en experimentar sentimientos de alegría, diversión y felicidad.

En la misma tabla se observa que en las sub-dimensión positivos varios predomina el nivel medio con un porcentaje de 75%; esto implica que dichos adolescentes se caracterizan por evidenciar moderadas manifestaciones depresivas.

Los hallazgos antes mencionados se corroboran con lo hallado por Ortiz (2012), quien en su estudio antes de la aplicación de una terapia de corte cognitivo conductual, detectó en los participantes visión negativa del futuro y desesperanza.

En la tabla 6 se observa la distribución de los niveles de depresión según, las medidas generales de total depresivo y total positivo en integrantes del grupo experimental después de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual. Respecto a la dimensión total depresivo, después de la aplicación del taller “terapia racional emotiva conductual”, el 66.7% se ubica en el nivel medio, el 33.3% de adolescentes se ubica en el nivel bajo, y el 0% en el nivel alto, a su vez respecto a la dimensión total, después de la aplicación del taller el 83.3% alcanzó un nivel medio, el 16.7% un nivel bajo y 0% un nivel alto, Lo cual daría a entender que después de la aplicación del taller indicaría, la mayor cantidad de participantes muestra escasa presencia de estados de ánimo sensibles, presencia de insomnio, estados de fatiga, culpa y/o alucinaciones de muerte, además, la mejora de los estudiantes en los indicadores de estado de ánimo positivo, ganas de ser felices, disfrutar y divertirse, ello indica que la mayoría de adolescentes han mejorado en cuanto a la sintomatología depresiva. Esto es corroborado por Ortiz (2012) quien en su estudio luego de la aplicación de una terapia de corte cognitivo conductual redujo la depresión en adolescentes de 12 a 15 años.

Con respecto a la tabla 7, se observa la distribución de los adolescentes del grupo experimental según los niveles en las sub-dimensiones del total depresivo después de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual. En ese sentido, se aprecia que en las sub-dimensiones respuesta afectiva y problemas sociales predomina el nivel medio con porcentajes que oscilan entre 75% y 83.3%; esto quiere decir que dichos adolescentes se caracterizan por tener un moderado estado de humor y de capacidad para relacionarse con los demás.

En la misma tabla se observa que en las sub-dimensiones autoestima, preocupación por la muerte, sentimiento de culpa y depresivos varios predominan el nivel bajo con porcentajes que oscilan entre 58.3% y 100%; esto quiere decir que dichos adolescentes se caracterizan por evidenciar una adecuada estima personal, escasa preocupación por la enfermedad y la muerte, escasa autopunición y pocas manifestaciones de pesar.

Todo lo hallado se ve corroborado por el estudio de Ortiz (2012), quien logrando aplicar terapia de carácter cognitivo conductual en un trabajo con adolescentes logró reducir la sintomatología depresiva de los pensamientos disfuncionales, cambiando las creencias inadecuadas y ofreciendo alternativas cognitivas y conductuales para un adecuado manejo de emociones.

En lo concerniente a la tabla 8, se aprecian los niveles de distribución de los adolescentes del grupo experimental según los niveles en las sub-dimensiones del total positivo después de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual. En ese sentido, se aprecia que en las sub-dimensión ánimo-alegría predomina el nivel alto con un porcentaje de 100%; esto implica que dichos adolescentes se caracterizan por tener evidentes dificultades en experimentar sentimientos de alegría, diversión y felicidad.

En la misma tabla se observa que en las sub-dimensión positivos varios predominan el nivel medio con un porcentaje de 91.7%; esto implica que dichos adolescentes se caracterizan por evidenciar moderadas manifestaciones depresivas.

Lo hallado se ve corroborado con el estudio de Palomino, Santiago y Zárate (2017) en cuanto a reportar la existencia de ciertos efectos no deseados derivados de ciertas variables intervinientes tales como la influencia de los padres o el contexto familiar.

Realizado el análisis de la distribución de puntuaciones en cada variable dependiente y sus dimensiones, tanto antes como después de aplicado el tratamiento de terapia racional emotiva conductual, a continuación, se responde a la hipótesis general de investigación.

En la tabla 9 se observa la comparación de las puntuaciones de la medida general de depresión en los estudiantes que participaron de la investigación en base a un grupo experimental y uno control, antes y después de la aplicación del taller. En dicha tabla, se observa que antes de la aplicación del taller la prueba t de student dirigida a muestras independientes, se reporta la ausencia de diferencias significativas en ambos grupos ($p > .05$), donde el grupo experimental alcanzó una media de 146.08 y el grupo control una media de 143.42. Sin embargo, después de

utilizadas las estrategias propuestas en la terapia racional emotiva conductual la medida promedio de ambos grupos fue estadísticamente significativa ($p < .01$) siendo menor el promedio de depresión en los que recibieron el tratamiento ($M = 103.92$) y mayor la de los que formaron parte del grupo control ($M = 134.67$). Esta evidencia sugiere el aceptar la hipótesis de investigación y la afirmación de la influencia de la terapia racional emotiva conductual en la depresión, evidenciando que mediante técnicas tales como la imaginación racional emotiva, el autoanálisis racional, la reestructuración racional sistemática, el entrenamiento en habilidades, la estrategias de distracción entre otras, se logró una modificación de síntomas de depresión en el grupo experimental, puesto que ahora son capaces de enfrentar de una manera más positiva los conflictos y generar una adecuada resolución de los mismos. Esta información se corrobora en lo encontrado por Piox (2016), quien encontró que la terapia racional emotiva influye en la modificación de síntomas depresivos. También se corrobora en lo reportado por Mc Entee (2008), la cual, después de aplicado un programa de terapia racional emotiva conductual en pacientes con diagnóstico de depresión, concluyo su efectividad para reducir la sintomatología.

Luego, la tabla 10, referente al contraste de las sub-dimensión respuesta afectiva antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control, la prueba t de student reporta que antes de aplicado el tratamiento en ambos grupos existían diferencias que no alcanzaban un grado de significancia estadística ($p > .05$), las cuales además eran equivalentes, pues el grupo experimental alcanzo $M = 23.83$ y el control alcanzo $M = 25.05$, sin embargo, después de aplicado el tratamiento de terapia racional emotiva, hay diferencias significativas entre el grupo experimental y grupo de control ($p < .01$) siendo menor en el grupo experimental ($M = 17.08$) y mayor en el grupo control ($M = 24.00$). Sumando evidencia para aceptar la hipótesis de investigación y respaldar la afirmación referente a la influencia que tiene la terapia racional en los indicadores depresivos. Por lo cual, después de aplicadas las estrategias terapéuticas tales como técnica de entrenamiento en detección de creencias irracionales, imaginación racional emocional, desensibilización en vivo los participantes designados al grupo experimental terminaron siendo menos propensos a manifestar estados afectivos de humor embotados y negativos. Esto, se corrobora por Céspedes (2017), quien

llego a conclusión de la efectividad de la terapia racional emotiva en síntomas efectivos y cognitivos de la depresión, después aplicar dicho tratamiento en un grupo de jóvenes universitarios los cuales al término del mismo presentaron mejoras en las áreas evaluadas.

De igual manera, la tabla 11, referente al contraste de las sub-dimensión problemas sociales antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control, la prueba t de student evidencia que antes de aplicado el tratamiento en ambos grupos no se apreciaban diferencias significativas ($p > .05$), mismas que se presentaban equivalentes, pues el grupo experimental alcanzo $M = 25.67$ y el control alcanzo $M = 24.17$, sin embargo, después de aplicado el tratamiento de terapia racional emotiva, ambos grupos alcanzaron medidas promedio diferentes y estadísticamente significativas ($p < .01$) favoreciendo al grupo experimental ($M = 18.67$) pues el grupo control alcanzo la medida promedio más alta en problemas sociales ($M = 23.42$). Estos resultados evidencian que después de aplicadas las estrategias terapéuticas (ataque de vergüenza, enseñando la ret a los demás, refuerzos positivos, técnica humorística, técnica del modelado vicario, entrenamiento en habilidades sociales) de la terapia racional emotivas conductuales los participantes que formaron parte del grupo experimental presentaron menos limitaciones en cuanto a la socialización, la interacción y la tendencia a vivir solos y aislados. Lo cual puede corroborarse en la investigación de Monterroso (2016), autor que identifico una mejora en la capacidad de socializar un conjunto de adolescentes, después de haberlos expuesto a un tratamiento cognitivo-conductual.

