



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

**Propuesta de un programa cognitivo conductual para tratar la
depresión en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Intervención Psicológica**

AUTORA:

Cuba Dueñas, Anyela Rosario (orcid.org/0000-0003-0337-4975)

ASESOR:

Dr. Rodríguez Vega, Juan Luis (orcid.org/0000-0002-2639-7339)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Modelos de Intervención Psicológica

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2022

Dedicatoria

A mi hija quien es el motor de mi vida e
inspiración de cada paso que me propongo.

Agradecimiento

A Dios por sobre todas las cosas a mi asesor y a las personas que me guiaron en este camino de la investigación.

Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	11
3.1. Tipo y diseño de investigación	11
3.2. Variables y operacionalización	11
3.3. Población, muestra y muestreo	12
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	13
3.5. Procedimientos	14
3.6. Método de análisis de datos	14
3.7. Aspectos éticos	14
IV. RESULTADOS	16
V. DISCUSIÓN	20
VI. CONCLUSIONES	23
VII. RECOMENDACIONES	24
REFERENCIAS	25
ANEXOS	31

Índice de tablas

		Pág.
Tabla 1	Nivel de depresión en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022	16
Tabla 2	Nivel de disforia en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022	17
Tabla 3	Nivel de autoestima negativa en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022	18

Resumen

El objetivo del estudio fue diseñar una propuesta de un programa cognitivo conductual para tratar la depresión en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022; fue de tipo aplicado, descriptivo propositivo y no experimental transversal, la población fue de 50 niños y adolescentes; para la recopilación de los datos se usó la encuesta y como instrumento el Cuestionario de Depresión para Niños (CDI) de María Kovacs. Como resultados se demostró que, en el nivel de depresión el 52,0% presenta nivel leve de depresión, el 44,0% depresión severa y el 4,0% depresión normal, además en la dimensión disforia predomina el nivel severo y en la dimensión de autoestima negativa se muestra un predominio del nivel leve. Se concluye que, en base a los resultados se elaboró una propuesta de programa cognitivo conductual, para disminuir la depresión en niños y adolescentes.

Palabras clave: depresión, niños, adolescentes, programa cognitivo conductual

Abstract

The objective of the study was to design a proposal for a cognitive behavioral program to treat depression in minors from a DEMUNA in Lima, 2022; it was of an applied, descriptive and non-experimental cross-sectional type, the population was 50 children and adolescents; The survey was used to collect the data, and the Children's Depression Questionnaire (CDI) by María Kovacs was used as an instrument. As results, it was shown that, in the level of depression, 52.0% present a mild level of depression, 44.0% severe depression and 4.0% normal depression, in addition, in the dysphoria dimension the severe level predominates and in the Negative self-esteem dimension shows a predominance of the mild level. It is concluded that, based on the results, a proposal for a cognitive behavioral program was developed to reduce depression in children and adolescents.

Keywords: depression, children, adolescents, cognitive behavioral program

I. INTRODUCCIÓN

En el mundo, el 50% de enfermedades mentales empiezan muchos antes de los 14 años, y en la mayoría de las veces, no son detectados a tiempo, ocupando la depresión en los adolescentes el tercer lugar y el suicidio es la segunda causa de muerte en individuos de 15 a 29 años. Por otro lado, 1 de cada 7 jóvenes entre 10 y 19 años presenta algún desorden mental, siendo la depresión y la ansiedad, las más frecuentes, así también es el suicidio la cuarta causa de muerte en los jóvenes de 15 a 19 años; la mayoría de estas enfermedades, no reciben tratamiento, además, los adolescentes que sufren algún desorden mental, son excluidos y discriminado (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

En la niñez y adolescencia, la depresión afecta a un 2.8% de niños con menos de 13 años y al 5.6% de adolescentes de 13 a 18 años, la prevalencia depende de varios factores, pero la mayoría de estudios concuerdan que entre el 1% y 2% los prepúberes y casi el 5% de adolescentes evidencias una depresión clínicamente comprobada en alguna ocasión, en el caso de las mujeres en la adolescencia se duplica en comparación con los varones En el contexto de las Américas, aproximadamente 50 millones de personas presentaron depresión en el año 2015, que viene a ser el 5% de los habitantes; ésta enfermedad afecta a cualquier persona en su auto valía y dificultar el desarrollo de su vida la vida, (Corea del Cid, 2021).

En los últimos años, debido a la pandemia por el covid-19, 139 millones de infantes en todo el mundo, han estado en condiciones de confinamiento en sus hogares, estas condiciones han perturbado los servicios de salud mental en un 93% de países del mundo, y la demanda de atención está en aumento; en China un reporte indicó que, en 194 ciudades, el 16% de encuestados manifestó síntomas de depresión moderada a grave (UNICEF, 2021).

Según la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2017) el 4,7% de los colombianos sufren de depresión, y sitúa a Colombia con un promedio superior al promedio mundial, y existen una tendencia de seguir aumentando; por otro lado, en América Latina, es Brasil presenta una

mayor prevalencia con 5,8%, 5,5% Cuba y 5,2% Paraguay y 4,8% Perú. La depresión es más frecuente en las mujeres con 5,1% y en los varones 3,6%, estas cifras son variables según la región, esta afecta a todas las edades, donde también están los niños y adolescentes con menos de 15 años.

Las tasas de conductas autolesivas, el suicidio y la ansiedad en niños y jóvenes en el mundo es alarmantemente, y afecta a los pobres y ricos, la mitad de estos problemas empieza mucho antes de los 14 años; el 20% de adolescentes presentan algún trastorno mental, el suicidio ocupa el segundo lugar como causante de muerte en personas de 15 a 19 años y cerca del 15% de adolescentes con ingresos bajos y medios planteó suicidarse en algún momento (Unicef, 2019).

En el Perú existe un 1 millón 700 mil habitantes con depresión y el 80% de suicidios son motivados por esta enfermedad; este problema grave y muy común, que interfiere en la vida de los individuos, afectando su capacidad para el trabajo, sueño, estudio, alimentación, y de disfrute de la vida. En Perú, solo 425 asisten a tratamiento y solo 34 mil reconocen tener el problema, pero no toman ningún tratamiento, así también, cada 22 minutos alguno intenta suicidarse, siendo esta una cifra de alarma que necesita con urgencia de atención, el 23,4% de adultos solo en Lima ha deseado morir y un tercio de adolescentes manifiesta que el suicidio es la solución para sus problemas (Medialab, 2021). En este mismo sentido, los riesgos que sufren los niños en su salud mental son mayor si tienen personas cuidadoras con problemas de depresión con una cifra de 69,4% de aquellos que presenta sintomatología versus el 29% que no la presentan (Ministerio de Salud, 2020).

Luego de haber descrito el contexto del estudio, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo es la propuesta de un programa cognitivo conductual para tratar la depresión en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022?

Por otro lado, el estudio se justifica desde la perspectiva teórica, porque es un trabajo que permitirá obtener información novedosa respecto al enfoque y estrategias cognitivas conductuales que podrían ser utilizadas para la depresión

en una población de niños y adolescentes, porque los trabajos empíricos existentes en la actualidad son escasos en esta población; además, la mayoría de antecedentes encontrados, son de corte cualitativos y con diseño de estudio de casos. Desde la relevancia práctica, se han encontrado trabajos de intervención realizados en niños y adolescentes de albergues o centros tutelares, en esta oportunidad, la propuesta está orientada a una muestra diferenciada en menores de edad de una Demuna de Lima; si bien es cierto, en este estudio no se aplicará dicho programa, sin embargo, queda expedito para su utilización en niños y adolescentes que presenten depresión.

Desde el punto de vista metodológico, el aporte consiste en el diseño y elaboración del programa cognitivo conductual, el mismo que tendrá una estructura metodológica y sustento teórico, contará con 12 sesiones de intervención donde se expondrán las principales estrategias de intervención para la depresión en niños y adolescentes; en esta misma dirección, desde la perspectiva social esta investigación contribuirá con esta población de niños y adolescentes que asisten a las defensorías municipales del niño, niña y adolescente (Demuna), que hasta la actualidad no disponen de un programa de intervención en casos de depresión y porque además es una población de escasos recursos económicos con una insuficiente solvencia económica para beneficiarse de este servicio, tanto para para ellos mismos, como para sus familiares. De esta manera se podrán canalizar las fortalezas personales de cada participante para que puedan canalizar sus recursos personales y familiares para hacerle frente a la vida a través de estrategias para afrontar la depresión; de igual manera, este programa puede servir para otros grupos similares que deseen ponerlo en práctica, así también, para otros investigadores interesado en el tema.

Se propuso como objetivo general, Diseñar una propuesta de programa cognitivo conductual para tratar la depresión en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022; y como objetivos específicos se trazan los siguientes: Identificar el nivel de depresión, identificar el nivel de disforia y autoestima negativa, fundamentar el programa cognitivo conductual para tratar la depresión y elaborar el programa cognitivo conductual para tratar la depresión en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022.

II. MARCO TEÓRICO

Internacionalmente, Padilla y Fontalvo (2021) en Colombia, tuvo el objetivo de analizar los niveles de depresión y ansiedad en estudiantes en una institución privada de Barranquilla; el estudio fue descriptivo y transversal, la muestra fue de 80 alumnos, y los instrumentos fueron el Cuestionario de Ansiedad Manifiesta Revisado y el Cuestionario de Depresión Infantil. Los resultados mostraron que, en el nivel de depresión el 91,3% se hallan sin sintomatología, el 7,5% con depresión leve y el 1,3% con depresión severa; además existe una relación positiva y muy baja entre depresión y ansiedad. Se concluye que, existe relación entre estas variables.

Hernández et al. (2020) en México, tuvo el propósito de establecer la prevalencia de depresión y factores relacionados en adolescentes y niños. La investigación fue transversal analítica, la población fue de 238 niños de 7 a 14 años, se usó el cuestionario de depresión infantil. En los resultados se evidenció que, la prevalencia de depresión en los niños fue de 5.9%, en personas con dificultades de peso fue de 11.1%, y para quienes poseían peso en los rangos normales fue de 2.7%. Se concluye que, presentar sobrepeso y obesidad son factores de riesgo para presentar depresión.

Mireia et al. (2018) en España, tuvo la finalidad de examinar la relación entre los síntomas depresivos y las quejas somáticas en niños españoles. El estudio fue relacional, la población fue de 666 niños, y los instrumentos fueron el inventario de somatización infantil y de depresión infantil. Los resultados revelan que, el 8% de los niños mostraron síntomas depresivos y el 92% ausencia de síntomas; además, los síntomas gastrointestinales, pseudoneurológicos y de dolor son más comunes en los infantes con síntomas depresivos, siendo el dolor de articulaciones (36%), el cansancio (20%) y el dolor de cabeza (20%) los síntomas que más prevalecen. Se concluye que, la relevancia de atender apropiadamente a las sintomatologías somáticas puesto que frecuentemente pueden responder más que a una enfermedad física a un trastorno emocional.

