



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**Programa de recuperación emocional para disminuir la sintomatología
depresiva en adolescentes abusados sexualmente, 2019**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Doctora en psicología

AUTOR:

Mgtr Chero Ballon De Alcantara, Elizabeth Sonia

(ORCID: 0000-0002-4523-3209)

ASESOR:

Dr. Juan Méndez Vergaray

(ORCID 0000-0001-7286-0534)


LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Violencia

Lima-Perú

2020

Acta de aprobación de tesis

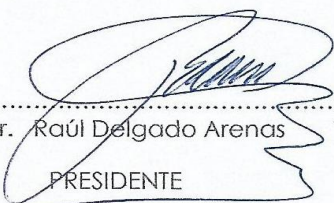
	ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 10 Fecha : 10-06-2019 Página : 1 de 1
---	---------------------------------------	---

El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por doña Elizabeth Sonia Chero Ballon de Alcantara, cuyo título es:


Programa de recuperación emocional para disminuir la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente, 2019.

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de:17..... (número)
.....diecisiete.....(letras).


Lima, San Juan de Lurigancho 18 de enero del 2020


.....
Dr. Raúl Delgado Arenas

PRESIDENTE


.....
Dr. Sebastián Sánchez Díaz

SECRETARIO


.....
Dr. Juan Méndez Vergara

VOCAL

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

Dedicatoria

A mi querida madre por darme la vida y enseñarme el amor a la vida y al prójimo.

A mi esposo e hijo por su comprensión, apoyo y respaldo en todo el proceso de mi formación como profesional.

Agradecimiento

A la Universidad César Vallejo por facilitar el conocimiento científico y las herramientas necesarias para la investigación.

Al Dr. Juan Méndez Vergaray por su asesoría permanente y calidez al compartir sus conocimientos.

A los 10 doctores y jueces que evaluaron ejerciendo su experticia en programas de intervención.

A los 15 adolescentes que formaron parte de este estudio, mi mayor aprecio y agradecimiento por haberme permitido conocerlos y dejar una huella en cada uno de ellos.

Declaratoria de autenticidad

Yo, CHERO BALLON DE ALCANTARA, ELIZABETH SONIA, estudiante de posgrado de la Universidad César Vallejo, sede/filial Lima Este; declara que el trabajo académico titulado “Programa de recuperación emocional para disminuir la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente, 2019” presentada en 158 folios para la obtención del grado de Doctor en Psicología es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajo académico.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

San Juan de Lurigancho, 18 de enero del 2020.



Elizabeth Sonia Chero Ballon de Alcantara

DNI 25657516

Presentación

Señores miembros del jurado de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo. Pongo a vuestra disposición la tesis doctoral titulada: “Programa de recuperación emocional para disminuir la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente, 2019”, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo; a fin de optar el grado de doctor: Doctor en Psicología.

El objetivo de la presente investigación fue: *Determinar la influencia de la aplicación de un programa de recuperación emocional en la disminución de la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente de un hospital público de la Región Callao.* Se buscó demostrar la eficacia de un programa de intervención psicoterapéutica grupal sustentada en investigaciones previas y teorías sustantivas como la bioecológica y del aprendizaje social.

Este informe está compuesto de siete capítulos, de acuerdo con el protocolo establecido por la Universidad César Vallejo.

En el primer capítulo se aborda el planteamiento del problema que sintetiza la realidad problemática de la violencia expresada en la modalidad sexual en la población vulnerable que son los niños y adolescentes, los antecedentes de investigación, la fundamentación científica de las variables en estudio, las teorías y/o enfoques sobre las que se basan, sus dimensiones e indicadores orientando el estudio hacia los objetivos y el planteamiento de las hipótesis, el segundo capítulo se dedicó a la operacionalización de las variables, población, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad, los procedimientos, el método de análisis de datos y los aspectos éticos. En el tercer capítulo se presentan los resultados psicométricos, descriptivos y la contrastación de las hipótesis. En el cuarto capítulo está dedicado a la discusión de los resultados. El quinto capítulo está dedicado a la exposición de las conclusiones. En el sexto se formulan las recomendaciones y en el séptimo se plantea una propuesta de investigación. Finalmente se presentan las referencias y anexos.

La autora

Índice

	Pág.
Acta de aprobación de tesis	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Índice	vii
Indice de Tablas	ix
Índice de figuras.....	x
Resumen.....	xi
Abstract	xii
Resumo	xiii
I. INTRODUCCIÓN.....	14
II. METODO	32
2.1 Tipo y diseño de investigación	32
2.1.1. Tipo de investigación	32
2.1.2. Diseño de investigación.....	32
2.2 Operacionalización de la variable.....	33
2.2.1. Identificación de variables	33
2.2.3 Matriz de operacionalización de variable	34
2.3 Población, muestra y muestreo	34
2.3.1. Población.....	34
2.3.2. Muestra.....	35
2.3.3. Muestreo.....	35
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	36
2.4.1 Instrumento de recolección de datos	36
2.4.2. Validez y confiabilidad del instrumento	37
2.5 Procedimiento	38
2.6 Métodos de análisis de datos	38
2.7 Aspectos éticos.....	39
III. RESULTADOS.....	41
3.1 Análisis psicométrico	41
3.1.1 Validez de contenido por juicio de expertos del Instrumento BDI-IIA.....	41
3.1.2. Validez de constructo del Inventario de depresión de Beck II (BDI-IIA).....	41
3.1.3. Validez de contenido por juicio de expertos del Programa de Atención Psicoemocional	41
3.2 Análisis descriptivo e inferencial de los resultados	42

3.2.1. Determinación del análisis inferencial	42
3.2.2 Contrastación de hipótesis general	43
3.2.3. Contrastación de hipótesis específicas para el factor Afectivo-cognitivo	43
3.2.4 Contrastación de hipótesis específica para el factor Somático	44
IV. DISCUSIÓN	46
V. CONCLUSIONES	49
VI. RECOMENDACIONES	50
VII. PROPUESTA	51
7.1 Propuesta para la solución del problema	51
7.1.1 Generalidades	51
7.1.2 Beneficiarios.....	51
7.1.3 Justificación.....	51
7.1.4 Descripción de la problemática.....	52
7.1.5 Impacto de la propuesta en los beneficiarios directos e indirectos	52
7.1.6 Objetivos	53
7.1.7 Resultados esperados.....	53
7.2 Costos de implementación de la propuesta	54
REFERENCIAS	55
ANEXOS	63

Indice de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Matriz de operacionalización de variable dependiente: sintomatología depresiva	34
Tabla 2. Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk en las diferencias de las variables de estudio para distribuciones en las evaluaciones pre y post test.	42
Tabla 3. Descriptivos y análisis inferencial de diferencias en la sintomatología depresiva según la evaluación pre y post test en el grupo de experimental y control	43
Tabla 4. Descriptivos y análisis inferencial de diferencias en el factor Afectivo-cognitivo según la evaluación pre y post test en el grupo de experimental y control	44
Tabla 5. Descriptivos y análisis inferencial de diferencias en el factor Somático según la evaluación pre y post test en el grupo de experimental y control	45
Tabla 6. Evidencia de validez basada en el contenido por juicio de expertos del Inventario de depresión de Beck II (BDI-IIA)	69
Tabla 7. Evidencia de validez basada en el contenido por juicio de expertos del Programa de atención psicoemocional.	75
Tabla 8. Análisis factorial confirmatorio sus índices de ajuste del Inventario de depresión de Beck (BDI-IIA).	128
Tabla 9. Índices de confiabilidad del Inventario de depresión de Beck (BDI-IIA)	128
Tabla 10. Correlación Ítem – Dimensión 1 (Factor Afectivo - Cognitivo)	129
Tabla 11. Correlación Ítem – Dimensión 2 (Factor Somático)	129
Tabla 12. Baremos según niveles de depresión del Inventario de depresión de Beck (BDI-IIA)	130