También en la tabla 12, referente al contraste de las sub-dimensión autoestima antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control, la prueba t de student evidenció que antes de aplicado el tratamiento en ambos grupos existían diferencias que no alcanzaban un grado de significancia estadística ($p > .05$), las puntuaciones promedio de ambos grupos resultaron ser equivalentes, por un lado el grupo experimental alcanzo $M = 26.25$ y el control alcanzo $M = 24.75$, pero, posterior a la aplicación del tratamiento de terapia racional emotiva, ambos grupos alcanzaron medidas promedio diferentes y significativas ($p < .01$) siendo menor en el grupo experimental ($M =$

17.17) y mayor en el grupo control ($M = 24.42$). Ello indica que después de aplicadas las estrategias terapéuticas (biblioterapia, auto-aceptación incondicional, tareas activas, técnica de hipnosis, auto-dialogo forzado) los participantes designados al grupo experimental demostraron mejoras en la valoración de sí mismos y su estima personal y una mejora en el autoconcepto. Esto fue corroborado en la investigación de Ortiz (2012) quien encontró que la terapia racional emotiva influye en los síntomas depresivos cambiando ideas irracionales vinculados a la baja autoestima. Estos hallazgos se respaldan en los postulados teóricos de Beck et al. (1983), sobre la triada cognitiva que explica la depresión, los cuales de acuerdo a este autor generan una visión negativa sobre sí mismo en quien los padece, por lo cual, desde el enfoque cognitivo – conductual se tiene como objetivo terminar con los esquemas mentales que sostienen a la triada.

De igual manera, la tabla 13, referente al contraste de las sub-dimensión preocupación por la muerte antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control, la prueba t de student evidencia que previo a ser aplicado el tratamiento en ambos grupos no se apreciaban diferencias significativas ($p > .05$), mismas que se presentaban equivalentes, pues el grupo experimental alcanzo $M = 25.67$ y el control alcanzo $M = 24.17$, sin embargo después de aplicado el tratamiento de terapia racional emotiva, ambos grupos alcanzaron medidas promedio diferentes y estadísticamente significativas ($p < .01$) favoreciendo al grupo experimental ($M = 18.67$) pues el grupo control alcanzo la medida promedio más alta en problemas sociales ($M = 23.42$). Estos hallazgos indican que después de aplicadas las estrategias terapéuticas (reestructuración racional sistémica, reforzamiento racional) de la terapia racional emotivas los participantes que formaron parte del grupo experimental presentaron menos sueños y fantasías de muerte. Los hallazgos presentados en este párrafo encuentran respaldo en lo descubierto por Rosello, Duarté-Vélez, Bernal y Zuluaga (2011) sobre el impacto de la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual sobre la ideación suicida, el investigador concluyo que los adolescentes que formaron parte de su estudio después de beneficiarse del tratamiento presentaron menos pensamientos referentes a morir.

De igual modo en la tabla 14, referente a la comparación de puntuaciones de la sub-dimensión **sentimiento de culpa** antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control, la prueba t de student evidenció que previa a la aplicación del tratamiento en ambos grupos existían diferencias que no alcanzaban un grado de significancia estadística ($p > .05$) en las puntuaciones promedio de ambos grupos ya que el grupo experimental alcanzo $M = 21.67$ y el control alcanzo $M = 23.25$, tales medidas figuran como equivalentes, sin embargo, después de aplicar el tratamiento de terapia racional emotiva, ambos grupos alcanzaron medidas promedio diferentes y significativas ($p < .01$) favoreciendo al grupo experimental, quien alcanzo una medida promedio ($M = 16.08$) y menor que la del grupo control ($M = 19.75$). Estos datos respaldan la aceptación de la hipótesis de investigación con la que se afirma que después de aplicadas las técnicas terapéuticas (Técnica confrontativa de debate socrático, Entrenamiento en habilidades sociales. imaginación racional emotiva) en el grupo experimental, los participantes demostraron menor tendencia a autocastigarse e inculparse o simplemente tener una opinión culposa de sus acciones. Los hallazgos encuentran respaldo en lo presentado por Colop (2016) respecto a un efecto positivo de la terapia fundamentada en el enfoque cognitivo conductual sobre los sentimientos de culpa, modificando los esquemas mentales que los sostienen y disminuyendo su impacto en la vida de los individuos.

Del mismo modo en la tabla 15, referente al contraste de la sub-dimensión depresivos varios antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control, la prueba t de student reporta que antes de aplicado el tratamiento en ambos grupos existían diferencias que no alcanzaban un grado de significancia estadística ($p > .05$), las cuales además eran equivalentes, pues el grupo experimental alcanzo $M = 26.50$ y el control alcanzo $M = 24.33$, pero, después de aplicado el tratamiento de terapia racional emotiva, ambos grupos alcanzaron medidas promedio diferentes y significativas ($p < .01$) siendo menor en el grupo experimental ($M = 18.67$) y mayor en el grupo control ($M = 21.50$). Por lo cual, después de aplicadas las estrategias terapéuticas (discusión y debate de creencias, técnica humorística, refuerzos) los participantes designados al grupo experimental terminaron, después de participar del tratamiento, siendo menos propensos a manifestar criterios depresivos no

especificados en las dimensiones anteriores como agotamiento mental, pérdida del sueño, desinterés académico, desmotivación, etc. Esto se corrobora con lo hallado por Ortiz (2012) quien da cuenta como se manifestó en párrafos anteriores del éxito de la terapia por la combinación de técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y desensibilización en vivo.

En la tabla 16 se presenta el contraste de la dimensión general de la depresión total positivo antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control. En dicha tabla, por medio de la prueba t de student dirigida a muestras independientes, se reporta la ausencia de diferencias significativas en ambos grupos ($p > .05$) antes de aplicado el tratamiento, donde el grupo experimental alcanzó $M = 40.67$ y el control $M = 41.33$, mientras que después de la aplicación del taller tampoco alcanzaron diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) el promedio de depresión en los que recibieron el tratamiento fue $M = 49.75$ y el de los que formaron parte del grupo control $M = 48.25$. Esta evidencia sugiere la no aceptación de la hipótesis de investigación específica en la que se presume la influencia de la terapia racional emotiva en la dimensión total positivo. Debido a que tanto antes como después del tratamiento, la comparación de ambas puntuaciones señala que ambos grupos comenzaron y terminaron con medidas equivalentes lo cual daría a entender que los participantes de ambos grupos habrían mostrado similares cualidades respecto a ofrecer estados anímicos positivos, capacidad para disfrutar la vida y alegría. Sin embargo, es preciso señalar que aún no existen estudios que puedan corroborar o negar estos hallazgos. Es decir, como sostiene Ortiz (2012) cuando se dan resultados inesperados debe entenderse que en la comunidad psicoterapéutica global, la terapia racional emotiva conductual no se contempla generalmente como el tratamiento específico de ningún trastorno clínico particular.

Sin embargo, en la tabla 17, referente a la comparación de puntuaciones de la sub-dimensión ánimo-alegría de culpa antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control, la prueba t de student evidenció que previa a la aplicación del tratamiento en ambos grupos existían diferencias que no alcanzaban un grado de significancia estadística ($p > .05$) en las puntuaciones promedio de ambos grupos ya que el grupo

experimental alcanzo $M = 20.58$ y el control alcanzo $M = 22.33$, tales medidas figuran como equivalentes, sin embargo, después de aplicar el tratamiento de terapia racional emotiva, ambos grupos alcanzaron medidas promedio diferentes y significativas ($p < .05$) favoreciendo al grupo experimental, quien alcanzo una medida promedio ($M = 26.58$) mayor a la del grupo control ($M = 23.42$). Por lo cual, es posible entender que después de aplicadas las técnicas y herramientas terapéuticas en el grupo experimental, los participantes demostraron mayor tendencia a la alegría, diversión y felicidad, además, de capacidad para experimentarlas.