González-Toche et al. (2017) en México, tuvo el objetivo de identificar la asociación entre depresión infantil y obesidad en alumnos de ocho a doce años. El estudio fue prospectivo, transversal y observacional, la población fue de 165

niños, y el instrumento fue la Children's Depression Scale. En los resultados se halló que, del total, el 20.6% tuvieron depresión; de estos últimos el 64.7% eran obesos y el 35.3% no obesos; el 70.5% eran mujeres y el 26.5.4% hombres. Se concluye que, la obesidad infantil se relaciona con el desarrollo de depresión en los estudiantes.

Chávez-Hernández et al. (2017) en México, tuvieron el propósito de describir la asociación entre autoconcepto y depresión en niños escolarizados de Guanajuato. La investigación fue descriptiva, exposfacto, transversal, la muestra fue de 217 niños, y el instrumento fue el cuestionario de autoconcepto general y el inventario de depresión infantil. Los resultados evidencian que, el 88,5% de los niños no mostraron sintomatología, el 11,5% si mostró algún nivel de depresión, de la muestra que mostró sintomatología depresiva el 52% eran mujeres y el 48% eran varones. Se concluye que, existe niveles de relación significativos entre sintomatología depresiva, autoconcepto y sexo.

A nivel nacional, Luque (2022) estableció la relación entre cyberbullying y depresión infantil en alumnos de primaria. El estudio fue cuantitativo, aplicado, descriptivo correlacional y no experimental; la población fue formada por 67 estudiantes de primaria; y los instrumentos fueron el inventario de depresión infantil de Kovacs y el cuestionario de proyecto de intervención contra el acoso cibernético ECIPQ. Los resultados revelan que; en el nivel de depresión infantil el 52.2% de los estudiantes presentan depresión infantil leve y el 47.8 % depresión infantil severa; además en la dimensión disforia el 86.6% presentan nivel leve, 9,0% nivel normal y el 4.5% nivel severo y en la dimensión autoestima negativa el 71.6% nivel severo y el 28.4% nivel leve; también existe una relación directa, moderada y significativa entre depresión infantil y cyberbullying ($\rho = 0.430$, $\text{sig} < 0.05$). Se concluye que, por lo que se concluye que a mayor depresión infantil mayor cyberbullying.

Antequera (2020) tuvo el fin de determinar la asociación entre depresión infantil y violencia en la niñez en alumnos de instituciones públicas de Huaraz. La investigación fue no experimental correlacional-causal y transversal; la muestra fue de 286 estudiantes; y los instrumentos usados fueron el inventario de depresión infantil de Kovacs y la escala de violencia en la niñez. En los resultados se muestra que, en el nivel de depresión infantil el 99,0% se ubica en

el nivel leve y el 1,0% en el nivel moderado; además en la dimensión disforia el 98,6% muestra nivel leve y el 1,4% nivel moderado y en la dimensión autoestima negativa el 92,3% presenta nivel leve y el 7,7% nivel moderado; también existe correlación entre las variables ($p < 0.011$). Se concluye que, existe relación entre las variables.

Enciso y Rodríguez (2020) estableció la asociación entre depresión infantil y violencia familiar en alumnos de primaria de Ayacucho. El estudio fue correlacional y no experimental; la muestra fue de 210 estudiantes de primaria; y los instrumentos fueron el inventario de depresión infantil y el cuestionario de violencia familiar. Los resultados revelan que, en el nivel de depresión infantil el 47,6% presenta depresión mínima moderada, el 28,6% no presenta depresión, el 16,2% depresión severa y el 7,6 máximo grado depresivo; además en la dimensión animo disfórico el 42,4% presenta depresión mínima moderada, el 32,9% no presenta depresión, el 23,3% depresión severa y el 1,4 máximo grado depresivo y en la dimensión auto desprecio el 37,1% presenta depresión mínima moderada, el 35,2% no presenta depresión, el 21,0% depresión severa y el 6,7 máximo grado depresivo; también existe relación directa, moderada y significativa entre depresión infantil y violencia familiar ($\rho = .898$, $p < 0.50$). Se concluye que a mayor depresión infantil mayor violencia familiar.

Ugarte (2018) tuvo el fin de establecer la asociación entre bullying y depresión infantil en escolares de una institución educativa. La investigación fue cuantitativa, no experimental y correlacional; la muestra fue de 91 escolares; y los instrumentos fueron un cuestionario de Bullying y el Inventario de Beck. En los resultados se indica que, en el nivel de depresión infantil un 70% de los niños presentan un nivel bajo, un 27% nivel regular y un 3% nivel alto; además en la dimensión afectiva un 52% de los niños muestran nivel bajo, un 26% nivel alto y un 22% nivel regular, en la dimensión autoestima baja un 62% de los niños se hallan en un nivel bajo, un 30% nivel regular y un 18% nivel alto y en la dimensión sentimientos de culpa un 45% de los niños se hallan en un nivel bajo, un 36% nivel regular y un 19% nivel alto; también existe relación alta y directa entre el bullying y la depresión infantil ($\rho = 0,841$, $p = 0.000$). Se concluye que, existe relación entre las variables estudiadas.

Seclén (2017) tuvo la finalidad de establecer la asociación entre comprensión lectora y depresión infantil en estudiantes del primer grado de nivel secundario. El estudio fue descriptivo correlacional; la muestra fue de 90 alumnos; y los instrumentos fueron el cuestionario de depresión para niños y la prueba de evaluación de las competencias de comprensión lectora. Los resultados indican que, en el nivel de depresión infantil el 46,8% presenta nivel medio, el 27,8% nivel alto y el 25,3% nivel bajo; además en la dimensión total depresivo el 45,6% muestra nivel medio, el 29,1% nivel alto y el 25,3% nivel bajo y en la dimensión total positivo el 45,6% muestra nivel medio, el 27,8% nivel alto y el 26,6% nivel bajo; también no existe relación significativa entre comprensión lectora y depresión infantil ($p = 0,588$ $p > 0.05$). Se concluye que, no existe relación entre estas variables.

En este sentido, la depresión infantil es un desorden cuya particularidad principal es la variación en el estado de ánimo y se acompaña por una conducta en el ámbito familiar, escolar, social que envuelve al niño (Martenell, 2015). Por su parte, Compas (2013) refiere que es la consecuencia de la pérdida de la consideración positiva incondicional, ésta solamente sucedería en algunas acciones en la vida del individuo, ocasionando una amplia diferencia entre el yo ideal y el yo verdadero. También, es una enfermedad que afecta al individuo totalmente, pues origina el hundimiento, la absoluta dejadez que afecta de modo significativo en la vida (Martínez, 2011).

Además, la depresión infantil es una alteración emocional, que se conceptúa como un trastorno mental que afecta al infante, que se caracteriza por síntomas como abatimiento, falta de apetito, tristeza profunda, frustración, problemas para concentrarse, dificultades al dormir y baja autoestima, afectando al niño en su desarrollo y en casos crónicos o extremos podría mostrar ideación suicida (Organización Mundial de la Salud OMS, 2018;2019).

Cuevas y Teva (2019) conciben la depresión sintomática como una condición de ánimo irritable, disfórico; identificada por el individuo como manifestarse muy apenado, infeliz, pesimista, melancólico, etc., lo cual logra ser experimentado en alguna etapa de su vida, siendo el resultado de acontecimientos vividos los cuales alcanzan un resultado doloroso o negativo; dicha condición tiene un medio transitorio.

Con relación a, las características de la depresión infantil; se particulariza por reacciones y actitudes como pérdida de apetito, hiperactividad, y energía, inestabilidad, aislamiento entre otras. Así mismo, se muestran irregularidades y malestar en cuanto al aumento de la fatiga, tiempo del sueño, y se visualiza un enlentecimiento a nivel motriz, por otra parte, existe disturbios en la concentración, disminución de autoestima, desesperanza, auto culpa, hasta ideación suicida (Alvizures, 2012).

La aparición de depresión infantil es principalmente ocasionada por algún desorden emocional en el menor y un factor importante dentro de ello es la violencia que se genera en esta etapa, que marca su vida de algún modo y ocasiona que su cuerpo no marche de modo adecuado, sobre todo el contorno cognitivo. La violencia en la infancia conlleva a dificultades sociales, conductuales y emocionales, que se interpretan en un comportamiento antisocial como ansiedad, depresión y problemas de aprendizaje (Alvizures, 2012).

Por su lado Saklofse (2016) manifiesta que las características de la depresión infantil cambian de acuerdo al nivel de desarrollo y la edad del infante. Por ejemplo, desasosiego, quejas de dolores físicos, temor y ansiedad continuamente se ven en infantes con menor edad. En cambio, los adolescentes, están predispuestos a mostrar un comportamiento antisocial y escorado a la argumentación y a la discusión, y manifestaciones de irritabilidad e inquietud.

En cuanto a, las causas de la depresión infantil; ésta se evalúa desde distintos marcos teóricos que explican el origen de la depresión infantil. El marco cognitivo (juicio negativo), el marco conductual (socialización), el marco biológico (genética o déficit) y el marco psicodinámico (autoestima). En el cognitivo, el infante forma experiencias de fracasos, juicios negativos, abuso, separación de los padres, etc; en el conductual se refiere a la falta de habilidades sociales o sucesos que originaron que el infante no alcance desarrollar aptitudes para interactuar con el resto; en el biológico, se debe a una dificultad médica; y por último en el psicodinámico, se daña el amor por sí mismo y la autoestima, es decir, llega el rechazo por él, por lo que vivió o siente (Compas, 2013).

Por lo que se refiere a las dimensiones de la depresión infantil; la primera es la disforia, a partir de la escala de Beck, se relaciona con la depresión infantil;

mostrándose humor depresivo, asociado con las emociones negativas, cuando se aprecia abatido y desventurado, con ideas pesimistas acerca del pasado sintiendo culpa irracional y autoacusaciones acerca de circunstancias del pasado. Además, en el niño depresivo se identifica la tristeza, que regularmente se califica como una emoción brusca, no obstante, no se dice siempre que esta es negativa (Piqueras, 2019).

Por su parte, Compas (2013) considera la depresión afectiva como el sentimiento de abandono, por los integrantes de su familia directa (abuelos, padres y hermanos), quienes no establecen con él un vínculo o muestra constante de amor. Además, la depresión afectiva se identifica por expresiones de indefensión, tristeza y desesperanza; ocurre comúnmente entre los seis y ocho años (De la Cruz, 2014).

La segunda dimensión es la autoestima negativa; que es un sentimiento negativo que te provoca sentir rechazo por ti mismo, te vuelve inseguro e incapaz de decir o hacer algo por temor a lo que dirán o te pasará (Compas, 2013). Además, es el sentimiento que produce que los infantes interiormente desarrollen dolor, angustia, desánimo, indecisión, vergüenza, pereza y otros (Venegas, 2013). También, De la Cruz (2014) aseveró que la depresión de autoestima negativa logra trasladar a un individuo a sentirse desvalorado y debido a esto se encontrará comparándose siempre con el resto. Asimismo, las personas con baja autoestima exponen una personalidad insegura, variable y vulnerable al rechazo o a la crítica, lo que evidencia su incapacidad, inadecuación y falta de valor (Eisenberg y Patterson, 2018).