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1. Modelo estructural del análisis confirmatorio del Inventario de Beck.	127

Resumen

La investigación tuvo como objetivo demostrar que la aplicación del programa de recuperación emocional influye significativamente en la disminución de la sintomatología depresiva de adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la Región Callao, 2019. El abuso sexual en adolescentes es abordado por el Módulo de atención al maltrato infantil en salud (Mamis) y en razón a la alta demanda, las atenciones son individualizadas y reprogramadas; generando que el daño psicológico se prolongue. La investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo aplicado y diseño cuasi experimental pre y posprueba. El grupo experimental y el de control estuvo constituido por 15 adolescentes, a los que se les aplicó el Inventario de depresión de Beck (BDI IIA). Se aplicó un programa de psicoterapia grupal, al grupo experimental en 17 sesiones durante 8 semanas y luego se comparó a los dos grupos. Para analizar los datos se utilizó el estadístico t student para la comparación de medias. Los resultados revelaron que el grupo experimental disminuyó significativamente la sintomatología depresiva a diferencia del grupo control, encontrando una $t = 20.34$ y un $p = <.001$. La diferencia de las medias en el pos-test se incrementó a favor del grupo experimental en las dos dimensiones somática $t = 17.52$ y un $p = <.001$ y afectivo cognitiva $t = 18.97$ y un $p = <.001$. Por lo que se concluye que el programa de recuperación emocional disminuye significativamente la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente y se propone capacitar a los psicólogos en el entrenamiento de este.

Palabras clave: adolescentes, programa, depresión, abuso sexual.

Abstract

The research aimed to demonstrate that the application of the emotional recovery program significantly influences the decrease in depressive symptomatology of sexually abused adolescents in a public hospital in the Callao Region, 2019. Sexual abuse in adolescents is addressed by the Attention Module to child abuse in health (Mamis) and due to high demand, care is individualized and rescheduled; causing the psychological damage to continue. The research is quantitative, applied type and quasi-experimental design pre and post-test. The experimental and control group consisted of 15 adolescents, to whom the Beck Depression Inventory (BDI IIA) was applied. A group psychotherapy program was applied to the experimental group in 17 sessions for 8 weeks and then compared to the two groups. To analyze the data, the t-student statistic was used to compare means. The results revealed that the experimental group significantly decreased the depressive symptomatology unlike the control group, finding a $t = 20.34$ and a $p = <.001$. The difference of the means in the post-test was increased in favor of the experimental group in the two somatic dimensions $t = 17.52$ and a $p = <.001$ and cognitive affective $t = 18.97$ and a $p = <.001$. Therefore, it is concluded that the emotional recovery program significantly reduces depressive symptomatology in sexually abused adolescents, and it is proposed to train psychologists in its training.

Keywords: adolescents, program, depression, sexual abuse.

Resumo

A pesquisa teve como objetivo demonstrar que a aplicação do programa de recuperação emocional influencia significativamente a diminuição da sintomatologia depressiva de adolescentes vítimas de abuso sexual em um hospital público da região de Callao, 2019. O abuso sexual em adolescentes é abordado pelo Módulo de Atenção ao abuso infantil em saúde (Mamis) e devido à alta demanda, o atendimento é individualizado e remarcado; causando o dano psicológico para continuar. A pesquisa é quantitativa, do tipo aplicado e do delineamento quase experimental, pré e pós-teste. O grupo experimental e controle foi composto por 15 adolescentes, aos quais foi aplicado o Inventário de Depressão de Beck (BDI IIA). Um programa de psicoterapia de grupo foi aplicado ao grupo experimental em 17 sessões por 8 semanas e depois comparado aos dois grupos. Para analisar os dados, foi utilizada a estatística t-student para comparar as médias. Os resultados revelaram que o grupo experimental diminuiu significativamente a sintomatologia depressiva ao contrário do grupo controle, encontrando $t = 20,34$ e $p < 0,001$. A diferença das médias no pós-teste foi aumentada em favor do grupo experimental nas duas dimensões somáticas $t = 17,52$ e $p < 0,001$ e afetivo cognitivo $t = 18,97$ e $p < 0,001$. Portanto, conclui-se que o programa de recuperação emocional reduz significativamente os sintomas depressivos em adolescentes vítimas de abuso sexual e propõe-se treinar psicólogos em seu treinamento.

Palavras-chave: adolescentes, programa, depressão, abuso, sexual.

I. INTRODUCCIÓN

La trascendencia de realizar una investigación relacionada con la violencia sexual en adolescentes entre 13 a 17 años se sustenta en el hecho del incremento en las derivaciones de las instituciones vinculadas a la protección del menor al sector salud. La concientización acerca de los derechos del menor ha permitido la visibilización del delito y su consecuente denuncia; sin embargo, los servicios psicológicos públicos presentan protocolos de atención individualizada y enfocada en aspectos diagnósticos que prolongan el trauma postergando el tratamiento psicoterapéutico y generando un vacío en el conocimiento acerca de los constructos principales y modalidad de intervención que se deben aplicar en la terapia con énfasis en la etapa de vida adolescente.

Los especialistas de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) efectuaron un informe en el que detallaron la situación a nivel mundial sobre la prevención de la violencia, en el que mencionan que el 71% de América, el 66% de Europa, el 56% de Mediterráneo Oriental, el 50% de Asia, el 26% del Pacífico Occidental y el 15% de África cuentan con asistencia en salud mental necesaria dirigida a personas víctimas de violencia. Por otro lado, los técnicos del Fondo de población para las Naciones Unidas (Unfpa 2018) realizaron un Plan estratégico de salud reproductiva y sexual en el 2013 y en su reporte indicaron un porcentaje de 35% de mujeres que habían sufrido de violencia física o sexual durante toda su vida. En este sentido, Fouché y Walker-Williams (2015) desarrollaron un estudio aplicando el metaanálisis en donde señalaron que la prevalencia de abuso sexual en menores es alta y que el 18% se da en niñas y un 7% en niños.

Respecto al panorama de la violencia, los especialistas del Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (Unicef, 2018) reportaron que en América Latina y el Caribe el 1,1 millón de niñas y adolescentes entre las edades de 15 a 19 años han experimentado violencia sexual o cualquier otro tipo de acto sexual de forma forzada, incluso desde la etapa de la infancia. Asimismo, del total de los afectados, el 46% ejecutaban tareas en su ambiente familiar cuando fueron víctimas del agresor. Además, el 38,2% manifestaron antecedentes de violencia familiar de forma indirecta o directa; el 31% concernían a familias de tipo monoparental y el 40% pertenecían a familias mixtas, mientras que un 82,6% de los agresores eran individuos conocidos de la víctima y el 11,7% mencionó no

tener conocimiento del victimario; finalmente destacaron que las formas más utilizadas por los agresores sexuales para abatir a las víctimas eran la amenaza y el chantaje.