No obstante, en la tabla 18, referente al contraste de la sub-dimensión positivo varios antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control. En dicha tabla, por medio de la prueba t de student dirigida a muestras independientes, se reporta la ausencia de diferencias significativas en ambos grupos ($p > .05$) antes de aplicado el tratamiento, donde el grupo experimental alcanzó $M = 20.08$ y el control $M = 19.00$, de igual manera, después de utilizadas las estrategias propuestas en la terapia racional emotiva la medida promedio de ambos grupos tampoco se alcanzaron diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) el promedio de depresión en los que recibieron el tratamiento fue $M = 23.17$ y el de los que formaron parte del grupo control $M = 24.83$. Evidencia que tanto antes como después del tratamiento, la comparación de ambas puntuaciones señala que ambos grupos comenzaron y terminaron con medidas equivalentes lo cual daría a entender que, tanto al iniciar como al terminar el tratamiento, los participantes de ambos grupos habrían mostrado similares cualidades respecto a criterios positivos que están ausentes en sujetos depresivos. Este hallazgo, se asume debe supeditarse, tal como se mencionó en el párrafo anterior, que la terapia racional emotiva conductual no se contempla estrictamente como el tratamiento específico de ningún trastorno clínico particular (Ortiz, 2012).

A partir de los resultados se demuestra que la terapia racional emotiva conductual tiene influencia sobre la sintomatología depresiva, de manera específica sobre criterios negativos, y su efecto es menor respecto a factores positivos. Esto demostraría que el enfoque cognitivo conductual que sustenta al plan de

intervención tiene capacidad para reducir los criterios depresivos negativos en adolescentes de secundaria. Al respecto, ya se ha demostrado antes que la teoría racional emotiva conductual supone un impacto sobre la depresión a partir de focalizarse en las creencias irracionales para dar paso a la eliminación de la molestia (Ellis, citado en Navarro, 2006).

V. CONCLUSIONES

Sobre la evidencia empírica obtenida en dos grupos de estudiantes de una Institución Educativa Estatal de la Esperanza, se concluye que:

En la tabla 3 se aprecia la distribución de los niveles de depresión según, las medidas generales de Total depresivo y total positivo en integrantes del grupo experimental, referente a la dimensión de total depresivo había un predominio de nivel alto con el 41.7% y nivel medio con 58.3%, asimismo, en la dimensión total positivo se alcanzó un predominio de nivel bajo con 91.7%.

En la tabla 4 se logra identificar la distribución de los adolescentes del grupo experimental según los niveles en las sub-dimensiones del total depresivo antes de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual, esto implica que en las sub-dimensiones respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima y preocupación por la muerte predomina el nivel alto con porcentajes que oscilan entre 50% y 58.3%; mientras que en las sub-dimensiones sentimiento de culpa y depresivos varios predomina el nivel bajo con porcentajes que oscilan entre 58.3% y 83.3%

Con respecto a la tabla 5 se logra determinar en el grupo experimental en las sub-dimensiones del total positivo antes de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual que en las sub-dimensión ánimo-alegría predomina el nivel alto con un porcentaje de 66.7 %; mientras que en la sub-dimensión positivos varios predomina el nivel medio con un porcentaje de 75%.

En la tabla 6 se observa la distribución de los niveles de depresión según, las medidas generales de total depresivo y total positivo en integrantes del grupo experimental después de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual. Respecto a la dimensión total depresivo, después de la aplicación del taller “terapia racional emotiva conductual”, predomina el nivel medio con el 66.7% de la muestra, el 33.3% de adolescentes se ubica en el nivel bajo, y el 0% en el nivel alto, a su vez respecto a la dimensión total, después de la aplicación del taller el 83.3% alcanzó un nivel medio, el 16.7% un nivel bajo y 0% un nivel alto.

Con respecto a la tabla 7, se logra determinar la distribución de los adolescentes del grupo experimental según los niveles en las sub-dimensiones del total depresivo después de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual. En ese sentido, se aprecia que en las sub-dimensiones respuesta afectiva y problemas sociales predomina el nivel medio con porcentajes que oscilan entre 75% y 83.3%; mientras que en las sub-dimensiones autoestima, preocupación por la muerte, sentimiento de culpa y depresivos varios predomina el nivel bajo con porcentajes que oscilan entre 58.3% y 100%.

En la tabla 8, se logra determinar los niveles de distribución de los adolescentes del grupo experimental según los niveles en las sub-dimensiones del total positivo después de la aplicación de la terapia racional emotiva conductual. Es por ello, que en la sub-dimensión ánimo-alegría se ubican en un 100% en el nivel alto, mientras que en la sub-dimensión positivos varios predomina el nivel medio (91.7%).

En la tabla 9 se logra establecer la comparación de las puntuaciones de la medida general de depresión en los estudiantes que participaron de la investigación en base a un grupo experimental y control, se llega a determinar que antes de la aplicación del taller la prueba t de student reporta la ausencia de diferencias significativas en ambos grupos ($p > .05$), donde el grupo experimental alcanzó una media de 146.08 y el grupo control una media de 143.42.

En la tabla 10 referente al contraste de las sub-dimensión respuesta afectiva antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control, la prueba t de student logra determinar que después de aplicado el tratamiento de terapia racional emotiva, hay diferencias significativas entre el grupo experimental y grupo de control ($p < .01$) siendo menor en el grupo experimental ($M = 17.08$) y mayor en el grupo control ($M = 24.00$).

En la tabla 11, referente al contraste de las sub-dimensión problemas sociales antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control, la prueba t de student evidencia que después de aplicado el tratamiento de terapia racional emotiva, ambos grupos alcanzaron medidas promedio diferentes y estadísticamente significativas ($p < .01$)

favoreciendo al grupo experimental ($M = 18.67$) pues el grupo control alcanzo la medida promedio más alta en problemas sociales ($M = 23.42$).

En la tabla 12, referente al contraste de las sub-dimensión autoestima antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control, la prueba t de student logró determinar que posterior a la aplicación del tratamiento de terapia racional emotiva, ambos grupos alcanzaron medidas promedio diferentes y significativas ($p < .01$) siendo menor en el grupo experimental ($M = 17.17$) y mayor en el grupo control ($M = 24.42$).

En la tabla 13, referente al contraste de las sub-dimensión preocupación por la muerte antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control, la prueba t de student llegó a determinar que después de aplicado el tratamiento de terapia racional emotiva, ambos grupos alcanzaron medidas promedio diferentes y estadísticamente significativas ($p < .01$) favoreciendo al grupo experimental ($M = 18.67$) pues el grupo control alcanzó la medida promedio más alta en problemas sociales ($M = 23.42$).

En la tabla 14, referente a la comparación de puntuaciones de la sub-dimensión sentimiento de culpa antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control, se pone en evidencia que después de aplicar el tratamiento de terapia racional emotiva, la prueba t de student evidencia que ambos grupos alcanzaron medidas promedio diferentes y significativos ($p < .01$) favoreciendo al grupo experimental, que alcanzó un promedio ($M = 16.08$) menor que la del grupo control ($M = 19.75$).

En la tabla 15, referente al contraste de la sub-dimensión depresivos varios antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control, se logra determinar mediante la prueba t de student que después de aplicado el tratamiento de terapia racional emotiva, ambos grupos alcanzaron medidas promedio diferentes y significativas ($p < .01$) siendo menor en el grupo experimental ($M = 18.67$) y mayor en el grupo control ($M = 21.50$).

En la tabla 16 se logra determinar el contraste de la dimensión general de la depresión total positivo antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control donde la prueba

t de student dirigida a muestras independiente indica que después de la aplicación del taller tampoco alcanzaron diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) el promedio de depresión en los que recibieron el tratamiento fue $M = 49.75$ y el de los que formaron parte del grupo control $M = 48.25$.

En la tabla 17, referente a la comparación de puntuaciones de la sub-dimensión ánimo-alegría de culpa antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control la prueba t de student evidencia que después de aplicar el tratamiento de terapia racional emotiva, ambos grupos alcanzaron medidas promedio diferentes y significativas ($p < .05$) favoreciendo al grupo experimental, que alcanzó un promedio ($M = 26.58$) mayor a la del grupo control ($M = 23.42$).

En la tabla 18, referente al contraste de la sub-dimensión depresivos varios antes y después de la aplicación de la “terapia racional emotiva conductual” en los grupos experimental y el grupo control, la prueba t de student después de aplicada la terapia racional emotiva no detecta diferencias significativas ($p > .05$), alcanzando el grupo experimental un promedio de $M = 23.17$ y el grupo control de $M = 24.83$.