Por último, en lo que respecta a las teorías de la depresión infantil; Bermúdez y Bermúdez (2004) la conceptúan como la aparición de profunda tristeza de más duración e intensidad que muestra el infante afectando cada aspecto del progreso emocional, mostrando, sentimientos de desaliento, abatimiento y algunas veces enojo, ira, ideación suicida y llanto injustificado. Por ello se sustenta en la teoría biológica que indica, que en el cerebro del infante existe un desequilibrio neuroendocrino, que incrementaría los grados de cortisol reduciendo la serotonina y teniendo como consecuencia la depresión, en esta dirección se valida el aspecto genético donde hay una propensión, que, si los padres del infante tienen esta condición, es posible pueda repetirse en sus hijos.

De este modo, Beck (1972) plantea la teoría cognitiva en la depresión infantil, que está causada por pensamientos negativos de sí mismo, del mundo, de su futuro o de su entorno, originando tristeza, sentimientos de culpa, desgano, baja autoestima, abatimiento y en casos graves ideación suicida, teniendo como principales causas el sistema biogénético o endocrino, como el entorno donde se desarrolla la persona, es decir su base primordial la familia.

Al efectuar su estudio, Kovacs (1992) refiere que la depresión infantil es una alteración emocional, cuyos síntomas son abatimiento, tristeza profunda, desgano, minusvalía e irritabilidad que afecta cada aspecto y desarrollo emocional del infante. Además, Weinberg (1973) refiere que la depresión infantil se cimienta en dos elementos afectando a niñas y niños entre ocho a dieciséis años, el primero es una condición de ánimo disfórico donde se hay manifestaciones de soledad, desdicha, tristeza, pesimismo o indefensión, por ello es cambiante su estado de ánimo, lo que hace dificultoso lograr comprenderlo o entenderlo debido a la postura irritable y negativa que muestra; el segundo son los pensamientos de autodesprecio donde el infante tiene varios sentimientos de irritabilidad, incapacidad, sentimientos de culpa y minusvalía, mostrando así anhelos de escapar de casa, así como en casos extremos ideas o pensamientos de suicidio. Los infantes mostrarán diferentes síntomas de depresión infantil que se diferencian en indicadores como la apariencia de síntomas depresivos en máximo grado, síntomas depresivos severa o marcada, síntomas depresivos moderada y mínima, las cuales serán establecidas por distintos factores en el desarrollo infantil.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

La presente investigación se asienta en el enfoque cuantitativo, de tipo aplicada, porque busca solucionar un problema de la realidad y sumar información teórica para ser utilizada en otros estudios; también corresponde a un estudio de nivel descriptivo propositivo porque en primer término se diagnosticó la realidad de la variable y sobre la base de los resultados de elaboración una propuesta de intervención; así también el diseño fue no experimental, debido a que, en estos estudios no existe ninguna manipulación de variables y por el contrario, solo se describen tal y como se presentan en la realidad; es transversal, porque los datos fueron recopilados en tiempo único o en un solo momento (Hernández – Sampieri y Mendoza, 2018).

También se considera que es un estudio de tipo diagnóstico porque se obtuvo la información necesaria de una determinada variable y sobre la base de esta información se puede desarrollar otros estudios (Sánchez, Reyes y Mejía, 2018); en este caso se elaboró una propuesta de programa de intervención desde el paradigma cognitivo conductual.

3.2. Variables y operacionalización

Programa cognitivo conductual

Definición conceptual.- Es un grupo de actividades relacionadas que se aplican para el mejoramiento y logro práctico, técnico y conceptual; dicha intervención se sustenta en el rol activo de quienes participan en la organización, diseño y ejecución de diferentes actividades para dar solución a un problema y alcanzar las metas propuestas; se aplica, en un contexto de interacción educativa y facilita el desarrollo cognitivo, conductual y afectivo (Moreno y Utria, 2011).

Definición operacional.- El programa está estructurado según una secuencia lógica y coherente que incluye especificaciones como: Datos informativos, justificación objetivos, actividades, metodología, sesiones, recursos y cronograma.

Indicadores.- Se consigna las características de los beneficiarios, el perfil diagnóstico de la depresión producto de la evaluación, el aporte y utilidad del programa, la temática, las sesiones, procedimientos, recursos, y las especificaciones del tiempo.

Depresión

Definición conceptual.- La depresión es un síndrome donde interactúan diferentes características somáticas, conductuales, afectivas y cognitivas, además de producir ciertas distorsiones; es en gran medida, una distorsión e interpretación errónea de los sucesos que se manifiestan en las cogniciones, contenidos y en los esquemas mentales (Beck, et al 1979 citado por Vázquez, et al., 2000).

Definición operacional.- La variable depresión se midió con el Cuestionario de depresión constituido por 27 ítems, en dos dimensiones que son la disforia y la autoestima baja, las alternativas de respuesta se dan a través de una valoración de 0, 1 y 2 puntos, donde 0 es el más bajo y 2 el más alto.

Indicadores.- Las características de la disforia son el humor depresivo, la preocupación y la tristeza, y la autoestima negativa contiene a la fealdad, maldad y juicios de ineficiencia.

Escala.- Nominal

3.3. Población, muestra y muestreo

La población fue conformada por todos los niños y adolescentes que acudieron a la DEMUNA de la municipalidad, varones y mujeres de 9 a 15 años de edad entre los meses de mayo a junio del 2022. Para esto se tuvo en consideración algunos criterios:

Criterios de inclusión

Niños y adolescentes de 9 a 15 años de edad.

Varones y mujeres.

Que acudieron acompañados de sus padres o tutores.

Que desearon participar voluntariamente en el desarrollo del cuestionario.

Que sus padres o tutores firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Niños y adolescentes que no respondieron la totalidad de ítem del cuestionario. Aquellos que tuvieron alguna dificultad cognitiva que le impida responder el cuestionario.

Niños cuyos padres o tutores no firmaron el consentimiento informado.

La muestra estuvo formada por 50 niños y adolescentes con las mismas características de la población, que fueron seleccionados por medio del muestreo no probabilístico, por conveniencia, porque quedó a criterio del investigador consignar las características más adecuadas para seleccionar a los participantes de dicho estudio (Hernández – Sampieri y Mendoza, 2018).

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica.- Se usó la encuesta, la misma que se llevó a cabo de manera presencial y de manera individual, (Ñaupas, et al., 2014), en este caso se usó el cuestionario de depresión CDS para niños y adolescentes

Instrumento.- El Cuestionario de Depresión para Niños - Children's Depression Inventory (CDI) de María Kovacs (2004), creado en Toronto (Canadá) que permite diagnosticar la depresión en niños y adolescentes de 7 a 15 años, su aplicación puede efectuarse de forma individual o grupal y su tiempo aproximado fluctúa entre los 10 y 15 minutos. Fue adaptado al idioma Español por Victoria del barrio y Miguel Carrasco. Este instrumento ha tenido una serie de modificación, y actualizaciones a nivel del mundo y de acuerdo a los estudios realizados por diversos autores. Este cuestionario evalúa dos escalas, de autoestima negativa y disforia, en este caso, una puntuación alta en autoestima denota una autoestima baja, la valoración es inversa.

Para este estudio se usó la versión adaptada al Perú por Borrero (2018) quien realizó la adaptación en 381 estudiantes de una institución educativa del distrito de Surquillo (Lima). Consta de 27 ítems y dos escalas: Disforia y autoestima negativa, proporciona un puntaje total para el diagnóstico de depresión, tiene una valoración de 0 a 2, donde 2 es nivel superior, 1 es normal y 0 es baja. Se aplica a niños y adolescentes de nueve a 15 años de edad. Presenta validez de constructo y de convergencia con el STAI donde obtuvo una correlación positiva

de $r=0,73$ y una validez de criterio concurrente de $r = 0,71$; la confiabilidad obtenida fue a través del alfa de Cronbach con $0,78$, asimismo, se obtuvo un resultado a través de la prueba de dos mitades de Guttman de $0,76$ y luego a través del Test-retest, después de 30 días, alcanzando un alfa de $0,73$. También se obtuvieron baremos para varones y mujeres con un punto de corte de 21 con un percentil de 90 para la sintomatología depresiva alta (Borrero, 2018).

3.5. Procedimientos

En primer lugar, se solicitó el permiso a la alcaldía de la Municipalidad y a la jefatura de la Demuna a través de un documento formal, donde se solicitó las facilidades para recopilar la información a través de la aplicación de un cuestionario para niños y adolescentes que acuden a la atención; así mismo, se procedió enseguida, a coordinar los horarios y días de permanencia para obtener la información; por otro lado, se coordinó con los padres o tutores de los niños y adolescentes para que tengan conocimiento y firmaran el consentimiento informado. El recojo de los datos fue de manera presencial y luego de culminado este proceso se procedió a elaborar la matriz de datos en el programa excel para su posterior análisis.

3.6. Método de análisis de datos

En este caso se utilizó la estadística descriptiva para realizar el tratamiento de los datos, para lo cual se usó el programa informático SPSS; una vez obtenidos los resultados se procedieron a interpretarlos y presentarlos en tablas o figuras.

3.7. Aspectos éticos

En toda la investigación se tuvieron en consideración los principios éticos, cuando se trabaja con seres humanos, en este caso, se respetaron y preservaron los derechos fundamentales de las participantes involucrados en el presente estudio; así mismo, se tuvo en cuenta el principio de autonomía por medio del cual se respetó, la libertad de participación de los investigados, en este sentido el consentimiento informado se hizo a través de un documento para garantizar dicho proceso; por otro lado se tuvo presente el principio de no maleficencia y beneficencia, a través del cual se tuvo siempre presente no realizar ninguna acción que perjudique o dañe la integridad de las personas, el medio ambiente y

las buenas costumbres; finalmente, a los participantes se les trató con la consideración debida, de no discriminación sin ningún tipo de injusticias, por el contrario, se tuvo equidad y respeto.

IV. RESULTADOS

4.1. Identificar el nivel de depresión en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022

Tabla 1

Nivel de depresión en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022

Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Normal	2	4,0
Leve	26	52,0
Severa	22	44,0
Total	50	100,0

En la tabla 1 se demuestra que, el 52,0% (26) presenta nivel leve de depresión, el 44,0% (22) depresión severa y el 4,0% (2) depresión normal.

4.2. Identificar el nivel de disforia y autoestima negativa en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022

Tabla 2

Nivel de disforia en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022

Nivel de disforia	Frecuencia	Porcentaje
Leve	4	8,0
Severa	46	92,0
Total	50	100,0

En la tabla 2 se demuestra que, el 92,0% (46) presenta nivel severo de disforia y el 8,0% (4) nivel leve.

Tabla 3

Nivel de autoestima negativa en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022

Nivel de autoestima	Frecuencia	Porcentaje
Normal	2	4,0
Leve	45	90,0
Severa	3	6,0
Total	50	100,0

En la tabla 3 se demuestra que, el 90,0% (45) presenta nivel leve de autoestima negativa, el 6,0% (3) nivel severo y el 4,0% (2) nivel normal.