Los datos estadísticos detallados en los párrafos que preceden, por los especialistas de OMS (2017) y Unicef (2018) son explícitos acerca de la violencia sexual infantil, lo cual plantea inquietudes o dudas que se relacionan con las consecuencias físicas y psicológicas en un niño o adolescente después de un abuso sexual. En tal sentido, las repercusiones que se presentan a largo plazo son evidenciadas en la edad adulta, lo cual está documentado a nivel mundial en los manuales diagnósticos y estadísticos de trastornos mentales de la American Psychiatric Association (2013). De la misma forma, en una investigación realizada en Sudáfrica por Fouché y Walker-Williams (2015) quienes refieren que las consecuencias más comunes de un abuso sexual incluyen trastornos en la salud mental, presentándose problemas como depresión, ansiedad, estrés postraumático, uso de sustancias, trastornos de la personalidad, incapacidad para confiar en los demás y tendencias a la revictimización.

En el Perú, aún se pueden evidenciar actitudes y conductas machistas tanto de hombres como de mujeres, es así, que esta problemática es normalizada en algunas familias y sectores, como las redes sociales y otros medios de comunicación tal como lo analizan los técnicos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (Inei,2016) y se documenta en la encuesta nacional de relaciones sociales 2013 y 2015 (Enares) mediante los indicadores de violencia sexual y familiar en el Perú, en el que reportaron que el 6,5% de las mujeres expresaron haber sufrido violencia sexual causado por su esposo o pareja. Asimismo, señalaron que la mayor prevalencia de violencia sexual se encontró en los departamentos de Apurímac, Cuzco y Ayacucho, mientras que, en la Provincia constitucional del Callao, reportaron un aproximado de 1,6% de casos, siendo una cifra considerablemente alta. De la misma forma, una investigación más detallada sobre la problemática es la de Inei (2018) “Perú: Indicadores de Violencia familiar y sexual, 2009-2018” reportó las denuncias por violencia sexual según sexo referente al periodo de Enero-Junio del 2018, corresponden a 215 efectuadas por hombres y 3276 por mujeres; siendo del rango de edad menores a 18 años, 169 realizadas por hombres y 2103 por mujeres; mientras que en la Provincia Constitucional del Callao, 14 denuncias presentadas por hombres y 196 por mujeres. Asimismo, los especialistas del Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables (Mimp, 2016) reportan que los eventos de abuso

sexual frecuentemente comienzan de manera precoz en las niñas y se mantienen constante en fases extensas de tiempo, lo que implica que existen retos dirigidos para la prevención y la denuncia, así como las causas que están enlazadas a este tipo de violencia. En ese sentido, nuestro país posee diversas leyes dirigidas a la protección de los niños, niñas y adolescentes respecto a la violencia, aunque los servicios son limitados en lo que respecta al adecuado tratamiento y atención de las víctimas. No obstante, los sistemas tradicionales que se inclinan por la vergüenza y la sanción continúan siendo las modalidades frecuentes de reparación. Por otro lado, los organismos formales poseen problemas para articular con las redes sociales convencionales pertenecientes de los niños, niñas, adolescentes, así como también de sus progenitores y/o cuidadores, siendo el motivo que estos no confían en ellos. En consecuencia, de lo anterior, se obtiene una baja cantidad de casos que se denuncian y se reparan.

El Ministerio de Salud (MINSa), es un organismo rector de salud en el Perú, cuyos directivos asumen este problema desde la orientación y dirección de salud mental, entendida como actividad promocional, preventiva o recuperativa. La recuperación de niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente está a cargo de los hospitales especializados, de tal forma que los técnicos de la Dirección Regional de Salud del Callao (Diresa, 2017), exponen en la sala situacional que un 8,6 de diagnósticos de depresión fueron abordados por los profesionales del Módulo de Atención al Maltrato Infantil en Salud (Mamis) quienes atendieron casos aproximadamente de 60 niños y adolescentes con problemas relacionados a situaciones de violencia de tipo físico, psicológico o sexual y en muchas circunstancias ocasionados dentro de su ambiente familiar y en otros casos observan como causalidad: soporte familiar inadecuado, lo cual reflejaba que el niño, niña o adolescente provenía de un hogar en el que existía una dinámica familiar caótica y la relación de quienes la componen es negativa ; asimismo, se detectó la actitud de padres ausentes en la crianza de sus hijos o los roles no se encontraban definidos y finalmente, la presencia de hogares constituidas por familias extensas, familias monoparentales con características de problemáticas relacionadas a interferencia educativa. De igual manera, los técnicos de la oficina de estadística e informática de la Diresa (2017) reportaron que los adolescentes atendidos presentaron indicadores de depresión; como la irritabilidad, sentimientos de tristeza permanente, poco interés por el futuro, baja autoestima y problemas de conducta.

En relación a estrategias de intervención educativa orientadas a la recuperación emocional de adolescentes facilitando el desarrollo de habilidades para el afronte según, Martínez, Hernández y Godínez (2012) no presentaron efectos positivos; sin embargo, en el ámbito psicológico, el enfoque cognitivo conductual centrado en los modelos conductuales y las técnicas cognitivas demostraron efectos positivos en las personas con problemas de salud, logrando que estas desarrollen estrategias para su autocuidado, construyendo modos de afrontamiento a problemas que le produzcan estrés, control emocional, entre otros, tal como lo plantearon Hofmann, Asnaani, Vonk y Sawyer (2012).

Específicamente, para el abordaje de la depresión, el modelo desarrollado por Beck *et, al.* (2010), indica que las manifestaciones depresivas se producen por un funcionamiento inadecuado de la información producto de la activación de una serie de distorsiones cognitivas generadas por acontecimientos importantes en la vida del sujeto, lo cual conlleva a un conjunto de síntomas fisiológicos, emocionales o comportamientos disfuncionales.

En la revisión de antecedentes de estudio a nivel internacional se consideró el trabajo ejecutado por Driessen, Schulz, Jander, Ribbert, Gerhards, Neuner, y Koch-Stoecker (2019) en Alemania con el propósito de apreciar la efectividad de un programa de tratamiento cognitivo conductual en pacientes entre los 18 a 65 años, que asistía ambulatoriamente en comparación con el tratamiento típico en personas hospitalizados con el mismo diagnóstico. Para la evaluación se manejó el Inventario de depresión de Beck con el propósito de categorizar el nivel de intensidad de los síntomas. El diseño fue de tipo prospectivo observacional, cuasiexperimental con grupo control. Los resultados revelaron que el programa hospitalario fue más efectivo que el ambulatorio, con un p valor de 0,01.