VI. RECOMENDACIONES

Analizados los resultados se recomienda:

Al director, implementar en las tutorías, técnicas de entrenamientos intensivos racionales emotivos en adolescentes.

Al área de psicología, ejecutar sesiones de seguimiento mensuales para evaluar en los adolescentes el manejo apropiado de las técnicas aprendidas.

Capacitar a los docentes sobre trastornos emocionales, como la depresión y su sintomatología para ser detectado a tiempo y orientar a adolescentes a acceder al consultorio psicológico de la institución.

implementar talleres previos con los padres de familia para informar trastornos emocionales propios de la adolescencia.

A los padres de familia, docentes y tutores, fomentar comunicaciones constructivas (canales comunicativas) garantizando una mejor convivencia en la institución.

VII. REFERENCIAS

Ayres, A. (2010). *La integración sensorial y el niño*. México: Traducción: Teresa Carmona Lobo, Editorial Trillas.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-text revision*. (4th Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Al Balhan, E. (2006). *The Children's Depression Inventory as a reliable measure for post-Iraqi invasion Kuwait youth*. Social behavior and Personality.

Arias, W. L. (2013). *Agresión y violencia en la adolescencia: la importancia de la familia*. Av Psicol 21(1): 23-34.

Arias, W. L. (2012). *Algunas consideraciones sobre la familia y la crianza desde un enfoque sistémico*. Rev Psicol Arequipa.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Beltrán, G., Mora, C. & Gantiva, C. (2011). *Prevalencia de la depresión infantil en un grupo de estudiantes entre los 9 y 12 años de un colegio del municipio de Cajicá*. Recuperado de <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/1339/1/Giormary%20Beltr%C3%A1n%20Osorio.pdf>

Betancourt R., Guevara, L. y Fuentes E. (2011). *El taller como estrategia didáctica, sus fases y componentes para el desarrollo de un proceso de cualificación en tecnologías de la información y la comunicación*

(TIC) con docentes de lenguas extranjeras. Caracterización y retos.
Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de la Salle.

Cabezas, H. & Lega, L. (2006). *Relación empírica entre la terapia racional emotivo-conductual (trec) de Ellis y la terapia cognitiva (tc) de Beck en una muestra costarricense.* Revista Educación, 30(2), 101-109.

Campo, A. (2015). *Cómo planificar un taller.* Recuperado de https://bideoak2.euskadi.eus/debates/elkarlan2016/Proyecto_18_09.pdf

Céspedes, k. k. (2017). *Aplicación de un programa de Terapia Cognitiva Conductual en adolescentes y jóvenes con depresión provenientes de la Universidad Privada San Juan Bautista. Tesis previa a la obtención de Maestra en Terapia Cognitiva Conductual de los trastornos psicológicos y psiquiátricos.* Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Córdova, M. (2010). *El abordaje psicológico desde Ellis en pacientes que padecen de Insuficiencia Renal Crónica, en edades comprendidas entre los 30 y 65 años del área de Hemodiálisis del Hospital Carlos Andrade Marín.* Tesis de titulación. Universidad Politécnica Salesiana. Quito, Ecuador.

Craig, G. y Baucum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico.* México D.F.: Pearson.

Casullo, M., Bonaldi, P., y Fernández, M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte.* Buenos Aires: Lugar Ed.

Colop, A. (2016). *Terapia racional emotiva-conductual y sentimiento de culpa.* (Trabajo de grado). Universidad Rafael Landívar. Quetzaltenango.

- Consuegra, N. (2004). *Diccionario de psicología*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Del Barrio, M. (2005). *Trastornos depresivos. Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Dallal, E., y Castillo, J. (2000). *Depresión en la adolescencia*. E. En Dulanto (Ed.), *El adolescente* (pp.1300-1331). México: McGraw-Hill.
- Egg, E. (1999). *El taller una alternativa de renovación pedagógica*, Rio de la Plata: Editorial magisterio.
- Figueras, M. A. (2006). *Multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes* (Tesis Doctorado). Universidad de Barcelona, España.
- Feldman, R. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida*. México: Pearson.
- Haquin, C., Larraguibel, M. & Cabezas, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista chilena de pediatría*, 75 (5), 425-433.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5ta ed.).
- Herrera, E., Núñez, A., Tobón., & Arias, D. (2009). Análisis bibliométrico de la depresión infantil. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12), 59-70.
- Hollon, S. D. y Beck, A. T. (1979). "Cognitive therapy of depression", en P. KENDALL y S. HOLLON (Eds.): *Cognitive-behavioral interventions: theory, research and procedures*, Nueva York, Academic Press.

- Lang, M. & Tisher, M. (2003). *CDS Cuestionario de depresión para niños*. Madrid: TEA Ediciones.
- Lang, M. & Tisher, M. (2014). *CDS Cuestionario de depresión para niños (8ª ed)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J. Klein, D. & Gotlib, I. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1584-1591.
- Moral, J. (2013). *Validación de un formato simplificado del Inventario de Depresión de Beck BDI -2*. Red de revistas Científicas en América Latina, el Caribe, España y Portugal, 21(1), 42-52.
- Monterroso, S. (2016). *Terapia cognitivo-conductual y sociabilidad*. (Trabajo de grado). Universidad Rafael Landívar. Quetzaltenango.
- Marcia, J.E. (1980). *Identity in adolescence*. In J.Andelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology*. New York: Wiley.
- Maya, B.A. (2003), *“El taller educativo”*. *Aula Abierta*. Magisterio Cooperativa editorial Magisterio Bogotá Colombia.
- Maya B. (2007). *El taller educativo*, Bogotá: Cooperativa editorial magisterio: 2ª. Ed.
- Mc Entee, A. (2008). *Impacto de la Terapia racional emotiva para una paciente de 17 años de edad diagnosticad/a con trastorno depresivo mayor moderado con síntomas atípicos, que asiste al Instituto de Psicología “Dr. José Pacheco Molina” de la Universidad Rafael*

Landívar. Tesis de Licenciatura. Universidad Rafael Landívar, Campus de Guatemala.

Navarro, R. (2006). *Psicoenergética, Método de psicoterapia corporal para integrar las emociones y el cuerpo*. México D.F. Editorial Pax, Librería Carlos Cesarman, S.A. (pp. 104-105).

Ortiz, A. C. (2012). *Aplicación de la terapia cognitiva de Beck para el tratamiento de depresión en un grupo de adolescentes de 12 a 15 años del Instituto Técnico Superior Gran Colombia de la Ciudad de Quito de octubre del 2011 a enero del 2012*. Tesis previa a la obtención del título de Psicóloga. Universidad Internacional del Ecuador. Quito, Ecuador.

Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. México. CENGAGE Learning. (pp. 93-95 y 202-220).

Organización Mundial de la Salud (2016). *Prevención del suicidio: Un imperativo global*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/

Organización Mundial de la Salud (2017). *Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>

Piox, J (2016). *“Terapia Racional Emotiva y Síntomas Depresivos”*. Tesis de grado, Facultad de Humanidades de la Universidad Rafael Landívar. Ecuador.

Palomino, J., Santiago, N. & Zárate, P. (2017). *Revisión Bibliográfica de la Efectividad de la Terapia Racional Emotiva Conductual (REBT)*. *Apuntes científicos estudiantiles de Psicología*, 1 (1), pp. 1-7.

Papalia, D. E., Olds W. S., Feldman R. D. (2009). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. México: McGraw-Hill.