4.3. Fundamentar el programa cognitivo conductual para tratar la depresión en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022

Uno de los modelos teóricos más importantes para abordar la depresión, tanto para adultos, y para niños y adolescentes, es la terapia cognitiva conductual, por su eficacia y eficiencia, además porque combina de forma sistemática, las estrategias cognitivas y conductuales, para intervenir en las conductas disfuncionales, pensamientos distorsionados y actitudes desadaptativas, relacionadas con el origen de los síntomas depresivos. (Ver anexo 6)

4.4. Elaborar el programa cognitivo conductual para tratar la depresión en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022

El programa está sustentado bajo en enfoque cognitivo conductual, establecido por 12 sesiones de 40 a 60 minutos por cada una que serán realizadas en un tiempo de 3 meses, una sesión semanal; el programa está dirigido para los menores de edad de una Demuna de Lima, elaborado en función a los resultados obtenidos del instrumento aplicado a la población objeto de estudio con el propósito de disminuir el nivel alto de depresión mediante técnicas cognitivas y conductuales. (Ver anexo 6)

V. DISCUSIÓN

La depresión en los niños está considerada como una alteración emocional, que se manifiesta por síntomas de profunda tristeza, frustración, abatimiento, dificultades para dormir, falta de apetito, baja autoestima y dificultades para concentrarse, esto afecta el desarrollo y en casos extremos o crónicos podría presentarse ideas suicidas (OMS, 2019). En consideración a esto los resultados obtenidos en el presente estudio, manifiestan que, el 52% presentan nivel leve de depresión, el 44% depresión severa y el 4% depresión normal. Estos resultados discrepan con los de Padilla y Fontalvo (2021) en Colombia, quienes reportaron un 91,3% de niños sin sintomatología, un 7,5% con depresión leve y solo el 1,3% con depresión severa; en esta misma línea los trabajos de Hernández et al. (2020) y Gonzales- Toche (2017) en México, en niños entre 7 a 14 años de edad evidenciaron una prevalencia de depresión de 5.9% y 2.7% para niños normales y para aquellos con sobrepeso fue superior al 11.1%, siendo, las mujeres quienes tuvieron más prevalencia.

Otros trabajos como los de Mireia, et al. (2018) en España, el 8% de niños mostraron síntomas depresivos y el 92% ausencia de síntomas; encontrándose que los niños con problemas gástricos, pseudoneurológicos, musculares, de cabeza y cansancio, fueron los que presentaron más los síntomas depresivos, estos datos coinciden con los de Chávez-Hernández et al. (2017) en México, donde el 88,5% de niños no presentaron sintomatología y el 11,5% si presento algún nivel de depresión; el 48% fueron varones y el 52% mujeres. En este sentido, hay que tener presente que la depresión es un estado de ánimo caracterizado porque la persona que lo sufre, se muestra infeliz, pesimista, apenado o melancólico y este malestar puede experimentarlo en cualquier momento de la vida como consecuencia de sucesos vividos (Cuevas y Teva, 2019).

Los resultados de diversos estudios, indican que, en la infancia y adolescencia, la depresión afecta a un 2.8% de niños con menos de 13 años y al 5.6% de adolescentes de 13 a 18 años, estos dependen de diversos factores, pero la mayoría de estudios coinciden que el 1% y 2% los prepúberes y casi el 5% de adolescentes evidencias una depresión clínicamente comprobada en

alguna ocasión, en el caso de las mujeres en la adolescencia se duplica en comparación con los varones (Corea del Cid, 2021).

Otros resultados como el de Seclén (2017) en Perú, indican que la depresión infantil estuvo presente en el 46,8% en nivel medio, 27,8% nivel alto y el 25,3% nivel bajo; en este mismo orden de ideas, Ugarte (2018), evidenció, que el 70% de los niños presentaron nivel bajo, el 27% nivel regular y 3% alto; además en la dimensión afectiva, autoestima baja, sentimientos de culpa se encontró niveles medios o moderado, cabe destacar que los autores destacaron que la depresión estuvo asociada con la violencia y el ciberbullying; en acotación a lo dicho anteriormente, la depresión infantil es un desorden con variación en el estado de ánimo y se acompaña con manifestaciones en el contexto escolar, familiar y social (Martenell, 2015).

En la dimensión disforia se halló que, el 92% muestra nivel severo, el 8% nivel leve en los niños y adolescentes; en esta línea Luque (2022) encontró también en disforia el 86.6% nivel leve, 9% nivel normal y el 4.5% nivel severo y Antequera (2020) en disforia mostró datos muy cercanos (98,6%) en nivel leve y el 1,4% moderado y Enciso y Rodríguez (2020) halló el 42,4% depresión mínima a moderada, 32,9% sin depresión, el 23.3% severa y en auto desprecio prevaleció en nivel moderado. La disforia en los niños y adolescentes, es parte y se relaciona con la depresión, apreciándose emociones negativas, desventurado y abatido, con ideas pesimistas, con sentimiento de culpa irracional y con autoacusaciones del pasado (Piqueras, 2019); así también, la depresión afectiva se caracteriza por un sentimiento de abandono, de expresiones de tristeza, desesperanza e indefensión (Compas 2013; De la Cruz 2014).

En el caso de la autoestima negativa el 90% presenta nivel leve, 6% nivel severo y 4% nivel normal; estos resultados discrepan con Luque (2022), quien encontró el 71.6% en el nivel severo, sin embargo, concuerdo con el estudio de Antequera (2020) que halló un 92,3% en nivel leve y el 7,7% nivel moderado. Por otro lado, Ugarte (2018) el 62% de los niños se ubicaron en nivel bajo y el 18% en niveles altos. La autoestima negativa es un sentimiento negativo que hace sentir rechazo por lo que se es, genera inseguridad e incapacidad de hacer o decir algo por miedo al qué dirán o sucederá; esto manifestaciones producen

angustia, indecisión, dolor, desánimo, vergüenza y pereza (Compas 2013); Venegas, 2013). En este mismo sentido, la autoestima negativa puede inducir a las personas a sentirse desvaloradas, comparándose con los demás, con personalidad variable, inseguridad y vulnerable a las críticas y al rechazo (Eisenberg y Patterson, 2018). La depresión infantil, puede producirse por algún desorden emocional del niño y siendo un factor relevante la presencia de violencia en esta etapa, que puede marcar su vida, esta bloquea o interrumpe el normal funcionamiento cognitivo, además de producir problemas conductuales, emocionales y sociales; así también, pueden producir conductas antisociales, depresión, ansiedad y problemas de aprendizaje (Alvizures, 2012).

Después de dicho análisis, queda pendiente desarrollar estudios con las personas del entorno familiar que permitan aclarar o profundizar este tema de mucho interés y también a proponer alternativas de solución, entre estas, los programas de intervención para disminuir los factores de riesgo y para enfrentar la sintomatología depresiva desde edades tempranas.

VI. CONCLUSIONES

1. En los niños y adolescentes investigados, predomina el nivel leve seguido del severo; este caso, hay que tener en cuenta las particularidades cognitivas, afectivas y conductuales distorsionadas e interpretaciones erróneas de la realidad.
2. En la dimensión disforia, hay un predominio del nivel severo de disforia, donde prevalece las características de mal humor, preocupación y tristeza, a lo cual hay que tener en cuenta para la propuesta del programa.
3. En la dimensión de autoestima negativa, se muestra un predominio del nivel leve, resaltando los indicadores de fealdad, juicios desfavorables hacia sí mismo, maldad.
4. La propuesta del programa cognitivo conductual, debe orientarse en primera instancia a la disminución de las manifestaciones cognitivas, afectivas y conductuales distorsionadas que presentan los niños y adolescentes y en segunda instancia a fortalecer los factores protectores para disminuir los riesgos.
5. Se consiguió diseñar un programa orientado en el enfoque cognitivo conductual que se constituye de 12 sesiones que serán distribuidas en 3 meses para los menores de edad de una Demuna de Lima.
6. El programa se fundamenta en el enfoque cognitivo conductual por su eficacia y eficiencia, además porque combina de forma sistemática, las estrategias cognitivas y conductuales, para intervenir en las conductas disfuncionales, pensamientos distorsionados y actitudes desadaptativas, relacionadas con el origen de los síntomas depresivos.

VII. RECOMENDACIONES

1. A la Demuna, tener en consideración estos resultados para implementar el programa cognitivo conductual que permitan abordar los niveles de severidad de la depresión que presenta un considerable número de niños y adolescentes que acuden a la institución.
2. Desarrollar el programa cognitivo conductual para disminuir el nivel de disforia, que se encontró un predominio del nivel severo de disforia; esto debe incluir consejería y orientación a los padres de familia.
3. Realizar las sesiones de intervención cognitiva conductual para fortalecer la autoestima, y así disminuir los juicios desfavorables hacia sí mismo.

REFERENCIAS

- Alvizures, D. (2012). *Nivel de depresión en niños que sufren maltrato físico*. (Tesis de Maestría). Universidad Rafael Landívar, Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- Antequera, M. (2020). *Violencia en la niñez y depresión infantil en estudiantes de instituciones educativas públicas de Huaraz, 2019*. [Tesis de licenciatura]. Universidad César Vallejo. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/47199/Antequera_HMA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Beck, A. (1972). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pensilvania. *Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972. Pp. 370*.<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00029157.1974.10403697>
- Beck, A, T., Rush, A, J., Shaw, B, F, y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Bermúdez, MP, Bermúdez, A. (2004). *Manual de Psicología Clínica Infantil*. (2.a ed.). Ediciones. Biblioteca nueva.
- Borrero J. C. (2018) *Adaptación del inventario de Depresión Infantil de Kovacs en estudiantes de 9 a 15 años de la I.E.E Ricardo Palma de Surquillo*. (Tesis de Maestría) Universidad nacional federico Villarreal- <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2416>
- Chávez-Hernández, A., Correa-Romero, F., Klein-Caballero, A., Macías-García, A., Cardoso-Espindola, K. y Acosta-Rojas, I. (2017). Sintomatología depresiva, ideación suicida y autoconcepto en una muestra de niños mexicanos. *Av. Psicol. Latinoam. vol.35 no.3*. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242017000300501
- Compas, T. (2013). *La depresión*. Características observables. México. Editorial Ramas médicas.