Algunos estudios más actualizados en Estados Unidos como el de Guastafarro, Zadzora, Reader, Shanley y Noll (2019) se enfocaron en la prevención. Ejecutaron un programa orientado a la prevención del abuso sexual infantil centrado en los padres para ser aplicado en los horarios de educación física. El método lo desarrollaron en tres fases que comprendía la elaboración de contenidos, elaboración psicométrica de un instrumento para medir y un piloto. En las conclusiones explican que el módulo de prevención CSA enfocado en los padres está diseñado para ser incluido en los programas

de educación física y recomiendan que sus logros serán evaluados en un futuro ensayo controlado aleatorio.

A nivel Latinoamericano, Guerra y Barrera (2017) realizaron una investigación en Chile aplicando psicoterapia cognitiva conductual centrada en el trauma con víctimas de abuso sexual. El objetivo del estudio fue realizar un piloto aplicando el protocolo de la terapia a 21 adolescentes de sexo femenino cuyas edades oscilaban entre 12 a 17 años todas víctimas de abuso sexual. Reportaron que 14 de ellas completaron el programa mientras que 7 de ellas fueron del grupo control. Cada una de las participantes respondió a los instrumentos de autorreporte que se llevó a cabo para evaluar la sintomatología de estrés post traumático de depresión. Destaca en los resultados que el grupo de intervención disminuyó significativamente su sintomatología, en tanto el grupo de comparación no mostro variaciones. La discusión versó sobre la necesidad de obtener evidencia real sobre la efectividad del tratamiento.

Schneider y Habigzang (2016) desarrollaron en Brasil la aplicación de un programa denominado Gruposoterapia cognitivo - comportamental Superar en formato individual a dos adolescentes de 9 y 16 años con sintomatología clínica de depresión y estrés vinculado a violencia sexual. Ejecutaron una evaluación pre y postest con dos instrumentos psicológicos manteniendo el mismo contenido del programa de aplicación grupal con duración de 70 minutos cada sesión. Los resultados revelaron diferencias en las puntuaciones de las medias concluyendo que la efectividad del programa grupal de 16 sesiones también era efectiva disminuyendo la sintomatología en psicoterapia individual.

Otro estudio referido a la intervención con programas fue el que planteó Walker y Fouché (2015) quienes analizaron los beneficios de aplicar programas de intervención grupales, para lo que utilizaron una muestra intencional de 10 mujeres que habían atravesado un episodio de abuso sexual infantil y utilizaron el método cuasi experimental para el estudio. Entre sus resultados, desatacaron que los participantes evidenciaron cambios favorables en un periodo de seis meses sobre la visión de sí mismas. Además, establecieron que el estado emocional de las mujeres se relaciona con el proceso cognitivo consciente, el cual permite conductas decisivas para el esfuerzo continuo con el fin de reconstruir una narrativa pos-trauma coherente.

Por otra parte, ciertos estudios internacionales como el de Raes, Griffith, Van der Gucht y Williams (2014) diseñaron un plan de atención plena encaminado a disminuir y prevenir los trastornos depresivos en adolescentes, a través de grupos de control pertenecientes a 5 colegios diferentes elegidos al azar. El método que emplearon para la investigación fue de modelo lineal jerárquico. La población del estudio para el grupo de ensayo estuvo conformada por 12 clases que tenían de 10 a 24 estudiantes con edades que iban de 13 a 20 años, de igual manera fue para el grupo control. Entre sus hallazgos observaron que el grupo experimental evidenció disminuciones significativas en depresión, sobre el grupo control que fue moderada (d de Cohen $>.30$) ya sea para las causas pre-post y post seguimiento de los síntomas depresivos en condición de atención plena.

De igual manera, Johnstone, Rooney, Hassan y Kane (2014) diseñaron un programa de intervención con el objetivo de prevenir la ansiedad y depresión. Su muestra estuvo constituida por estudiantes elegidos al azar, fueron 910 sujetos de edades que oscilaban los 9 y 10 años. El modelo que se utilizó para el estudio fue de regresión lineal de efectos combinados. El estudio reveló que no se evidenciaron cambios significativos de reducción en los grupos de trabajo en cuanto a la sintomatología de depresión y ansiedad, obteniéndose puntajes de ($p= .507$) para el grupo de intervención y un ($p= .208$) para el grupo control. De lo descrito se concluye que no se mostraron resultados propuestos por los autores en cuando a la eficacia del programa.

Asimismo, Rowe, Sperlich, Cameron y Seng (2014) llevaron a cabo una investigación con el propósito de analizar la eficacia de un programa de intervención para mujeres embarazadas que hayan tenido algún antecedente de maltrato en la niñez a través de la psicoeducación. El diseño que se ejecuto fue cuasi experimental y se trabajó con una muestra piloto de 17 mujeres y para el grupo de observación fueron 43. Los resultados mostraron diferencias en las puntuaciones obtenidas con respecto al tamaño del efecto, la percepción del cuidado obtuvo la puntuación más alta, con una d de Cohen de $.58$, lo que se considera moderado, explicando un 8% de la varianza y la en las puntuaciones del grupo de depresión posparto se obtuvo una d de Cohen de $.23$, considerándose pequeña con un 2% de varianza total explicada. Con ello, se llegó a la conclusión de que la intervención sí beneficia a mujeres gestantes que hayan sido víctimas de maltrato infantil.

Respecto a los estudios de índole nacional referente a esta problemática son muy escasos, siendo uno de ellos el de Soplopucó (2019) quién efectuó un estudio con el propósito de evaluar el efecto de un taller de terapia racional emotiva en adolescentes del departamento de Trujillo pertenecientes a una institución educativa estatal. Se utilizó el diseño de investigación cuasi experimental y la muestra abarcó 24 adolescentes de ambos sexos, organizados de modo equitativo para el grupo experimental y de control, conformándose por 12 participantes cada grupo. El instrumento de evaluación que se empleó fue el Cuestionario de depresión para niños (CDS). Sus hallazgos evidenciaron una reducción en la sintomatología depresiva respecto al grupo experimental con niveles bajos, en comparación a la previa ejecución del taller, donde se observaba niveles altos, además, dichas puntuaciones pre y pos-test en el grupo experimental lograron una media menos póstuma a la aplicación del programa ($p < .05$). Se concluyó que la ejecución del programa evidenció efectos beneficiosos en la disminución de la sintomatología de la depresión en la muestra de estudio.

Otro estudio lo realizó Mendoza (2017) quien efectuó una investigación con el propósito de determinar el resultado de aplicar un programa que busca prevenir niveles de depresión y mejorar la autoestima en jóvenes estudiantes de una institución educativa pública de Villa el Salvador, de nivel secundario. Empleó el diseño cuasi experimental. La muestra del estudio estuvo constituida por 62 adolescentes de edades entre 16 y 17 años, de ambos sexos pertenecientes a quinto de secundaria, organizados en dos grupos, uno experimental y uno control. Se empleó como instrumento de medición el Inventario de depresión de Beck y el Inventario de Autoestima de Barksdale, de las que se realizó una adaptación a priori del estudio. Como resultados se hallaron diferencias significativas del antes y después en el grupo experimental a nivel de autoestima y depresión, así como en puntajes de pos-test de ambos grupos, revelando que el programa es efectivo y beneficioso para elevar la autoestima y disminuir la depresión.