- Polaino, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.
- Rosello, J., Duarte-Vélez, Y., Bernal, G. y Zuluaga, M. (2011). *Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor*. *Revista Interamericana de Psicología*, 45 (3), 321-330
- Rascovan S. (2000). *Los jóvenes y el futuro*. Buenos Aires: Psicoteca.
- Sáez , E., & Rosselló, J. (2005). Contexto familiar, síntomas depresivos y del trastorno de conducta en un grupo de adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 16, 1-25.
- Sánchez, H. & Reyes, C. (2006). *Metodología y diseños en la investigación científica*. (4ª ed.). Lima
- Saldaña, C. (2001). *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente*. (1ª ed.). Madrid.
- Salvatierra, B. (2004). *Cómo vivir la adolescencia sin padecerla*. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín.
- Vega, V., Piccini, M., Barrionuevo, J., & Tocci, R. (2009). Depresión y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra no clínica de adolescentes mujeres. *Anuario de Investigaciones*, XVI , 103-114.
- Veytia, M., González, N., Andrade, P., & Oudhof, H. (2012). *Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes*. *Salud Mental*, 35(1), 37-43. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58223290006.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

Cuestionario de Depresión para niños

1. Me siento alegre la mayor parte de tiempo.
 2. Muchas veces me siento triste.
 3. A menudo pienso que nadie se preocupa por mí.
 4. A menudo creo que valgo poco.
 5. Me despierto a menudo durante la noche.
 6. Pienso muchas veces que dejo en mal lugar a mi madre/ padre.
 7. Creo que se sufre mucho en la vida.
 8. Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.
-
9. Siempre creo que el día siguiente será mejor.
 10. A veces me gustaría estar ya muerto.
 11. Me siento sola muchas veces.
 12. Frecuentemente estoy
 13. Descontento conmigo mismo.
 14. Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco.
 15. A veces creo que mi madre/padre hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible.
 16. Me pongo triste cuando alguien se enfada conmigo.
-
17. Muchas veces mi madre/ padre me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas.
 18. Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio.
 19. Estando en el colegio, muchas veces me dan ganas de llorar.
 20. A menudo soy incapaz de mostrar lo desgraciado que me siento por dentro.
 21. Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento.
 22. La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.
 23. A veces temo que lo que hago pueda molestar o enfadas a mi madre / padre.
 24. Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando.
-

25. En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.
 26. Me divierto con las cosas que hago.
 27. Frecuentemente me siento desgraciado, triste y desdichado.
 28. Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio.
 29. A menudo me odio a mí mismo.
 30. Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.
 31. Frecuentemente pienso que merezco ser castigado.
 32. A menudo me siento triste por causa de mis tareas escolares.
-

33. Cuando alguien se enfada conmigo; yo me enfado con él.
 34. Casi siempre lo paso bien en el colegio.
 35. A veces no pienso que no vale la pena vivir esta vida.
 36. La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.
 37. A menudo me avergüenzo de mi mismo.
 38. Muchas veces me siento muerto por dentro.
 39. A veces estoy preocupado porque no amo a mi madre/ padre como debiera.
 40. A menudo la salud de mi madre me preocupa / inquieta.
-

41. Creo que mi madre / padre está muy orgullosos de mí.
 42. Soy una persona muy feliz.
 43. Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado.
 44. Nadie sabe lo triste que me siento por dentro.
 45. A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala.
 46. Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.
 47. A veces sueño que tengo un accidente o muero.
 48. Pienso que no es nada malo enfadarse.
-

49. Creo que tengo buena presencia y soy atractivo.
50. Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar.
51. A veces pienso que no soy de utilidad para nadie.
52. Cuando fallo en el colegio siento que no valgo para nada.
53. A menudo me imagino que me hago herida o me muero..
54. A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre/ padre.

- 55. Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero.
 - 56. Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.
-

- 57. Me salen bien casi todas las cosas que quiero hacer.
- 58. Creo que mi vida es triste.
- 59. Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío.
- 60. La mayor parte del tiempo creo

Anexo 2

Prueba de normalidad

Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov de los puntajes directos de las dimensiones y sub-dimensiones del cuestionario de depresión para niños (CDS) en la situación antes (pre-test) de los grupos experimental y control

	Grupo experimental		Grupo control	
	Z-S	p	Z-S	p
Total depresivo	.744	.637	.794	.554
Respuesta afectiva	.699	.712	.594	.873
Problemas sociales	.844	.474	.923	.361
Autoestima	.389	.998	.699	.712
Preocupación por la Muerte/salud	.498	.965	.718	.681
Sentimiento de culpabilidad	.698	.714	.747	.633
Depresivos varios	.652	.788	.706	.701
Total positivo	.79	.56	.564	.908
Ánimo-alegría	.699	.713	1.066	.206
Positivos varios	.832	.494	.504	.961

En este anexo se aprecia que las puntuaciones obtenidas en las dimensiones y sub-dimensiones del cuestionario de depresión para niños (CDS) en la situación antes (pre-test) de los grupos experimental y control no son significativas, por lo tanto, se distribuyen de manera normal y para todo análisis de tipo inferencial se debe utilizar la estadística paramétrica.

Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov de los puntajes directos de las dimensiones y sub-dimensiones del cuestionario de depresión para niños (CDS) en la situación después (post-test) de los grupos experimental y control

	Grupo experimental		Grupo control	
	Z-S	p	Z-S	p
Total depresivo	1.114	.167	.969	.305
Respuesta afectiva	1.299	.068	.64	.807
Problemas sociales	.797	.549	.469	.98
Autoestima	1.336	.056	.971	.303
Preocupación por la Muerte/salud	1.031	.238	.806	.534
Sentimiento de culpabilidad	1.107	.173	.736	.652
Depresivos varios	.621	.835	1.162	.134
Total positivo	.458	.985	.48	.975
Ánimo-alegría	.916	.372	.815	.519
Positivos varios	.932	.35	.593	.873

En este anexo se aprecia que las puntuaciones obtenidas en las dimensiones y sub-dimensiones del cuestionario de depresión para niños (CDS) en la situación después (post-test) de los grupos experimental y control no son significativas, por lo tanto, se distribuyen de manera normal y para todo análisis de tipo inferencial se debe utilizar la estadística paramétrica.

Anexo 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: Terapia racional emotiva conductual en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza.

AUTOR: Br. Soplopuco Marce, Breyt Katherine.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN
¿En qué medida influye la Terapia racional emotiva conductual en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza?	<p>General:</p> <p>Determinar la influencia del taller de la Terapia racional emotiva conductual en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar el nivel de total depresivo y total positivo en adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza, antes y después de la aplicación del taller de Terapia racional emotiva conductual. - Identificar el nivel de las dimensiones de total depresivo y total positivo en adolescentes de una institución educativa estatal 	<p>General:</p> <p>Hi:</p> <p>El taller de Terapia racional emotiva conductual influye en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza.</p> <p>Ho:</p> <p>El taller de Terapia racional emotiva conductual no influye en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza.</p> <p>Específicos:</p> <p>H1:</p>	<p>Variable Independiente</p> <p>Taller de Terapia racional emotiva conductual.</p> <p>Variable Dependiente</p> <p>Depresión</p>	<p>Variable 1:</p> <p>Herramientas de intervención bajo el enfoque racional emotivo conductual que busca influir en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza.</p> <p>Variable 2:</p> <p>La medición de la variable será a través de una lista de cotejo compuesta por de reactivos distribuidos en dos dimensiones teniendo como oraciones de respuesta</p>	<p>Por su finalidad:</p> <p>Aplicada</p> <p>Por el enfoque:</p> <p>Cuantitativa</p> <p>Por el Tipo:</p> <p>Experimental</p> <p>Por su carácter:</p> <p>Explicativa</p> <p>Por el alcance:</p> <p>Transversal</p>

	<p>de La Esperanza, antes y después de la aplicación del taller de Terapia racional emotiva conductual.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar si la aplicación de la Terapia racional emotiva conductual influyó en la dimensión total depresivo y sus subescalas Respuesta afectiva, Problemas sociales, Autoestima, Preocupación por la muerte y salud, Sentimiento de culpabilidad, Depresivos varios en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza. - Determinar si la aplicación de la Terapia racional emotiva conductual influyó en la dimensión total positivo y sus subescalas Ánimo-alegría y Positivos varios en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza. 	<p>El taller de Terapia racional emotiva conductual influyó en la dimensión total depresivo en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza.</p> <p>H2:</p> <p>El taller de Terapia racional emotiva conductual influyó en la dimensión total positivo en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza.</p>			
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Anexo 4:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento manifiesto que se me ha brindado información para la participación en la investigación científica que se aplicará a

Se me ha explicado que:

El objetivo del estudios es

El procedimiento consiste en

El tiempo de duración de la participación de mi menor hijo(a) es de

Puedo recibir respuesta a cualquier pregunta o aclaración.

Soy libre de rehusarme en que mi menor hijo(a) participe en cualquier momento y dejar de participar en la investigación, sin que ello lo(a) perjudique.

No se identificará la identidad de mi menor hijo(a) y se reservará la información que proporcione. Sólo será revelada la información que proporcione cuando haya riesgo o peligro para su persona o para los demás o en caso de mandato judicial.