- Corea del Cid (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Méd Hondura*, Vol. 89, Supl No.1 2021 pp. S1-68.
<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>
- Cruz, D. (2014). *Teorías de la ansiedad*. Trastorno mental. Lima. Editorial Nueva Escuela
- Cuevas y Teva (2019). *Evaluation and treatment of childhood depression*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Eisenberg, T. & Patterson, E. (2018). *Helping clients with special concerns*. Chicago: Rand Mc Nally College Publishing Company.
<https://n9.cl/t8aboc>
- Enciso, Y. y Rodríguez, A. (2020). *Violencia familiar y depresión infantil en estudiantes del nivel primario en el distrito de Jesús Nazareno Ayacucho, 2020*. [Tesis de licenciatura]. Universidad César Vallejo.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/61331/Enciso_YY-Rodriguez_CAS-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- González-Toche, J., Gómez-García, A., Gómez-Alonso, C., Álvarez-Paredes, M., y Álvarez-Aguilar, C. (2017). Asociación entre obesidad y depresión infantil en población escolar de una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán. *Atención Familiar Volume 24, Issue 1, January–March 2017, Pages 8-12*.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887117300032>
- Hernández – Sampieri R y Mendoza C., (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*.
<http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/handle/54000/1292>
- Hernández, J., Joanico, B., Juanico, G., Salgado, M. y Zaragoza, I. (2020). Depresión y factores asociados en niños y adolescentes de 7 a 14 años de edad. *Aten Fam. 2020:27-(1)38-42*.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2020/af201f.pdf>
- Kovacs, M. (1992). *Manual of the Children's Depression Inventory*. [Manual del

- Inventario de depresión infantil]. Toronto: Multi-Heath Systems; 1992.
- Luque, M. (2022). *Cyberbullyng y depresión infantil en estudiantes de primaria de la Institución Educativa 40694, Arequipa, 2021*. [Tesis de maestría]. Universidad César Vallejo. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/79706/Luque_BMM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Martenell, S. (2015). *Ansiedad en la segunda infancia*. Puerto Rico. Editorial Lancaster.
- Martínez, A. (2011). *Manual de tratamientos contra la depresión*. Lima. Editorial Medica
- Medialab (2021). *Salud mental: La causa principal del suicidio en el Perú es la depresión*. <https://medialab.unmsm.edu.pe/chiqua/news/salud-mental-la-causa-principal-del-suicidio-en-peru-es-la-depresion/>
- Ministerio de Salud – Minsa (2020). *La Salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la covid-19: estudio en línea/ Perú 2020, MINSA – UNICEF*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5531.pdf>
- Ministerio de Salud (2020). *Impacto en la salud mental de Niños, niñas y adolescentes en el contexto covid-19*. https://www.spaj.org.pe/wp-content/uploads/2020/11/007_Yuri-Cutipe-Impacto-en-la-salud-mental-en-los-NNA-en-el-contexto-COVID-19.pdf
- Mireia, A., Fernández-Martínez, I. Melero, S., Morales, A., y Espada, J. (2018). Niños españoles con sintomatología depresiva: un estudio de sus quejas somáticas. *Summa Psicológica UST*, ISSN 0718-0446, Vol. 15, Nº. 2, 2018, págs. 106-112. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7009153>
- Ñaupas H., Valdivia M., Palacios J., y Romero H. (2014). *Metodología de la Investigación Cuantitativa – Cualitativa y Redacción de la tesis*. 5ª., edición – Bogotá – México, DF. <https://corladancash.com/wp-content/uploads/2020/01/Metodologia-de-la-inv-cuanti-y-cuali-Humberto-Naupas-Paitan.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. [OMS] (2018, octubre). *Depression*. Ginebra Suiza: OMS <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud. [OMS] (2019). *Family and community practices that promote child survival, growth and development: review of the evidence*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591501/en/
- Organización Panamericana de la Salud (2018). *Los jóvenes y la salud mental en un mundo en transformación*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14710:world-mental-health-day-2018&Itemid=42091&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Pacheco P., y Chaskel R. (2016). *Depresión en niños y adolescentes*. <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/3.-+++Depresi%C3%B3n.pdf>
- Padilla, A. y Fontalvo, G. (2021). Niveles de ansiedad y depresión en menores escolares. *Alternativas en psicología*, 46(1). <https://www.alternativas.me/attachments/article/257/Niveles%20de%20ansiedad%20y%20depresi%C3%B3n%20en%20menores%20escolares.pdf>
- Piqueras, J. Ramos, V. Martínez, A. y Oblitas, L. (2019). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, vol. 16, núm. 2, diciembre, 2009, pp. 85-112. <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134213131007.pdf>
- Salinas J. (1998). La Aplicación de Técnicas Cognitivo y Conductuales para el Tratamiento de la Depresión: Un Caso. *Revista electrónica de Psicología*

Iztacala – Vol. 1 N° 1 – Agosto 1998.
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/jorgluis.html>

Saklofse, D. (2013). National Association of School Psychologist

Sánchez H., Reyes C., y Mejía K., (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística* – Universidad Ricardo Palma.
<https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf>

Seclén, S. (2017). *Depresión infantil y comprensión lectora en alumnos del primer grado de secundaria de una institución educativa – 2017*. [Tesis de maestría]. Universidad César Vallejo.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/11834/sec-len_ss.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ugarte, S. (2018). *Bullying y depresión infantil en escolares de la I.E Mercedes Indacochea - Huacho 2017*. [Tesis de maestría]. Universidad César Vallejo.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/16434/Ugarte_DSJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Unicef – Perú (2019). *Más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales*. <https://www.unicef.org/peru/notas-de-prensa/20-adolescentes-todo-mundo-sufren-trastornos-salud-mental-15-considerado-suicidio>

UNICEF (3 marzo 2021). *Por lo menos 1 de cada 7 niños y jóvenes ha vivido confinado en el hogar durante gran parte del año, lo que supone un riesgo para su salud mental y su bienestar*. <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/1-cada-7-ninos-jovenes-ha-vivido-confinado-hogar-durante-gran-parte-ano>

Vázquez F., Muñoz R., y Becoña E. (2000). Depresión: Diagnóstico, Modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, Vol. 8, N° 3, 2000, pp. 417-449. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf

Venegas, P. (2013). *Depresión y neuroplasticidad*. México. Editorial Emociones

Weinberg, W. (1973). Depression in children referred to an educational diagnostic center: *Diagnosis and treatment Journal of Pediatrics*, 83, 1065-1072

Anexos

Anexo 1: Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS		METODOLOGÍA
		GENERAL	ESPECÍFICOS	
Propuesta de un programa cognitivo conductual para tratar la depresión en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022	¿Qué características presenta la propuesta de un programa cognitivo conductual para tratar la depresión en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022?	Diseñar una propuesta de programa cognitivo conductual para tratar la depresión en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022	Identificar el nivel de depresión en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022	<p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo: Básico</p> <p>Nivel: Descriptivo propositivo</p> <p>Diseño: No experimental, transversal</p>
			Identificar el nivel de disforia y autoestima negativa en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022	
			Fundamentar el programa cognitivo conductual para tratar la depresión en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022	
			Elaborar el programa cognitivo conductual para tratar la depresión en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022	

Anexo 2: Matriz de operacionalización de las variables

Variable de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Depresión	<p>La depresión es un síndrome donde interactúan diferentes características somáticas, conductuales, afectivas y cognitivas, además de producir ciertas distorsiones; es en gran medida, una distorsión e interpretación errónea de los sucesos que se manifiestan en las cogniciones, contenidos y en los esquemas mentales (Beck, et al 1979 citado por Vázquez, et al., 2000).</p>	<p>La variable depresión se medirá con el Cuestionario de depresión que está constituido por 27 ítems, en dos dimensiones que son la disforia y la autoestima baja, las alternativas de respuesta se dan a través de una valoración de 0, 1 y 2 puntos, donde 0 es el más bajo y 2 el más alto.</p>	<p>Las características de la disforia son el humor depresivo, la preocupación y la tristeza, y la autoestima negativa contiene a la fealdad, maldad y juicios de ineficiencia.</p>	Nominal

Anexo 3: Instrumento de recolección de datos

INVENTARIO DE KOVACS - CDI

Adaptado por: Julio César Borrero B.

COLEGIO:
GRADO: SECCIÓN: FECHA DE HOY:
SEXO: M / F EDAD: FECHA DE NACIMIENTO:
LUGAR DE NACIMIENTO:

INSTRUCCIONES: Los chicos y chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario de 27 grupos se recogen esos sentimientos e ideas. En cada grupo, formado por 3 oraciones, señala una de ellas que sea LA QUE MEJOR DESCRIBA cómo te has sentido durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS. Una vez que termines con un grupo, pasa al siguiente.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Sólo señala la oración que describa mejor CÓMO TE HAS SENTIDO últimamente. Pon una equis (x) en el círculo que hay junto a tu respuesta.

Hagamos un ejemplo. Pon una equis (X) junto a la oración que MEJOR te describa: EJEMPLO:

- | |
|--|
| <p><input type="radio"/> Leo libros siempre</p> <p><input type="radio"/> Leo libros de vez en cuando</p> <p><input type="radio"/> Nunca leo libros</p> |
|--|

Supongamos que has escogido la oración del medio “Leo libros de vez en cuando”, esto quiere decir que ni todos los días ni todas las semanas lees un libro sino sólo de vez en cuando.

RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS ORACIONES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS. DE LAS TRES ORACIONES QUE SE PRESENTAN EN CADA GRUPO ESCOGE SÓLO UNA, LA QUE MÁS SE ACERQUE A CÓMO ERES O TE SIENTES.

1 O Nunca estoy triste. O De vez en cuando estoy triste. O Siempre estoy triste.	2 O Nunca las cosas me salen bien. O A veces las cosas me salen bien. O Siempre las cosas me salen bien.
3 O Hago bien la mayoría de las cosas. O Hago mal muchas cosas. O Todo lo hago mal.	4 O Me divierten muchas cosas. O A veces me divierten algunas cosas. O Nada me divierte.
5 O Siempre soy malo(a).	6

<p><input type="radio"/> Muchas veces soy malo(a).</p> <p><input type="radio"/> Nunca soy malo(a).</p>	<p><input type="radio"/> Nunca pienso que me puedan pasar cosas malas.</p> <p><input type="radio"/> A veces pienso que me pueden pasar cosas malas.</p> <p><input type="radio"/> Siempre pienso que me pasarán cosas muy malas.</p>
<p>7</p> <p><input type="radio"/> Muchas veces odio como soy.</p> <p><input type="radio"/> Algunas veces no me gusta como soy.</p> <p><input type="radio"/> Siempre me gusta como soy.</p>	<p>8</p> <p><input type="radio"/> Siempre las cosas malas que pasan son por mi culpa.</p> <p><input type="radio"/> Muchas cosas malas que pasan son por mi culpa.</p> <p><input type="radio"/> No tengo la culpa de que pasen cosas malas.</p>
<p>9</p> <p><input type="radio"/> Nunca pienso en matarme.</p> <p><input type="radio"/> A veces pienso en matarme, pero no lo haría.</p> <p><input type="radio"/> Siempre pienso en matarme.</p>	<p>10</p> <p><input type="radio"/> Tengo ganas de llorar todos los días.</p> <p><input type="radio"/> Tengo ganas de llorar muchos días.</p> <p><input type="radio"/> Tengo ganas de llorar de vez en cuando.</p>
<p>11</p> <p><input type="radio"/> Siempre me preocupan las cosas.</p> <p><input type="radio"/> Muchas veces me preocupan las cosas.</p> <p><input type="radio"/> De vez en cuando me preocupan las cosas.</p>	<p>12</p> <p><input type="radio"/> Siempre me gusta estar con la gente.</p> <p><input type="radio"/> A veces no me gusta estar con la gente.</p> <p><input type="radio"/> No me gusta estar con la gente.</p>
<p>13</p> <p><input type="radio"/> No puedo tomar una decisión.</p> <p><input type="radio"/> Me cuesta mucho tomar una decisión.</p> <p><input type="radio"/> Tomo decisiones fácilmente.</p>	<p>14</p> <p><input type="radio"/> Tengo buena apariencia.</p> <p><input type="radio"/> Algunas cosas de mi apariencia no me gustan.</p> <p><input type="radio"/> Me considero feo(a).</p>
<p>15</p> <p><input type="radio"/> Siempre me cuesta hacer las tareas.</p> <p><input type="radio"/> Muchas veces me cuesta hacer las tareas.</p> <p><input type="radio"/> No me cuesta hacer las tareas.</p>	<p>16</p> <p><input type="radio"/> Todas las noches me cuesta dormir.</p> <p><input type="radio"/> Muchas noches me cuesta dormir.</p> <p><input type="radio"/> Duermo muy bien.</p>
<p>17</p> <p><input type="radio"/> Estoy cansado(a) de vez en cuando.</p> <p><input type="radio"/> Estoy cansado(a) muchos días.</p> <p><input type="radio"/> Estoy cansado(a) siempre.</p>	<p>18</p> <p><input type="radio"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer.</p> <p><input type="radio"/> Algunos días no tengo ganas de comer.</p> <p><input type="radio"/> Como muy bien.</p>
<p>19</p>	<p>20</p>