Descrita la problemática y vistos los antecedentes se planteó la pregunta de investigación ¿Cuál es la influencia de la aplicación del programa de recuperación emocional en la disminución de la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la Región Callao, 2019?, de la misma forma se formularon los dos problemas específicos (a) ¿Cuál es la influencia de la aplicación del programa de recuperación emocional en la disminución de la sintomatología afectivo -

cognitivo de la depresión en adolescentes abusados sexualmente? y (b) ¿Cuál es la influencia de la aplicación del programa de recuperación emocional en la disminución de la sintomatología somática de la depresión en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la Región Callao, 2019?

Por lo tanto, la importancia de la presente investigación se encuadró hacia aspectos o niveles teórico, metodológico, práctico, epistemológico y legal.

En relación con el nivel teórico, los hallazgos que se obtengan permitirán acercarnos a un abordaje psicoterapéutico eficaz, breve, sistematizado – en los adolescentes que hayan sido víctimas de alguna modalidad de violencia sexual y experimentan sintomatología depresiva. Conocedores de la vulnerabilidad de la etapa de vida adolescente es que al actuar en escenarios de prevención secundaria es necesario desarrollar estrategias de intervención efectivas basadas en un modelo teórico bajo el enfoque cognitivo conductual, siendo considerado como efectivo en abordaje para la depresión según Pérez y García (2001).

En cuanto al nivel metodológico, se ha planteado un diseño de investigación que proporcione las evidencias para intervenir y disminuir las secuelas en población afectada. Asimismo, se ha trabajado con los criterios de juicio de expertos para los instrumentos utilizados. De esta manera, su trascendencia metodológica permitirá facilitar otros estudios vinculados a la problemática de la violencia.

A nivel práctico, los resultados de esta investigación serán beneficiosos para implementar y diseñar nuevos programas que estén orientados a la recuperación emocional de problemas de diversa índole dirigido a población adolescente que hayan sido víctimas de violencia. Además, como se ha mencionado con anterioridad, algunos estudios como el de Allen, *et al.*, (2016) plantearon la aplicación de estrategias de intervención psicoeducativa en la recuperación y desarrollo de habilidades personales, así como modos de afrontamiento en los adolescentes con resultados favorables.

En el aspecto epistemológico, la investigación permite la relación de sujeto-objeto. El investigador participa como parte de un todo de relacionamientos sociales para buscar el conocimiento y comprensión de la violencia como objeto de estudio en función a sus influencias. Desde esa mirada, considera la revisión de las teorías sistémicas y ecológicas que explican la violencia en el entorno del niño y adolescente y los aspectos

metodológicos propios de la investigación considerando los aspectos éticos en la recolección de los datos con la pretensión de colocarlos en condiciones hipotéticas y para verificar la influencia de la variable independiente sobre la sintomatología depresiva como dependiente.

En el ámbito legal, hoy en día la violencia familiar y el maltrato infantil constituyen un problema que aqueja a la estructura familiar peruana según el Mimp, (2018). Ahora bien, es responsabilidad del estado el velar por las personas víctimas de violencia; tal y como lo refiere la Constitución Política del Perú en el Art. No 2, donde explicita que toda persona tiene derecho a gozar de bienestar y desarrollarse como persona; en ese sentido los especialistas del Ministerio de Salud consideran importante desarrollar acciones que permitan a los establecimientos de salud realizar una intervención adecuada a las menores víctimas de violencia. En tal sentido, el Módulo de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud (Mamis) regulada en la Directiva Sanitaria No 041-Minsa/Dgsp-V.01 aprobada mediante RM No 472-2011/Minsa fue creado con el objetivo de prevenir, detectar, atender, recuperar y reintegrar a los niños, niñas y adolescentes que hayan sido víctimas de violencia, mediante una atención integral de un equipo interdisciplinario.

Con respecto a la definición de violencia, según el diccionario de la Real Academia Española (2001) menciona que es la acción y efecto de violentar, se refiere a la acción violenta de actuar o preceder, así como también a la acción de violar los derechos de un sujeto. Asimismo, los especialistas de la OMS (2016) refieren que es el uso intencional de la fuerza, el uso del poder físico y cualquier forma de amenaza dirigido hacia él mismo u otra persona, grupo o comunidad de sujetos, y que de ello ocasione o tenga altas probabilidades de provocar lesión o muerte, secuelas psicológicas, privaciones o trastornos de desarrollo. Dichos eventos violentos se expresan de modo físico, psicológico y sexual, por medio de negligencia física o psicológica, alterando el estado emocional de la persona víctima de violencia.

Es pertinente precisar que los especialistas de la OMS (2017) clasificaron en tres categorías generales a la violencia, el primero es según las características de la persona que comete el acto violento; es así que considera a la violencia autoinfligida como aquellas conductas auto lesivas y un comportamiento suicida. Este tipo de violencia incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio; auto maltrato y automutilación. Otra

categoría es la violencia interpersonal, la cual se divide en dos: familia y pareja, la cual se ocasiona entre los miembros que componen la familia o a la pareja y que por lo general sucede dentro del hogar o la comunidad y en otras ocasiones se da en personas que no guardan parentesco. La última categoría es la violencia colectiva que se subdivide en tres: social, política y económica. Otro análisis al respecto se reporta en el informe de América Latina referente al Estudio Mundial de las Naciones Unidas (2016), aquí sus profesionales exponen que la violencia es manifestada de muchas maneras, una de ellas es la violencia física, expresada en golpes, cortes, empujones, jalones de cabello o brazos, pellizcos, cachetadas, puñetes, etc.; mientras que la violencia psicológica se entiende como la expresión de insultos, indiferencia, descalificaciones, gritos, etc. La violencia de índole sexual tiene mayor prevalencia en niños y niñas, así como en adolescentes, puede ser ejercida a través de la intimidación, el chantaje, las amenazas, los tocamientos indebidos sin autorización de las víctimas. Además, informan que el tipo de violencia que se da por negligencia física y psicológica es manifestado mediante el desinterés o desprotección dirigida al individuo que padece alguna discapacidad, minoría de edad o vejez.

En el contexto psicológico han emergido teorías sobre el origen de la violencia, siendo una de ellas la teoría contextual, en donde explica la influencia del aspecto cultural y social en el desarrollo del individuo que se encuentra en formación. En ese sentido, Allen, Moore, Kupermic y Bell (2016) señalaron que las culturas se muestran variables con respecto a lo que deben aprender los niños. Los contextualistas hacen énfasis en que el niño y el medio están en cambio permanente y que esto tiene efectos en el otro. De modo que, es incorrecto establecer patrones a nivel universal o aspectos concluyentes en el desarrollo. Papalia y Wendkos (2017) destacan que Lev Vygotsky es el principal representante de la “ley genética del desarrollo cultural” y resaltan de su teoría que cualquier tipo de función expresada dentro del desarrollo del niño a nivel cultural, se presenta en dos planos distintos; ya que, en primera instancia se observa dentro del plano social y después se evidencia en el plano psicológico.

Una de las teorías que mejor explica el desarrollo del niño es la teoría ecológica de Urie Bronfenbrenner, que sostiene que la vinculación del medio ambiente donde se desarrolla el sujeto con las propias y únicas características de este. Para la comprensión del desarrollo, estas únicas características ejercen una clara influencia en el medio provocando un cambio, de modo que ayudan a potenciar o no ciertos procesos evolutivos.