Puedo contactarme con la autor (a) de la investigación Lic. Breyt Katherine, Soplopuco Marce, mediante correo electrónico o llamada telefónica para presentar mis preguntas y recibir respuestas.

Finalmente, bajo estas condiciones **ACEPTO** que mi menor hijo(a) participe de la investigación.

Trujillo,..... de.....de 2018.

Nombre:

DNI N°:

En caso de alguna duda o inquietud sobre la participación en el estudio puede llamar al teléfono 978721186 o escribir al correo electrónico bsoplopuco@outlook.com

Anexo 5:

Escaneo de carta presentación

“AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION”

Martes 28 de septiembre del 2018

SOLICITO: Permiso para aplicar instrumento y desarrollar taller para investigación de tesis.

Lic. Gloria Castañeda Rodríguez
Directora de la I.E. N° 80036 “San Martín De Porres”

Estimad Directora.


Reciba mi cordial saludo.

Sirva el presente para solicitar permiso en nuestra condición de estudiantes de Maestría en Intervención Psicológica en la Universidad César Vallejo de la ciudad de Trujillo, para aplicar instrumento y desarrollar un taller de 12 sesiones a estudiantes del cuarto grado de nivel secundario, para investigación de la tesis, denominada **“Terapia racional emotiva conductual en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de la Esperanza”**, con el propósito de recolectar datos y abordar la problemática.

Por lo expuesto:

Ruego a usted acceder a lo solicitado

Atentamente,



Lic. Breyt Katherine Soplopucó Marce
PSICOLOGA
C.Ps.p.30487
DNI: 73709437


Recibido
28-09-18

Mg. Gloria R. Castañeda Rodríguez
DIRECTORA (e)

Anexo 6

Taller completo

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Taller “Terapia Racional Emotivo Conductual”.

I. Datos Generales:

- 1.1. **Denominación:** “Racionalizando emociones y conductas”.
- 1.2. **Beneficiarios:**
Adolescentes de la I. E. N°80036 “San Martín de Porres”.
- 1.3. **N° participantes:** 12 Adolescentes
- 1.4. **Fecha:** 17 Septiembre del 2018
- 1.5. **Hora:** 4:00pm a 5:30pm
- 1.6. **Responsable:**
Br. Soplopuco Marce, Breyt Katherine.

II. Justificación:

El programa está dirigido a adolescentes del cuarto Grado del Nivel Secundario de la Institución Educativa Estatal del Distrito de la Esperanza, Provincia Trujillo a través del modelo cognitivo conductual, centrándose en las técnicas por la Terapia Racional Emotiva Conductual propuesta por Albert Ellis. Por medio de las técnicas RET Permitirán a los participantes a razonar sus pensamientos con profundidad con el objetivo de identificar, confrontar y sustituir sus creencias irracionales por creencias más lógicas. Asimismo, emociones y conductas, minimizando la depresión en los adolescentes.

Los objetivos planteados a continuación se ejecutarán mediante uso de técnicas racionales, emotivas y conductuales logrando una calidad de vida preponderante.

III. Objetivos:

1. Objetivo General:

- Determinar la influencia del taller de la Terapia racional emotiva conductual en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza.

2. Objetivo Especifico

- Determinar si la aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual influye en la dimensión total depresivo y sus subescalas Respuesta afectiva, Problemas sociales, Autoestima, Preocupación por la muerte y salud, Sentimiento de culpabilidad, Depresivos varios.
- Determinar si la aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual influye en la dimensión total positivo y sus subescalas Ánimo-alegría, Positivos varios.

IV. Población beneficiaria: 12 Participantes

V. Número y duración de la sesión:

Número (10 Sesiones) – Duración (1Hora y 1/2).

VI. Actividades:

Sesión 01:

- **Denominación:**
¿Tus pensamientos afectan el estado de ánimo?
- **Fundamentación:**
Frecuentemente los pensamientos negativos que nos generan temores, pueden ser difícil de detectar, aparecen de forma automática y rápida, aprender a detectarlos es una habilidad que puede ser muy útil, para tener un mayor control sobre los mismos y a sentirse mejor.
- **Objetivo:**
Aprender cómo los pensamientos afectan los sentimientos.
- **Procedimiento:**

ACTIVIDADES	MATERIALES / RECURSOS	TIEMPO
<p>Fase Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentación de la Facilitadora, generando que los adolescentes compartan información personal relevante, a través de la dinámica de Presentación: “Pelota Preguntona”. <p>Fase de Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se utiliza el diagrama denominado “La Depresión” para explicar la Terapia Racional Emotiva Conductual. - Mediante lluvia de Ideas se pregunta: ¿Qué es la depresión? usando sus respuestas se presenta los síntomas clínicos de depresión integrando aquellos síntomas que las adolescentes han experimentado (papelógrafo). - Se introduce el tema de cómo los pensamientos afectan el estado de ánimo. - Luego se realiza la pregunta ¿Qué son los pensamientos? Se facilita una breve discusión al respecto. Así también ¿Cómo suelen pensar las 	<p>Pelota de Trapo</p> <p>Pizarra acrílica Plumones de colores. Papelógrafo</p> <p>Hoja de Actividad N 01:</p>	<p>20 min.</p>

<p>personas con depresión y quienes no están deprimidas?</p> <ul style="list-style-type: none"> - En base a esta distinción se logra que las estudiantes reconozcan sus pensamientos erróneos. Mediante las estrategias permitirá a los estudiantes cambiar las emociones negativas inapropiadas por otras más adaptativas. 	<p>Método ABC-ABCDE). Colchonetas</p>	<p>60 min.</p>
<p>Fase de Cierre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se solicita que los adolescentes expongan dudas, preguntas o comentarios de lo aprendido en la sesión. - Se expone la necesidad de repasar las técnicas, además de completar el Proyecto Individual durante los días previos a la segunda sesión, denominado: <i>“Termómetro del ánimo”</i>. - Se da las palabras de cierre, resaltando la importancia de continuar con su participación y compromiso de trabajo. 	<p>Hoja de Actividad N° 02: Proyecto Individual.</p>	<p>10 min.</p>

▪ **Evaluación:**

Técnica	Instrumento
<ul style="list-style-type: none"> - Técnica del Entrenamiento en detección de creencias irracionales (método ABC o ABCDE). - Imaginación racional emocional. 	<p>Respuesta afectiva (RA)</p>

Sesión 02:

- **Denominación:**

¿Tus pensamientos afectan el estado de ánimo?

- **Fundamentación:**

Frecuentemente los pensamientos negativos que nos generan temores, pueden ser difícil de detectar, aparecen de forma automática y rápida, aprender a detectarlos es una habilidad que puede ser muy útil, para tener un mayor control sobre los mismos y a sentirse mejor.

- **Objetivo:**

Aprender cómo los pensamientos afectan los sentimientos.

- **Procedimiento:**

ACTIVIDADES	MATERIALES / RECURSOS	TIEMPO
<p>Fase Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabras de Bienvenida y agradecimiento. - Dinámica de Animación: “Cuento vivo” - Repase o haga un breve resumen de los conceptos discutidos en la Sesión anterior (promueva la participación de las estudiantes). - Se crea un espacio de diálogo sobre el Proyecto Individual: “Termómetro del Ánimo”. Cada adolescente socializa los resultados obtenidos durante la semana. <p>Fase de Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza la retroalimentación del tema: cómo los pensamientos afectan el estado de ánimo. Se evalúa la habilidad de las estudiantes para la detección de creencias irracionales a través del método ABC o ABCDE, para luego reforzar la erradicación de estas creencias a través de la técnica 	<p>Hoja de Actividad: Proyecto Individual.</p>	<p>20 min.</p>

<p>Desensibilización en vivo, es decir, la exposición real a las situaciones temidas de forma gradual.</p>		50 min.
<p>Fase de Cierre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poniendo en práctica: Se ilustra la interrelación de los pensamientos, sentimientos y acciones a través de casuísticas. Se solicita que las adolescentes expongan los aprendizajes desarrollados en la sesión. - Se continúa llenando el Termómetro del ánimo. - Practica algunas de las técnicas discutidas para aumentar los pensamientos positivos y disminuir los negativos. - Se da las palabras de cierre, resaltando la importancia continuar con su participación y compromiso de trabajo. 	<p>Hoja de Actividad Método ABC-ABCDE).</p> <p>Hoja de Trabajo: Casuísticas.</p>	20 min.