<input type="radio"/> No me preocupa el dolor ni la enfermedad <input type="radio"/> Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad. <input type="radio"/> Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.	<input type="radio"/> Nunca me siento solo(a). <input type="radio"/> Me siento solo(a) muchas veces. <input type="radio"/> Me siento solo(a) siempre.
21 <input type="radio"/> Nunca me divierto en el colegio. <input type="radio"/> Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando. <input type="radio"/> Me divierto en el colegio muchas veces.	22 <input type="radio"/> Tengo muchos amigos. <input type="radio"/> Tengo amigos, pero me gustaría tener más. <input type="radio"/> No tengo amigos.
23 <input type="radio"/> Mi rendimiento escolar es bueno. <input type="radio"/> Mi rendimiento escolar no es tan bueno como antes. <input type="radio"/> Mi rendimiento escolar es malo	24 <input type="radio"/> Nunca podré ser tan bueno como otros niños(as). <input type="radio"/> Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños(as). <input type="radio"/> Soy tan bueno como otros niños (as).
25 <input type="radio"/> Muchas veces pienso que nadie me quiere. <input type="radio"/> A veces pienso que alguien me quiere. <input type="radio"/> Siempre pienso que me quieren.	26 <input type="radio"/> Siempre hago lo que me dicen. <input type="radio"/> Muchas veces no hago lo que me dicen. <input type="radio"/> Nunca hago lo que me dicen.
27 <input type="radio"/> Nunca me peleo con la gente. <input type="radio"/> Muchas veces me peleo con la gente. <input type="radio"/> Siempre me peleo con la gente.	

FIN DE LA PRUEBA.

Si has terminado antes de tiempo, repasa tus respuestas.

GRACIAS.

Anexo 4: Autorización de la institución donde se ejecutó la investigación



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Trujillo, 22 de abril de 2022

CARTA N° 030-2022-UCV-VA-EPG-F01/J

Lic. Hedgar Gustavo Sánchez Atencio

Gerente

GERENCIA DE DESARROLLO SOCIAL - LURIGANCHO CHOSICA

Presente. -



ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA APLICAR INSTRUMENTOS PARA EL DESARROLLO DE TESIS

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y al mismo tiempo presentar a la estudiante **ANYELA ROSARIO CUBA DUEÑAS**, del programa de **MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**, de la Escuela de Posgrado Trujillo de la Universidad César Vallejo.

La estudiante en mención solicita autorización para aplicar los instrumentos necesarios para el desarrollo de su tesis denominada: **"PROPUESTA DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS EN LA DEMUNA DE CHOSICA, 2022"** en la institución que usted dirige.

El objetivo principal de este trabajo de investigación es proponer el programa cognitivo conductual para disminuir la depresión en niños y adolescentes de la Demuna de Chosica, 2022.

Agradeciendo la atención que brinde a la presente, aprovecho la oportunidad para expresarle mi consideración y respeto.

Atentamente. -



Mg. Ricardo Benites Aliaga
Jefe de la Escuela de Posgrado-Trujillo
Universidad César Vallejo

ADJUNTO:

- Instrumentos de recolección de datos.

Anexo 5: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro haber sido informado sobre los fines del estudio sobre “Propuesta de un programa cognitivo conductual para tratar la depresión en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022”. Declaro que mi participación es voluntaria y que he sido informado del carácter confidencial con que serán tratados los datos obtenidos.

Firma: _____

Firma Participante-----

Día:...../...../.....

Atte.: Autora:

Cuba Dueñas, Anyela Rosario

Universidad Cesar Vallejo

Anexo 6: Programa

PROPUESTA DE PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESION Y NIÑOS Y ADOLESCENTES

I. INFORMACION

TITULO	Programa Cognitivo Conductual para la depresión en niños y adolescentes
BENEFICIARIOS	Niños y adolescentes, varones y mujeres
INSTITUCION	DEMUNA de Lima
Nº SESIONES	12 sesiones
RESPONSABLE	Br. Cuba Dueñas, Anyela Rosario

II. FUNDAMENTO DEL PROGRAMA

2.1. La depresión

Dentro de la sintomatología de la depresión en niños y adolescentes se pueden percibir entre otras, la apatía, tristeza, irritabilidad, letargo, agresividad, hiperactividad, aburrimiento, culpabilidad, ideas de muerte, o conductas de riesgo, escasa concentración, bajo rendimiento académico, fobia a la escuela, problemas en el sueño, aumento o disminución del apetito y desórdenes somáticos. En los adolescentes resaltan las conductas disociales, negativistas, se exponen al consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias, marcada irritabilidad, agresividad, ideas de inaceptación social, aislamiento, descuido en el aseo y cuidado personal, retraimiento, hipersensibilidad, autorreproche, imagen personal deteriorada, autoestima baja, entre otras. En muchas ocasiones, manifiestan ideas o pensamientos suicidas o autoagresiones (Pacheco y Chaskel, 2016).

2.2. Sustento teórico del programa

Uno de los modelos teóricos más importantes para abordar la depresión, tanto para adultos, como para niños y adolescentes, es la terapia cognitiva conductual, por su eficacia y eficiencia, además porque combina de forma sistemática, las estrategias cognitivas y conductuales, para intervenir en las conductas disfuncionales, pensamientos distorsionados y actitudes desadaptativas, relacionadas con el origen de los síntomas depresivos (Pacheco y Chaskel, 2016)

Es una metodología que consiste en comprender lo que piensan las personas sobre sí mismas, de las otras personas y del entorno que lo rodea y de entender, cómo esto afecta los sentimientos y pensamientos. La terapia cognitiva ayuda a las personas a ubicar los esquemas y pensamientos mantienen los modelos repetidos de ideas estereotipadas y negativas (Beck, et al., 1979)

En este sentido, las sesiones de terapia, conjugan regularmente las técnicas conductuales que incluyen actividades seleccionadas, que sean placenteras, el juego de roles, el entrenamiento en asertividad, para aumentar la motivación, las actividades productivas y disminuir la preocupación e ideas depresivas. Del mismo modo, se pone énfasis en el reconocimiento de los éxitos parciales del propio paciente, reforzando y valorando sus momentos de placer y relacionando sus pensamientos, sentimiento y conducta (Salinas, 1998).

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Diseñar una propuesta de programa cognitivo conductual para tratar la depresión en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022

3.2. Objetivos específicos:

Diseñar sesiones y estrategias cognitivas conductuales para disminuir la disforia en los niños y adolescentes

Diseñar sesiones y estrategias cognitivas conductuales para disminuir la autoestima negativa en los niños y adolescentes

IV. ETAPAS DEL PROGRAMA

- 4.1. Diseño del programa. - Radica en la elaboración del programa, considerando la estructura, las sesiones y estrategias de intervención
- 4.2. Ejecución del programa. - Consiste en el desarrollo propiamente de las sesiones en las fechas programadas
- 4.3. Evaluación. - Se incluye la evaluación previa (pretest) de proceso (después de cada sesión) y la final (postest)

V. METODOLOGÍA TÉCNICAS DEL PROGRAMA

La metodología, tiene su sustento teórico en el Análisis conductual Aplicado, la modificación de conducta y en la terapia cognitiva conductual; incluye al niño o adolescente y en algunos casos a los miembros de la familia o tutores, por ello las sesiones serán desarrolladas de forma individual y/o en pequeños grupos. Se tendrán en consideración el ambiente para trabajar las sesiones, los recursos técnicos, los procedimientos y el tiempo.

En cada sesión se utilizará mínimo una técnica, en otros casos una técnica será repetida y profundizada o se utilizarán estrategias combinadas según sea necesario. Cada sesión será evaluación al termino de la misma para valorar la experiencia.

Las técnicas a utilizarse serán las siguientes:

- ü Asignación progresiva de tareas
- ü Autoinstrucciones y autocontrol
- ü Comunicación verbal positiva
- ü Contrato conductual de contingencias
- ü Economía de fichas
- ü Entrenamiento asertivo
- ü Gimnasia respiratoria

- ü Habilidades sociales
- ü Moldeamiento -modelado
- ü Psicoeducación
- ü Reforzamiento positivo
- ü Relajación muscular progresiva
- ü Resolución de Problemas

VI. SESIONES DEL PROGRAMA

Sesión 1: Bienvenida, encuadre y psicoeducación

Objetivos de ejecución	Estrategia de intervención	Procedimiento	Tiempo y recursos
<p>Realizar el encuadre e informar sobre el inicio y proceso de la intervención y los compromisos que deben asumir los participantes</p>	<p>Bienvenida y Psicoeducación</p>	<p>Se dará la bienvenida a los participantes, se solicitará el consentimiento a los padres del niño o adolescente para proceder a la intervención.</p> <p>Previamente estos niños y adolescentes han sido diagnosticados con signos y síntomas de depresión a través de la evaluación psicológica.</p> <p>Se explicará en detalle las características del cuadro clínico de la depresión en los niños o adolescentes, el proceso de instauración, los conceptos necesarios para su comprensión.</p> <p>Así también se detalla el compromiso, roles y acciones que deben cumplir los participantes (paciente) y los familiares.</p> <p>Además de incluirá las normas de convivencia, duración de las sesiones, las fechas, horarios y responsabilidades de las partes, así como, el inicio y el cierre</p>	<p>Tiempo: 40 minutos</p> <p>Recursos: Diapositivas Registro de asistencia Cuaderno de ocurrencias. La palabra</p>