De ahí que, estableciendo las respuestas y las reacciones que tienen los demás, los niños se transforman en configuradores de su medio según lo propuesto por Bronfenbrenner y Morris (1998).

En la teoría de los sistemas ecológicos, Bronfenbrenner (1998) describe el proceso de desarrollo como dinámico e interactuante con los múltiples niveles de entorno que rodean al niño y al adolescente e influyen en su desarrollo. El entorno es percibido como un conjunto de estratos que se relacionan entre sí, algunos más próximos o distantes de los niños. Uno de ellos es el microsistema, el cual está representado por el medio próximo, la familia, siendo establecida por el padre, madre, hermanos, abuelos, tíos y algunos parientes que se encuentren más cerca de la persona. Asimismo, se considera también aquellos sujetos ajenos al medio familiar con los cuáles la persona crece y aporta en su formación, siendo un ejemplo las familias adoptivas, vecinos, maestros y compañeros de escuela. Es en estos dos primeros niveles en los que el niño y el adolescente se expone a situaciones de violencia en la modalidad de abuso sexual.

En lo que respecta al mesosistema, Fernández, Ibáñez, Ballestas y Beltrán (2018) exponen aquellos escenarios en donde el individuo interactúa con mayor frecuencia. Es así como los dos sistemas expuestos aportan a que la persona actúe y se desenvuelva; así como que ambos sistemas se interrelacionen entre sí a través del entorno del sujeto; un claro ejemplo es cuando los progenitores visitan a sus hijos en el colegio, las familias se reúnen para organizar ciertas actividades vecinales, los sujetos asisten a ambientes recreativos en paralelo con sus familias. Otro componente por mencionar es el exosistema, que está constituido por los organismos y leyes educativas; entes religiosos, dogmas y otras normas determinadas por distintas religiones; medios comunicativos como la televisión, radio, prensa; los ambientes de diversión, así como también las instituciones del gobierno, áreas policiales, nosocomios y otras entidades de índole administrativo público. Finalmente, en su teoría explica que el macrosistema, abarca mucho más que el escenario próximo con el que se relaciona el sujeto, un ejemplo de ello son las creencias que engloba a las diversas religiones y modos de vida diversos, como las clases sociales y las tradiciones propias de cada cultura o subcultura. De modo que, es en este nivel en que los individuos pueden verse influenciados por determinantes externos que no necesariamente exigen la presencia de la persona, un ejemplo de ello es la pobreza, los partidos políticos del país o la situación económica mundial.

Según Papalia y Wendkos (2017) la violencia es originada por componentes biológicos, así como psicológicos, sin embargo, hoy en día también se toma en cuenta nuevos aspectos que son de índole ambiental, los cuales han ocasionado modificaciones en la etiología de la violencia, pues actualmente los adolescentes interactúan en escenarios violentos debido a la ausencia de sus padres, generando que ellos no tengan reglas, ni una imagen de autoridad bien establecida; en otras palabras, la violencia es originada por la escases de atención y afecto necesarias para los adolescentes, ya que están aún en pleno desarrollo. No obstante, se observan casos en donde los progenitores se encuentran junto a los adolescentes, pero el clima familiar que predomina es violento, siendo parte de ello los insultos y gritos, así como las agresiones físicas en la convivencia diaria.

Otras postulaciones que explican la violencia, son las teorías que sustentan las terapias relacionadas de segunda generación en donde se integran los principios conductuales a los aspectos cognitivos como la que fue propuesta por Bandura y Walters (1974), los cuales explican que el aprendizaje de tipo social se establece por medio de modelos presentados en el medio en donde el individuo se relaciona permanentemente, asimismo recalcan que en las familias se muestra una tendencia a ignorar las acciones de generan atención por parte de los hijos, mostrando una reacción en cuyo caso se presenta la conducta de manera intensa o constante. Además, dichos autores resaltaron que los niños que expresan una elevada agresividad suelen darse en contextos donde los padres constantemente tienden a desaprobado o castigar fuertemente las actitudes de índole agresiva, por ende, la respuesta agresiva se convertirá en aquella respuesta aprendida en ciertas situaciones diferentes o dirigidas a individuos u objetos. Asimismo, Bandura (1987) en la teoría del aprendizaje social expone que las acciones de agresión suelen adherirse por medio de la observación, así como la imitación de conductas violentas, las cuales no se establece obligatoriamente por la presencia de los estados de frustración. En este sentido, la violencia por imitación no se origina necesariamente en el ambiente social, por lo tanto, la violencia imaginaria ya sea en modo en los medios televisivos como películas o series generan un alto nivel de sugestibilidad, sobre todo en aquellos sujetos que aún se encuentran en proceso de formación, maduración o bajo desarrollo.

Por su parte, la teoría cognitiva de Beck (1979) planteó su aporte basado en un modelo estructural que tiene como fin expresar en funcionamiento psicológico de índole

normal, así como mundial. En primera instancia, plantea la presencia de un filtro mental con el que la persona enfrentaría los diversos eventos, los designa esquemas, los cuales son los encargados de regular las interpretaciones diarias. En lo que respecta a la terapia cognitiva, la denominación de esquema es referida o entendida como la unión de significados idiosincrásicos que ayuda a que el individuo encuentre sentido a los distintos eventos de su vida. Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) describen como se van construyendo las estructuras cognitivas a través de nuestro sistema cultural y aprendizaje y en ciertas situaciones, si pueden convertirse en conductas patológicas como es en la problemática de la violencia

Con respecto a la depresión, Beck (1987) plantea que el pensamiento tiene un papel importante en el desarrollo de problemas emocionales, es así que propone el principal esquema denominado triada cognitiva. Desde su modelo teórico explica la perspectiva negativa que tiene un sujeto de sí mismo, del medio que lo rodea y del futuro. En ese mismo sentido, aquella persona que experimenta una depresión la caracteriza como una visión negativa de su propia persona, atribuyéndose como despreciable, sin valor, resaltando sus aspectos negativos y no ve nada bueno de sí. Asimismo, Beck (1979) resalta aquellos elementos negativos de su medio y/o contexto, así como también a los individuos con los que se relaciona. Además, se muestra pesimista, creyendo que el futuro de su vida es catastrófico e irremediable, así como percibe presencia de desgracias y hechos de dolor. En consecuencia, en este punto de la triada cognitiva, denomina la visión negativa del futuro, como la desesperanza y esta se encuentra fuertemente enlazada con el riesgo suicida.

Las vivencias inesperadas que se experimentan en un abuso sexual generan afectos negativos en los adolescentes. Beck, *et al.*, (2011) mencionan que los síntomas depresivos surgen como consecuencia de la apreciación del daño y la pérdida de autocontrol de la persona; en otras palabras, disminuye la percepción de autocontrol. Según el modelo cognitivo de Beck (1979) los tres tipos de condiciones conocida como la triada cognitiva, la cual consiste en que el individuo: posee pensamientos desfavorables de su persona, del entorno y del futuro. Asimismo, señalan que los pensamientos distorsionados se generan principalmente en experiencias adversas vividas a edades tempranas, lo que genera al pasar del tiempo la triada cognitiva. Es ese mismo sentido, desarrolla en sus sesiones de terapia, los pensamientos distorsionados, haciendo que la

persona los reconozca e identifique con el propósito de hacer una reevaluación de estas. De la misma forma, plantea que si la persona se encuentra en una fase depresiva no se centre la terapia en acontecimientos desfavorables que ocurrieron en el pasado, sino que se centre en la problemática presente.