▪ **Evaluación:**

Técnica	Instrumento
<ul style="list-style-type: none"> - Detección de creencias irracionales a través del método ABC o ABCDE). - Desensibilización en vivo 	<p>Respuesta afectiva (RA)</p>

Sesión 03:

- **Denominación:**

¿El relacionarte con otros afecta el estado de ánimo?

- **Fundamentación:**

Las relaciones insatisfactorias en la vida adolescente generan diversas emociones negativas por medio de aprobación u afecto que impide realizar una vida de forma más adaptativa y satisfactoria. Aprender a modificar las relaciones sanas es importante para una mejor convivencia con otras personas como parte esencial emotiva.

- **Objetivo:**

Aprender cómo las relaciones afectan los sentimientos.

- **Procedimiento:**

ACTIVIDADES	MATERIALES / RECURSOS	TIEMPO
<p>Fase Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabras de Bienvenida. - Dinámica de Animación: “Amigos” - Repase o haga un breve resumen de los conceptos discutidos en la Sesión anterior (promueva la participación). - Se crea un espacio de diálogo sobre el Proyecto Individual: “Termómetro del Ánimo”. Cada adolescente socializa los resultados obtenidos durante la semana. 	<p>Hoja de Actividad: Proyecto Individual.</p>	<p>15 min.</p>
<p>Fase de Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se introduce al tema: - ¿Es la depresión la que causa que las personas sean menos sociables?, O, por el contrario, ¿El ser menos sociable causa que las personas se depriman? - Se reflexiona sobre ¿Cuál es tu red de apoyo social?. - Tomando en cuenta las respuestas se aplica las estrategias con la finalidad de trabajar las exigencias absolutas (“no 	<p>Pizarra acrílica Plumones de colores. Papelógrafo Hoja de Actividad:</p>	<p>50 min.</p>

<p>debes equivocarte o hacer cosas que parezcan ridículas o estúpidas para los demás”).</p> <p>Fase de Cierre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poniendo en práctica: Se ilustra la interrelación de los pensamientos, sentimientos y acciones a través de casuísticas. Se solicita que las adolescentes expongan los aprendizajes desarrollados en la sesión. - Se continúa llenando el Termómetro del ánimo. - Se da las palabras de cierre, resaltando la importancia continuar con su participación y compromiso de trabajo. 	<p>Redes de apoyo.</p> <p>Hoja de Trabajo: Casuísticas.</p>	<p>de</p> <p>25 min.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	--------------------------

▪ **Evaluación:**

Técnica	Instrumento
<ul style="list-style-type: none"> - Ataque de vergüenza - Técnica humorística. - Técnica del modelado vicario. 	<p>Problemas sociales (PS)</p>

Sesión 04:

- **Denominación:**

¿El relacionarte con otros afecta el estado de ánimo?

- **Fundamentación:**

Las relaciones insatisfactorias en la vida adolescente genera diversas emociones negativas por medio de aprobación u afecto que impide realizar una vida de forma más adaptativa y satisfactoria. Aprender a modificar las relaciones sanas es importante para una mejor convivencia con otras personas como parte esencial emotiva.

- **Objetivo:**

Aprender a desarrollar habilidades sociales.

- **Procedimiento:**

ACTIVIDADES	MATERIALES / RECURSOS	TIEMPO
<p>Fase Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabras de Bienvenida. - Dinámica de Animación: “El zorro y el ratón”. - Repase o haga un breve resumen de los conceptos discutidos en la Sesión anterior (promueva la participación). - Se crea un espacio de diálogo sobre el Proyecto Individual: “Termómetro del Ánimo”. Cada adolescente socializa los resultados obtenidos durante la semana. 	<p>Hoja de Actividad: Proyecto Individual.</p>	15 min.
<p>Fase de Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza la retroalimentación del tema: ¿El relacionarte con otros afecta el estado de ánimo? - Posteriormente se instruye mediante estrategias terapéuticas. 	<p>Hoja de Actividad: “Enseñando la RET” Video “Manos milagrosas”.</p>	50 min.

<p>Fase de Cierre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poniendo en práctica: Se ilustra la interrelación de los pensamientos, sentimientos y acciones a través de casuísticas. Se solicita que las adolescentes expongan los aprendizajes desarrollados en la sesión. - Se continúa llenando el Termómetro del ánimo. Se da las palabras de cierre, resaltando la importancia continuar con su participación y compromiso de trabajo. 	<p>Hoja de Trabajo: Casuísticas.</p>	<p>25 min</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------	---------------

▪ **Evaluación:**

Técnica	Instrumento
<ul style="list-style-type: none"> - Enseñando la RET a los demás. - Refuerzos y castigos. - Entrenamiento en habilidades sociales. 	<p>Problemas sociales (PS)</p>

Sesión 05:

- **Denominación:**

¿El relacionarte con otros afecta el estado de ánimo?

- **Fundamentación:**

Las relaciones insatisfactorias en la vida adolescente genera diversas emociones negativas por medio de aprobación u afecto que impide realizar una vida de forma más adaptativa y satisfactoria. Aprender a modificar las relaciones sanas es importante para una mejor convivencia con otras personas como parte esencial emotiva.

- **Objetivo:**

Aprender a desarrollar habilidades sociales.

- **Procedimiento:**

ACTIVIDADES	MATERIALES / RECURSOS	TIEMPO
<p>Fase Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabras de Bienvenida. - Dinámica de Animación: “Identificación de un animal” y “Los caramelos”. - Repase o haga un breve resumen de los conceptos discutidos en la Sesión anterior (promueva la participación). - Se crea un espacio de diálogo sobre el Proyecto Individual: “Termómetro del Ánimo”. Cada adolescente socializa los resultados obtenidos durante la semana. 	<p>Hoja de Actividad: Proyecto Individual.</p>	<p>15 min.</p>
<p>Fase de Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se introduce al tema: ¿El relacionarte con otros afecta el estado de ánimo? - Posteriormente, se instruye mediante estrategias terapéuticas. 	<p>Pizarra acrílica Plumones de colores. Papelógrafo</p>	<p>50 min.</p>

<p>Fase de Cierre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poniendo en práctica: Se ilustra la interrelación de los pensamientos, sentimientos y acciones a través de casuísticas. Se solicita que las adolescentes expongan los aprendizajes desarrollados en la sesión. - Se continúa llenando el Termómetro del ánimo. Se da las palabras de cierre, resaltando la importancia continuar con su participación y compromiso de trabajo. 	<p>Hoja de Trabajo: Casuísticas.</p>	<p>25 min</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------	---------------

▪ **Evaluación:**

Técnica	Instrumento
<ul style="list-style-type: none"> - Biblioterapia - Autoaceptación incondicional. - Tareas activas 	<p>Autoestima (AS)</p>

Sesión 06:

- **Denominación:**

¿Las actividades afectan el estado de ánimo?

- **Fundamentación:**

La realidad que se vive en diversas actividades y la forma en que se piensa puede generar mal auto valoramiento de sí mismo, por ello, es importante aprender a plantear una visión objetiva en cuanto a las actividades rutinarias para luego enfrentar de forma saludable los problemas diarios que se presenten en el entorno académico, familiar, social, u otros.

- **Objetivo:**

Aprender a desarrollar actividades para un mejor estado de ánimo.

Procedimiento:

ACTIVIDADES	MATERIALES / RECURSOS	TIEMPO
<p>Fase Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabras de Bienvenida. - Dinámica de Animación: “Imagínate a ti mismo”. - Repase o haga un breve resumen de los conceptos discutidos en la Sesión anterior (promueva la participación). - Se crea un espacio de diálogo sobre el Proyecto Individual: “Termómetro del Ánimo”. Cada adolescente socializa los resultados obtenidos durante la semana. 	<p>Hoja de Actividad: Proyecto Individual.</p>	<p>15 min.</p>
<p>Fase de Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se introduce al tema: <i>¿Tus pensamientos y acciones influyen sobre tus sentimientos? ¿Dejas de hacer cosas porque te sientes deprimida o te deprimas porque dejas de hacer cosas?</i> - Posteriormente, se educa estrategias terapéuticas. 	<p>Pizarra acrílica Plumones de colores. Papelógrafo</p>	<p>50 min.</p>

<p>Fase de Cierre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poniendo en práctica: Se ilustra la interrelación de los pensamientos, sentimientos y acciones a través de casuísticas. - Se solicita que las adolescentes expongan los aprendizajes desarrollados en la sesión. - Se da las palabras de cierre, resaltando la importancia continuar con su participación y compromiso de trabajo. 	<p>Hoja de Actividad:</p> <p>Hoja de Trabajo: Casuísticas.</p>	<p>25 min</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	---------------

▪ **Evaluación:**

Técnica	Instrumento
<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de hipnosis. - Autodialogo forzado. 	<p>Autoestima (AE)</p>

Sesión 07:

- **Denominación:**

¿Las actividades afectan el estado de ánimo?