Sesión 2: Autoinstrucciones y autocontrol

Objetivos de ejecución	Estrategia de intervención	Procedimiento	Tiempo y recursos
<p>Entrenar a los participantes en las Autoinstrucciones y autocontrol para disminuir la sintomatología depresiva</p>	<p>Autoinstrucciones y Autocontrol conductual</p>	<p>Se explica y entrena al participante en el modelado cognitivo y modelado participante, en voz baja y voz alta y en las autoinstrucciones encubiertas.</p> <p>A través de estas se favorece la autorregulación de las conductas y emociones, por ejemplo: "No sirvo para nada" por "si soy capaz de hacer algo bueno", con la finalidad de disminuir los pensamientos e ideas negativas.</p> <p>Modificar el "diálogo interno" para que no dificulte dar solución a las dificultades.</p> <p>Se debe utilizar el "modelo" para guiar al participante que quiere cambiar, se resalta y enseñan realizar autoinstrucciones positivas.</p> <p>Durante este proceso el participante se dice así mismo frases y autoinstrucciones positivas para aumentar su autoeficacia, primero lo realizara en voz alta y luego de manera silenciosa o mentalmente o encubierta.</p> <p>En el autocontrol se seguirá de idéntica forma, identificando y reconociendo los pensamientos, emociones y sentimientos impulsivos, evaluándose permanentemente, modificando el medio ambiente de interacción, distraer la mente, realizar ejercicios de respiración, relajación y de otro tipo</p>	<p>50 minutos</p> <p>Diapositivas Registro de asistencia Cuaderno de ocurrencias. La palabra</p>

Sesión 3: Asertividad y asignación progresiva de tareas

Objetivos de ejecución	Estrategias de intervención	Procedimiento	Tiempo y recursos
<p>Implementar estrategias asertivas y de asignación de tareas para disminuir la depresión</p>	<p>Asertividad</p> <p>Asignación progresiva de tareas</p>	<p>Se explica a los niños o adolescentes sobre las características, importancia y la forma de utilizar la asertividad. En primer lugar, comprender que es una forma de expresarnos de manera consciente, de saber comunicar nuestras ideas y sentimientos a los demás, expresarnos de forma directa, clara y auténtica.</p> <p>En segundo lugar, conocer los derechos asertivos, como el respeto y la consideración por uno mismo y por los demás, tener la capacidad de escuchar y ser escuchado, ser tenido en cuenta y tener en cuenta a los demás, el derecho a equivocarnos, a expresar nuestras virtudes y limitaciones,</p> <p>En tercer lugar, tener autoconfianza, manejar los momentos de ansiedad, la ira o rabia, tener tolerancia a las diferencias que tienen las otras personas respetando que no piensas y sienten igual que nosotros.</p> <p>Una persona asertiva no impone sus ideas, pero tampoco se somete o acepta contra su voluntad ideas ajenas, se es capaz de expresar las opiniones, pero defendiendo los derechos propios, no se busca ganar, sino de llegar a buenos acuerdos.</p> <p>Todas estas características asertivas, se detallan y dan a conocer a través de ejemplos y utilizando el modelado.</p> <p>Realización de tareas graduadas, se empieza asignando actividades que le generen cierto placer o interés, y que sean sencilla en un primer momento, luego se instauran e irán incorporando nuevas tareas y más complejas en la medida que su estado de ánimo siga mejorando.</p> <p>Todo avance hacia la meta, deben ser graduadas, registrarse y evaluarse conjuntamente con el participante.</p> <p>En una primera fase se debe planificar con el participante las actividades a desarrollar, después el terapeuta indicará aumentar el nivel o complejidad de la tarea de acuerdo a sus logros y satisfacción, es</p>	<p>50 minutos</p> <p>Registro de evidencias.</p> <p>Ambiente Silla, computador Materiales de escritorio</p>

		<p>necesario hacerlas por aproximaciones sucesivas y en pequeños pasos o cantidades.</p> <p>Estas tareas deben ser apoyadas por la familia o tutores a su cargo, por ello es fundamental trabajar de manera conjunta.</p>	
--	--	---	--

Sesión 4: Gimnasia respiratoria y Relajación muscular progresiva

Objetivos de ejecución	Estrategias de intervención	Procedimiento	Tiempo y recursos
<p>Desarrollar estrategias de gimnasia respiratoria y relajación musculares para disminuir la sintomatología depresiva Parte I</p>	<p>Gimnasia respiratoria</p> <p>Relajación muscular progresiva de la cabeza y cuello</p>	<p>La respiración profunda es una estrategia fundamental para aliviar al organismo de las tensiones y presiones, porque cuando el oxígeno ingresa al organismo, éste envía al cerebro mensaje de relajación para disminuir la presión arterial y las tensiones</p> <p>Previamente se les indica a los participantes las condiciones para ejercitar la respiración y luego se procede a realizar la respiración abdominal, teniendo en cuenta la posición física del cuerpo, la posición cómoda, primero por la nariz, exhalar el oxígeno como si estuviera silbando, realizarlo entre 3 a 10 veces cada sesión con un intervalo de tiempo entre cada sesión, nótese los cambios que produce su organismo.</p> <p>Una vez que domina la primera parte puede seguir con los ejercicios complementarios más avanzados incrementando la frecuencia y la cantidad.</p> <p>Seguidamente se procede a la relajación muscular, según la secuencia establecida en los manuales y del modelo de Jacobson que ha sido demostrada su utilidad y eficacia científicamente (ver manual). En una primera sesión se empezará la relajación con los músculos de la cabeza / cuello y con los miembros superiores (manos y brazos)</p>	<p>50 minutos</p> <p>Registro de evidencias.</p> <p>Ambiente Silla, computador Materiales de escritorio</p>

Sesión 5: Relajación muscular y habilidades sociales

Objetivos de ejecución	Estrategias de intervención	Procedimiento	Tiempo y recursos
<p>Desarrollar estrategias de gimnasia respiratoria y relajación muscular para disminuir la sintomatología depresiva Parte II</p>	<p>Gimnasia respiratoria.</p> <p>Relajación muscular progresiva de cabeza cuello y los miembros superiores</p> <p>Habilidades sociales</p>	<p>Se repite la secuencia de la sesión anterior sobre gimnasia respiratoria. En relajación muscular se fortalece los ejercicios de cabeza y cuello, así como de los brazos, antebrazos y manos. Luego de reforzar los ejercicios anteriores, se continúa con los siguientes músculos referidos a los hombros, el tórax, los bíceps, pecho, abdomen, para después relajar los músculos del torso, la cadera, muslos, glúteos, piernas y pies (ver la guía detallada de relajación muscular)</p> <p>Las habilidades sociales en niños y adolescentes permiten reforzar competencias para la vida, especialmente para lograr adaptarse y desarrollar el autoconcepto, la autoestima, la asertividad, la comunicación y la escucha activa.</p> <p>En este caso a través del modelado se le entrena a los niños y adolescentes para expresar su empatía, para comunicarse asertivamente con los demás, a defender sus derechos, expresar libremente sus opiniones, sus emociones y sentimientos; a si también a adquirir habilidades para resolver problemas de la vida cotidiana y desenvolverse adecuadamente en el entorno social.</p>	<p>50 minutos</p> <p>Registro de evidencias.</p> <p>Ambiente Silla, computador Materiales de escritorio</p>

Sesión 6: Relajación muscular, detención del pensamiento y reforzamiento

Objetivos de ejecución	Estrategia de intervención	Procedimiento	Tiempo y recursos
<p>Desarrollar estrategias de relajación muscular, ejercitar la detención del pensamiento y reforzar los avances para disminuir la sintomatología depresiva</p>	<p>Relajación muscular progresiva completa</p> <p>Detención del pensamiento.</p> <p>Reforzamiento positivo</p>	<p>Se inicia con algunas técnicas de la sesión anterior, se continúa con la relajación muscular progresiva incluyendo todas las partes del cuerpo (cabeza, cuello, tórax, abdomen, torso, miembros superiores e inferiores)</p> <p>Después, se procede a ejercitar la detención, bloqueo o parada del pensamiento, es una manera de autocontrol para evitar y reducir los pensamientos e ideas rumiativas. Esta técnica se utiliza para disminuir las cadenas de pensamiento que son indeseables o improductivos que se pueden controlar incluso antes que se formulen;</p> <p>Se puede iniciar ubicando un espacio donde se perciba tranquilidad y que está ausente de estímulos distractores porque requiere concentración, la consigna es dejar que fluyan los pensamientos rumiativos que perturban y que son recurrentes, en este caso hay que concentrarnos en este pensamiento en lugar de evitarlo, una vez ubicado el pensamiento perturbador se procede a ‘detenerlo’, utilizando palabras o frases como las siguientes: “Basta”, “fuera de mi mente”, después de varias practicas se sentirá una sensación de liberación, esto requiere practica y constancia; posteriormente ya no será necesario pronunciarlo en voz alta, sino simplemente en nuestra mente.</p> <p>En casa sesión y de acuerdo a los avances que se perciban en el participante, se reforzará cada uno de los logros utilizando reforzadores sociales.</p>	<p>50 minutos</p> <p>Registro de evidencias.</p> <p>Ambiente Silla, computador Materiales de escritorio</p>

Sesión 7: Diálogo socrático y asignación de tareas

Objetivos de ejecución	Estrategia de intervención	Procedimiento	Tiempo y recursos
<p>Entrenar en estrategias para controlar y manejar pensamientos negativos, y asignar tareas para reducir la sintomatología depresiva</p>	<p>Diálogo socrático</p> <p>Asignación de tareas</p>	<p>El diálogo socrático, es una estrategia para reflexionar y sobre esta, poder eliminar o debilitar ciertos pensamientos negativos y cambiar los esquemas que producen dichos pensamientos. De esta forma se tiene la ocasión de iniciar un nuevo patrón, estilo nuevo de organizar la información que se genera en la vida, y por el contrario facilitar la presencia de pensamientos beneficiosos y adecuados.</p> <p>En primer lugar, se seleccionan ciertas preguntas útiles que permitan cuestionarse o reflexionar sobre los pensamientos negativos que uno considera como verdaderos, esto permite poner a prueba la capacidad de cuestionarse uno mismo sobre sus propios pensamientos, por ejemplo: “No sirvo para nada” “mejor sería no estar vivo”, obviamente resaltando la sinceridad, el compromiso con uno mismo, y con los otros, desarrollar una especie de autocrítica con una mente abierta, reflexiva y de adaptación.</p> <p>La capacidad de formular las preguntas adecuadas depende de la creatividad y experiencia del terapeuta y según cada caso en particular, se lleva a que estas preguntas generen más preguntas hasta que las creencias negativas ya no tenga sustento.</p> <p>Algunas preguntas que se pueden realizar están las siguientes:</p> <p>¿Qué pruebas existen de este pensamiento?</p> <p>¿Te ha ocurrido antes, esto que estás pensando?</p> <p>¿cómo sabes que esto que crees realmente existe?</p> <p>¿Conoce algún caso o persona a quien le haya ocurrido algo así?</p> <p>Luego se asignan tareas para la casa:</p> <p>Registrar una serie de eventos o situaciones de ideas irracionales o perturbadoras que tuvo durante la semana.</p>	<p>50 minutos</p> <p>Registro de evidencias.</p> <p>Ambiente Silla, computador Materiales de escritorio</p>