En el análisis de la teoría cognitiva Ellis (2003) basado en los postulados de Beck plantea que la depresión puede aparecer de manera repentina y uno de los aspectos que predomina en este trastorno es el de índole cognitivo que está ligado a estados de ánimo disfóricos y a la evocación selectiva de situaciones o eventos, ya que, al encontrarse en dicho estado la persona recuerda hechos negativos generando un bloque de sentimientos positivos, estimándose como merecedora de los agravios de los que la rodean. Igualmente, el modelo mencionado presenta el esquema del A-B-C; explicando que en primer lugar se observa la experiencia activadora la cual se presenta de manera inesperada, en la B se encuentran las creencias o pensamientos irracionales que se generan en la persona y finalmente en la C, encontramos la consecuencia emocional o conductual que se da después del evento.

De la misma forma, el aporte explicativo de la depresión destacado por Vázquez, Hervás, Hernán y Romero (2010), acerca de la teoría de la indefensión o también llamada desesperanza aprendida, sostiene que sujeto que haya experimentado sucesos negativos del pasado y que en la actualidad no haya logrado superar o combatir, está propenso a desarrollar un tipo de pensamiento que le hace creer que ante cualquier evento negativo que atravesase, él no tendrá control sobre esta situación. Es así como, frente a situaciones desagradables solo atinará a la resignación y aceptación. Esta forma de pensar deduce que la persona cree que sus acciones no presentan sentido de lo que tiene alrededor y que es incapaz de tener el control ante dichos eventos. Luego, se originan sentimientos de pesimismo, desesperanza e inseguridades los cuales lo tornan triste y pasivo.

Ahora bien, frente a las distintas teorías del enfoque cognitivo conductual, se puede afirmar que la más representativa es la que fue propuesta por Beck (1987), ya que percibe la depresión como un efecto de las distorsiones que pueden presentarse en un individuo al momento de procesar la información que recoge de su entorno. En base a este modelo, el sujeto experimentó en el pasado un conjunto de sucesos perjudiciales que provocan una construcción de un esquema de vida pesimista en lo que respecta a los tres sentidos: de sí mismo, del entorno y del futuro, como lo destacan Kontunen, Timonen,

Muotka, y Liukkonen (2016). Asimismo, los pensamientos que son distorsionados la dirigen a elaborar una percepción errónea de las situaciones, predominando el carácter pesimista según Vázquez *et al.*, (2010). Desde esta perspectiva, Beck, Epstein y Harrison (1983), explicaron la depresión desde el modelo cognitivo y mencionaron la vulnerabilidad, de modo que ésta está fuertemente ligada a la presencia de esquemas cognitivos distorsionados, los cuales poseen actitudes desfavorables y negativas en base a situaciones de pérdida, fracaso, inadecuación, entre otros.; dichas actitudes contienen distorsiones en la que consideran que la felicidad está vinculada a hábitos perfeccionistas o a la necesidad de recibir la aceptación de las personas.

Respecto a la gravedad de los episodios depresivos según World Health Organization (2019) en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) expone tres niveles: leve, en la medida que se manifiesten por lo menos dos de los tres criterios más comunes del trastorno depresivo (ánimo depresivo, desinterés, discapacidad para disfrutar y exceso de fatiga), el sujeto afectado no presentará conflictos para realizar su actividad laboral; el otro nivel se clasifica moderado, es cuando el individuo ejerce aunque con problemas sus actividades laborales, sociales y domésticas y el último nivel es grave, se da cuando la persona presenta los tres síntomas típicos, así como una significativa angustia y una baja autoestima, sentimientos de inferioridad, de modo que según García *et al.*, (2015) se debe mostrar mucha atención frente al riesgo de intento suicida. Posiblemente, la persona que presente una depresión grave atine a mantener una escasa actividad doméstica, social y laboral.

En los aspectos clínicos, según los especialistas del World Health Organization (2019) sostienen que la depresión puede aparecer con diversos síntomas, los cuales pueden presentarse de diversa manera dependiendo de cada individuo y episodio, no necesariamente por modificaciones del ambiente. Al efectuar un diagnóstico de un episodio depresivo y detallar su nivel de severidad, se debe tomar en consideración que los síntomas se aprecien en un periodo mínimo de dos semanas, sin embargo, en algunos casos de manera excepcional el tiempo disminuye, este último planteamiento también lo reporta Weersing, *et al.*, (2017). Se debe tomar en cuenta que parte de la sintomatología de la depresión se encuentra la reducción de los procesos cognitivos como la atención y concentración, la auto desconfianza, inferioridad, culpabilidad, sentirse inútil (también en el nivel leve), futuro catastrófico, pensamientos e intentos suicidas o las propias auto

agresiones, falta de apetito y trastornos del sueño; que también lo reportan en su estudio Vargas, *et al.*, (2019).

Según el manual de clasificación internacional de enfermedades (CIE-X) el diagnóstico de un episodio depresivo leve se debe tomar en cuenta la pérdida de interés y la incapacidad para disfrutar de las cosas, como el incremento de cansancio o fatiga, de los cuales deben estar presentes dos o tres criterios para poder diagnosticar a la persona en este nivel. Además, debe presentar dos manifestaciones ya anteriormente mencionadas, sin que se evidencie un grado intenso, es decir, el sujeto habrá tenido problemas para desarrollar con normalidad sus actividades, pero no las abandona. Para el diagnóstico del episodio depresivo de nivel moderado, se deben apreciar dos o tres manifestaciones del episodio leve, asimismo tres o cuatro de los otros síntomas. Este nivel según García y Carbajal (2017) se caracteriza porque la persona tiene grandes dificultades para realizar sus actividades con normalidad y de igual forma, pueden o no presentar síntomas somáticos. Por otro lado, para el diagnóstico de un episodio depresivo grave se debe tomar en cuenta que, la persona puede o no presentar síntomas psicóticos y se caracteriza por presentar incapacidad para realizar sus actividades, suele apreciarse el riesgo suicida y en algunos casos conductas suicidas, suelen estar presentes síntomas somáticos, si no existen síntomas psicóticos deben estar presentes tres criterios del episodio moderado y cuatro de los otros criterios. El diagnóstico se da con un mínimo de dos semanas, por ser exclusivamente graves o de apertura muy rápida. Si existen síntomas psicóticos, se manifiestan además ideas de delirio, alucinaciones o estupor depresivo.