- **Fundamentación:**

La realidad que se vive en diversas actividades y la forma en que se piensa puede generar mal auto valoramiento de sí mismo, por ello, es importante aprender a plantear una visión objetiva en cuanto a las actividades rutinarias para luego enfrentar de forma saludable los problemas diarios que se presenten en el entorno académico, familiar, social, u otros.

- **Objetivo:**

Aprender a desarrollar actividades para un mejor estado de ánimo.

- **Procedimiento:**

ACTIVIDADES	MATERIALES / RECURSOS	TIEMPO
<p>Fase Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabras de Bienvenida. - Dinámica de Animación: “El círculo”. - Repase o haga un breve resumen de los conceptos discutidos en la Sesión anterior (promueva la participación). - Se crea un espacio de diálogo sobre el Proyecto Individual: “Termómetro del Ánimo”. Cada adolescente socializa los resultados obtenidos durante la semana. 	<p>Hoja de Actividad: Proyecto Individual.</p>	<p>15 min.</p>
<p>Fase de Desarrollo:</p> <p>Se realiza la retroalimentación del tema: ¿Las actividades afectan el estado de ánimo?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posteriormente, se instruye mediante técnicas terapéuticas. 	<p>Pizarra acrílica Plumones de colores. Papelógrafo</p>	<p>50 min.</p>

<p>Fase de Cierre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poniendo en práctica: Se ilustra la interrelación de los pensamientos, sentimientos y acciones a través de casuísticas. - Se solicita que las adolescentes expongan los aprendizajes desarrollados en la sesión. - Se da las palabras de cierre, resaltando la importancia continuar con su participación y compromiso de trabajo. 	<p>Hoja de Trabajo: Casuísticas.</p>	<p>25 min</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	---------------

▪ **Evaluación:**

Técnica	Instrumento
<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración racional sistémica. - Reforzamiento racional 	<p>Preocupación por la muerte (PM)</p>

Sesión 08:

- **Denominación:**

¿Los pensamientos afectan el estado de ánimo?

- **Fundamentación:**

Frecuentemente los pensamientos negativos que nos generan temores, pueden ser difícil de detectar, aparecen de forma automática y rápida, aprender a detectarlos es una habilidad que puede ser muy útil, para tener un mayor control sobre los mismos y a sentirse mejor.

- **Objetivo:**

Aprender cómo los pensamientos afectan los sentimientos.

Procedimiento

ACTIVIDADES	MATERIALES / RECURSOS	TIEMPO
<p>Fase Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabras de Bienvenida. - Dinámica de Animación: “Acentuar lo positivo”. - Repase o haga un breve resumen de los conceptos discutidos en la Sesión anterior (promueva la participación). - Se crea un espacio de diálogo sobre el Proyecto Individual: “Termómetro del Ánimo”. Cada adolescente socializa los resultados obtenidos durante la semana. 	<p>Hoja de Actividad: Proyecto Individual.</p>	<p>15 min.</p>
<p>Fase de Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se introduce al tema: “pensamientos para modificar el estado de ánimo ante la culpa”. - Posteriormente, se instruye a reestructurar lo negativo a positivo a través estrategias terapéuticas. 	<p>Hoja de Actividad:</p>	<p>50 min.</p>
<p>Fase de Cierre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poniendo en práctica: Se ilustra la interrelación de los pensamientos, 		

<p>sentimientos y acciones a través de casuísticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se solicita que las adolescentes expongan los aprendizajes desarrollados en la sesión. - Se da las palabras de cierre, resaltando la importancia continuar con su participación y compromiso de trabajo. 	<p>Hoja de Trabajo: Casuísticas.</p>	<p>25 min</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------	---------------

▪ **Evaluación:**

Técnica	Instrumento
<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de confrontativa de debate socrático. - Entrenamiento en habilidades sociales. - Imaginación racional emotiva. 	<p>Sentimiento de culpa (SC)</p>

Sesión 09:

- **Denominación:**

¿Mis pensamientos están racionalizados?

- **Fundamentación:**

Frecuentemente los pensamientos que nos generan temores, pueden ser difícil de detectar, aparecen de forma automática y rápida, aprender a detectarlos es una habilidad que puede ser muy útil, para tener un mayor control sobre los mismos y a sentirse mejor.

- **Objetivo:**

Determinar lo racional, pensamientos, sentimientos, y conductas.

Procedimiento

ACTIVIDADES	MATERIALES / RECURSOS	TIEMPO
<p>Fase Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabras de Bienvenida. - Dinámica de Animación: “Piensa en alto”. - Repase o haga un breve resumen de los conceptos discutidos en la Sesión anterior (promueva la participación). - Se crea un espacio de diálogo sobre el Proyecto Individual: “Termómetro del Ánimo”. Cada adolescente socializa los resultados obtenidos durante la semana. 	<p>Hoja de Actividad: Proyecto Individual.</p>	<p>15 min.</p>
<p>Fase de Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se introduce al tema: “Modificando mis pensamientos”. - Posteriormente, se instruye a reestructurar lo negativo a positivo a través estrategias terapéuticas. 	<p>Hoja de Actividad:</p>	<p>50 min.</p>
<p>Fase de Cierre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poniendo en práctica: Se ilustra la interrelación de los pensamientos, 		

<p>sentimientos y acciones a través de casuísticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se solicita que las adolescentes expongan los aprendizajes desarrollados en la sesión. - Se da las palabras de cierre, resaltando la importancia continuar con su participación y compromiso de trabajo. 	<p>Hoja de Trabajo: Casuísticas.</p>	<p>25 min</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------	---------------

▪ **Evaluación:**

Técnica	Instrumento
<ul style="list-style-type: none"> - Discusión y debate de creencias. - Técnica humorística. - Refuerzos. 	<p>Depresivo varios (DV)</p>

Sesión 10:

- **Denominación:**

¿Mis pensamientos están racionalizados?

- **Fundamentación:**

Frecuentemente los pensamientos negativos que nos generan temores, pueden ser difícil de detectar, aparecen de forma automática y rápida, aprender a detectarlos es una habilidad que puede ser muy útil, para tener un mayor control sobre los mismos y a sentirse mejor.

- **Objetivo:**

Determinar lo racional, pensamientos, sentimientos, y conductas.

Procedimiento

ACTIVIDADES	MATERIALES / RECURSOS	TIEMPO
<p>Fase Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabras de Bienvenida. - Dinámica de Animación: “Piensa en alto”. - Repase o haga un breve resumen de los conceptos discutidos en la Sesión anterior (promueva la participación). - Se crea un espacio de diálogo sobre el Proyecto Individual: “Termómetro del Ánimo”. Cada adolescente socializa los resultados obtenidos durante la semana. 	<p>Hoja de Actividad: Proyecto Individual.</p>	<p>15 min.</p>
<p>Fase de Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posteriormente, se refuerza a través estrategias terapéuticas. 	<p>Hoja de Actividad:</p>	<p>50 min.</p>
<p>Fase de Cierre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poniendo en práctica: Se ilustra la interrelación de los pensamientos, sentimientos y acciones a través de casuísticas. 		

<ul style="list-style-type: none"> - Se solicita que las adolescentes expongan los aprendizajes desarrollados en la sesión. - Se da las palabras de cierre, resaltando la importancia continuar con su participación y compromiso de trabajo. 	Hoja de Trabajo: Casuísticas.	25 min
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------	--------

▪ **Evaluación:**

Técnica	Instrumento
<ul style="list-style-type: none"> - Discusión y debate de creencias. - Técnica humorística. - Refuerzos. 	Depresivo varios (DV)