		<p>Escribir las actividades que se realizaron entre estas:</p> <p>Realizar algunas tareas de cuidado personal y de apoyo en los quehaceres del hogar, ordenar su habitación, ir a comprar, ordenar su material educativo, entre otras.</p> <p>No olvidar involucrar a las familias en estas actividades</p>	
--	--	---	--

Sesión 8: Diálogo socrático y contrato conductual

Objetivos de ejecución	Estrategia de intervención	Procedimiento	Tiempo y recursos
<p>Entrenar el autocontrol de pensamientos negativos realizar un contrato conductual para disminuir la sintomatología depresiva</p>	<p>Diálogo socrático</p> <p>Contrato conductual</p>	<p>Continuar con las secuencias de la sesión anterior respecto al diálogo socrático, resumiendo las actividades desarrolladas anteriormente, evaluando las tareas encomendadas.</p> <p>Luego se continúa realizando otros cuestionamientos Socráticos para fortalecer las reflexiones y lograr que se asuman nuevas formas de pensar, en este caso, pensamiento que favorezcan la estabilidad y tranquilidad del niño o adolescente.</p> <p>A continuación, se procede a elaborar un contrato conductual que se lleve a cabo entre el terapeuta, los padres o tutores y el participante, en este caso, se especifican algunas condiciones y acuerdos que se deben asumir, es un intercambio recíproco de recompensas, donde se pone de manifiesto la conducta emitida, las consecuencias de realizarlas o no ejecutarlas, además debe incluir algún tipo de recompensas o refuerzos ante su cumplimiento.</p> <p>En primer término, se elabora un listado de conductas y actitudes desadaptativas que presenta el niño o adolescente; se priorizan y ordenan jerárquicamente, se empiezan a resolver de manera gradual de menor a mayor complejidad, ejecutarla en condiciones de transparencia y compromiso, revisar de forma periódica el cumplimiento, llevando un registro de las evidencias y cumplimientos o no cumplimiento.</p> <p>En el contrato deben establecerse también las consecuencias en caso no se produzcan los cambios, por lo tanto, dichas consecuencias son equivalentes a las conductas producidas.</p> <p>El contrato debe ser justo para ambas partes y en primer término debe ser aceptado por el niño o adolescente. Todo contrato debe ser positivo, sistemático y secuenciales.</p>	<p>50 minutos</p> <p>Registro de evidencias.</p> <p>Ambiente Silla, computador Materiales de escritorio</p>

Sesión 9: Resolución de problemas y entrenamiento asertivo

Objetivos de ejecución	Estrategia de intervención	Procedimiento	Tiempo y recursos
<p>Reforzar la asertividad y brindar estrategias de resolución de problemas</p>	<p>Asertividad</p> <p>Resolución de problemas</p>	<p>Se refuerza en el niño o adolescente las estrategias asertivas que debe poner en práctica en diversas situaciones de la vida cotidiana.</p> <p>Ensayar formas nuevas de expresar sus sentimientos y emociones ante los demás, pero, principalmente comprender, el mismo estado de ánimo, ser consciente y expresarlo de manera directa y auténtica</p> <p>Reforzar los derechos y deberes necesarios y ponerlos en práctica con las personas del entorno (familia, amigos), tener la disposición para escuchar de manera activa.</p> <p>En todo momento las personas se encuentran enfrentando y resolviendo diversos problemas, en este caso, se necesita ejercitar el proceso metacognitivo para comprender el origen de los problemas y buscar la mejor solución; para esto se pueden realizar los siguientes pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar el problema y ubicar la causa y origen que la ha producido 2. Elaborar o plantearse objetivos realistas de solución 3. Se proponen varias alternativas y se eligen las mejores, para ello se anotan a partir de una lluvia de ideas 4. Se elige la mejor alternativa y de toma decisiones (anticipando los resultados o consecuencias) 5. Se pone en práctica de la mejor solución y se verifica con la realidad 6. Se analiza el resultado, se registra el procedimiento, si es positivo, se refuerzan los logros. <p>La solución de problema es un ejercicio que se puede hacer a partir de problemas reales o de supuestos problemas que se presentan en la realidad, pueden ser simples, de mediana y alta complejidad.</p> <p>El terapeuta en este caso procede a enseñar a los participantes el procedimiento paso a paso, para resolver</p>	<p>50 minutos</p> <p>Registro de evidencias.</p> <p>Ambiente Silla, computador Materiales de escritorio</p>

		algún problema que este afectando su afectividad o su estado de ánimo.	
--	--	---	--

Sesión 10: Autocontrol y parada del pensamiento II

Objetivos de ejecución	Estrategia de intervención	Procedimiento	Tiempo y recursos
<p>Reforzar las estrategias de autocontrol y ejercitar la práctica de detención del pensamiento para disminuir la sintomatología depresiva</p>	<p>Autocontrol</p> <p>Bloqueo o parada del pensamiento</p>	<p>En esta oportunidad se refuerza la sesión de autocontrol desarrollada anteriormente y se enseñan nuevas estrategias para manejar y controlar las emociones, sentimiento y pensamiento negativos, y por supuesto convertirlo en positivos y adaptativos.</p> <p>Para esto, se deben combinar ejercicios de respiración y relajación, antes de iniciar el ejercicio autocontrol; se debe explicar que en la medida que el organismo está en condición de relajación las idea y pensamiento tienen un curso diferente (más calmado), con paz interior y con mayor disposición para enfrentar las tensiones emocionales.</p> <p>Las técnicas de autocontrol ayudan a enfrentar de mejor manera los impulsos y las reacciones bajo nuestra propia voluntad. Los ejercicios de autocontrol, implican el control de la respiración, relajar los músculos, la tensión, las ideas irracionales, la tensión, el estrés, la fatiga, las fobias y la tristeza. Enseguida, se trabaja los pensamientos positivos y se deben apoyar en acciones concretas o tareas.</p> <p>A continuación, se deben fortalecer las estrategias de detención o parada del pensamiento a manera de ejercicios con la finalidad de impedir y bloquear los pensamientos intrusivos y que de presentan de manera repetida.</p> <p>Una vez identificados los pensamientos recurrentes y desagradables (listados), así como las emociones disparadoras, se ponen en acción dichos pensamiento y luego se verbalizan los estímulos de parada (palmadas, golpe en la mesa, acompañada con palabras como "basta", "stop", "alto", etc.)</p> <p>Se repiten cuantas veces sean necesarias de manera prudente, sin tener que llegar a la fatiga o aburrimiento del participante, no olvidar de reforzar la participación y desempeño por lo logrado.</p>	<p>50 minutos</p> <p>Registro de evidencias.</p> <p>Ambiente Silla, computador Materiales de escritorio</p>

Sesión 11: Asignación de tareas y economía de fichas

Objetivos de ejecución	Estrategia de intervención	Procedimiento	Tiempo y recursos
<p>Reforzar las estrategias de asignación de tareas y la economía de fichas para disminuir la sintomatología depresiva</p>	<p>Asignación de tareas Economía de fichas</p>	<p>En referencia a la anterior de asignación de tareas para la casa, se continúan con otras de mayor complejidad, pero al mismo tiempo motivadoras sin tener que saturar o agobiar al participante. Dentro de estas tareas se deben incluir aquellas que se realizan en las sesiones terapéuticas, por ejemplo, realizar ejercicios físicos, juegos, actividades académicas cotidianas, quehaceres de la casa, de autocuidado personal y sociales que beneficien y fortalezcan el tratamiento. No olvidar del uso del cuaderno de registro de actividades donde se reportan el cumplimiento o no de las actividades encargadas, para esto es necesario hacer uso de la psicoeducación para que se genere mayor comprensión e involucrar a los padres o tutores. Identificar las tareas que realizar en la semana y explicarle la importancia de llevarla a cabo. A esto se debe implementar la técnica de reforzamiento por fichas que apoyará la el cumplimiento de las tareas; en este sentido se realiza un acuerdo entre el terapeuta, los padres y el participante para dar los reforzadores. Se le explica al participante en que consiste las fichas, como registrara las tareas cumplidas, los padres o tutores darán a conocer los puntos ganados o perdidos según sea el caso, y los refuerzos o premios que podría obtener si cumple con las metas propuestas. Hay que tener presente se siempre se debe tener disposición de los reforzadores para otorgarlo en su debido momento (ver procedimiento detallados de la economía de fichas)</p>	<p>50 minutos</p> <p>Registro de evidencias.</p> <p>Ambiente Silla, computador Materiales de escritorio</p>

Sesión 12: Psicoeducación, habilidades sociales y cierre

Objetivos de ejecución	Estrategia de intervención	Procedimiento	Tiempo y recursos
<p>Realizar entrenamiento en generalización y psicoeducación para disminuir la sintomatología depresiva</p>	<p>Psicoeducación</p> <p>Entrenamiento en habilidades sociales</p>	<p>La psicoeducación es una técnicas, estrategia y procedimiento, que es transversal a todas las sesiones de intervención, sin embargo, en esta oportunidad se debe realizar a manera de orientación y evaluación del proceso conjuntamente con los padres de familia o tutores y con el propio participante. Aquí la psicoeducación, se dará a manera de recomendaciones para la continuidad de las actividades de recuperación y mejora, teniendo como base las diversas técnicas desarrolladas en el proceso de las sesiones desarrolladas.</p> <p><u>Para el participante:</u> Conocer las experiencias del participante, los aprendizajes respecto a las diversas técnicas desarrolladas.</p> <p>Se darán indicaciones para continuar realizando las actividades que permitan fortalecer su autonomía, sus habilidades sociales, el autocontrol, el manejo de su estado de ánimo, la asertividad y otras estrategias cognitivas conductuales para su mejora.</p> <p><u>Para los padres de familia.</u> Se les indicará la importancia del apoyo permanente, el monitoreo y acompañamiento en la continuación de las tareas y actividades recuperativas del niños o adolescente.</p> <p>Motivar y reforzar cada avance hacia el logro de los objetivos propuestos.</p> <p>Estar atentos a los cambios o retrocesos del niños o adolescente, para comunicar a las personas indicadas</p> <p>Fortalecer el compromiso de seguir apoyando cada momento.</p> <p>Por otro lado, se reforzarán las habilidades sociales básicas para interactuar, reforzar las habilidades de comunicación efectiva, el manejo de las emociones, la empatía, la resolución de problemas y la tolerancia.</p>	<p>50 minutos</p> <p>Registro de evidencias.</p> <p>Ambiente Silla, computador Materiales de escritorio</p>

		De esta manera se dará por concluida las sesiones de intervención, dejando abierta la posibilidad de seguimiento y monitoreo.	
--	--	---	--



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, RODRIGUEZ VEGA JUAN LUIS, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Propuesta de un programa cognitivo conductual para tratar la depresión en menores de edad de una DEMUNA de Lima, 2022", cuyo autor es CUBA DUEÑAS ANYELA ROSARIO, constato que la investigación cumple con el índice de similitud establecido, y verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 20 de Julio del 2022

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
RODRIGUEZ VEGA JUAN LUIS DNI: 16739701 ORCID 0000-0002-2639-7339	Firmado digitalmente por: RVEGAJL el 19-08-2022 23:54:46

Código documento Trilce: TRI - 0356687