Considerando las intervenciones psicoterapéuticas en la problemática de la depresión se considera a los programas que, según Vega (1998) son métodos que cuentan con una estructura conformada primordialmente por autores naturales y/o institucionales, articulándose en relación a las actividades cuyo objetivo es lograr cambios en busca de soluciones; y vinculados al tema en estudio. En ese mismo sentido, Sweetland, Guerra y Acha (2004) lo definen como un conjunto de actividades orientada al abordaje de condiciones clínicas y que siguen pautas estructuradas orientadas a regular aspectos afectivos y conductuales bajo modalidades individuales o grupales. Así mismo García-Peña, *et al.*, (2015) refieren que la terapia basada en el enfoque cognitivo conductual busca disminuir las distorsiones cognitivas que generan emociones y conductas mediante una serie de estrategias basadas en el aprendizaje que coincide con lo planteado por

Vázquez, Hervás, Hernán, y Romero, (2010). Es importante destacar los últimos avances en psicoterapia tal como lo menciona Furukawa, *et al.*, (2017) quienes al realizar un metaanálisis de las diferentes modalidades de intervención y llegaron a la conclusión que estas son efectivas al inicio del tratamiento cuando los niveles de depresión son leves o moderados. Los últimos estudios referenciados por el Hospital Larco Herrera en su guía clínica para el abordaje de la depresión en adultos (2017) basados en evidencias realizados por el Instituto Nacional de Salud revelaron que la terapia cognitiva conductual es la más efectiva contrastándola con otros tipos de abordajes psicoterapéuticos tales como, la terapia interpersonal, la terapia racional emotiva y el sistémico familiar.

En torno a la forma de ejecutar la terapia tanto en formato individual como grupal el modelo cognitivo conductual lo esquematiza a través de programas que son herramientas necesarias en la intervención psicológica y social como lo señala Vega, (1998). En este mismo sentido, la intervención cognitiva conductual a diferencia de otro modelo de terapia ha desarrollado programas específicos para intervención en patologías tales como depresión, ansiedad, entre otros según Pavlovsky y Abadi (1980). Asimismo, en situaciones de enfermedad médica con complicaciones emocionales y comorbilidad con ansiedad o con depresión, las investigaciones realizadas por Cline, Guilford y Birch (2015) reportan evidencias favorables en la disminución de sintomatologías.

El programa de atención psicoemocional fue creado por el equipo técnico de psicólogos de la organización no gubernamental Centro de estudios de problemas económicos y sociales de la Juventud (Cepesju) cuyas integrantes las psicólogas y psicoterapeutas Castro, Altamirano, Buendía y Campos (2013), lo elaboraron como parte de un Programa de Apoyo a la Reforma en Salud (Parsalud) y en el marco del programa de atención psicoemocional a afectados por tuberculosis. El programa comprende la aplicación de 17 sesiones divididas en 3 fases y tiene la característica de ser un programa estructurado en la que se aplican técnicas cognitivas, emocionales y conductuales. Se efectúa de forma grupal y hasta dos veces por semana con una duración máxima de 75 minutos. El programa de atención psicoemocional fue validado en su efectividad en 4 regiones a través de 14 talleres de entrenamiento con asistencia de psicólogos y psiquiatras en 6 capacitaciones en Diresa La Libertad, Arequipa y Lambayeque y Disa Lima Ciudad y Lima Este. (Memoria institucional,2014).

Con respecto a la etapa de la adolescencia, según las estadísticas del Hospital Víctor Larco Herrera (2017) se estima que en la población mayor de 12 años se ha reportado una prevalencia promedio nacional de 7,6% de episodios depresivos con una prevalencia anual que es del 4% en Lima rural. Según reporte de los técnicos de la OMS (2016) algunos fallecen por accidentes automovilísticos, crímenes, suicidios, enfermedades que pudieron prevenirse o tratarse, inconvenientes de un embarazo precoz, entre otros. Unicef (2018) reportó que la violencia dirigida a los adolescentes es cualquier tipo de manifestación expresada de manera física, psicológica o sexual, se da en escenarios como la casa, escuela o la comunidad.

Desde esta perspectiva, y con el fin de aportar evidencia sobre la eficacia de este programa se hipotetizó en forma general que: La aplicación del programa de recuperación emocional influye significativamente en la disminución de la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente. Y como hipótesis específicas se formuló, (a) la aplicación del programa de recuperación emocional influye significativamente en la disminución de la sintomatología afectiva cognitiva de la depresión en adolescentes abusados sexualmente y (b) la aplicación del programa de recuperación emocional influye significativamente en la disminución de la sintomatología somática de la depresión en adolescentes abusados sexualmente. Como objetivo general se buscó determinar la influencia de la aplicación del programa de recuperación emocional en la disminución de la sintomatología depresiva de adolescentes abusados sexualmente y como objetivos específicos: (a) determinar la influencia de la aplicación del programa de recuperación emocional en la disminución de la sintomatología afectivo cognitiva de la depresión en adolescentes abusados sexualmente y (b) determinar la influencia de la aplicación del programa de recuperación emocional en la disminución de la sintomatología somática en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la Región Callao, 2019.

II. METODO

2.1 Tipo y diseño de investigación

2.1.1. Tipo de investigación

La investigación es de tipo aplicada también llamada empírica o práctica El estudio de tipo aplicado se orienta por la búsqueda de la aplicación o utilización de todos los conocimientos alcanzados, en paralelo que se adhieren a otros, posteriormente de sistematizar e implementar la practica regida al estudio. Los resultados y el conocimiento propiamente dichos de la presente investigación serán utilizados para brindar de manera sistemática y organizada de conocer a la realidad (Murillo, 2008).

2.1.2. Diseño de investigación

La investigación tiene como diseño es una planificación de diferentes técnicas o estrategias que se aplicaron para obtener resultados, respondiendo al planteamiento de la investigación (Hernández, Fernández y Baptista 2014 p.128) Es así, que en el presente trabajo de investigación se utilizó el diseño experimental en razón a la manipulación de manera intencional de las variables para obtener resultados (Cazau,2006), de tipo cuasi experimental, porque no hay control completo del mismo según Ato, López y Benavente (2013).

Esquema:

Grupo	Preprueba	Intervención	Posprueba
GE	O1	X	O2
GC	O3	-	O4

Donde:

GE	Grupo experimental
GC	Grupo control
X:	Programa de recuperación emocional
---	Sin programa
O1, O3:	Pre-Test
O2, O4:	Post Test

2.2 Operacionalización de la variable

Se entiende como variable a aquella propiedad que puede cambiar y cuya variación es factible de medirse. De ahí se desprende que la operacionalización de la variable es una transformación que sufrió propiamente la variable de estudio en elementos de observación, los indicadores en ítems, mediante la elaboración de los instrumentos de medida, que dio como resultado la medición del instrumento (Hernández *et al.*, 2014).

2.2.1. Identificación de variables

Variable independiente (VI) Programa de atención psicoemocional

Según Kerlinger (1988, p 42-43) es “manipulada por el examinador y es la supuesta causa de la variable dependiente”.

Definición operacional

En la presente investigación se utilizó un programa validado por el Minsa (2015), con enfoque cognitivo conductual, modalidad grupal, que comprende la aplicación de técnicas cognitivas, emocionales y conductuales. Organizado en fases con un total de 17 sesiones, una frecuencia de dos veces por semana en un aproximado de 8 semanas, con una duración de 75 minutos por sesión.

Variable dependiente (VD) Sintomatología depresiva

Es aquel conjunto de características que recibe los efectos de la variable independiente. (Kerlinger,1988).

Definición operacional

En el presente trabajo se consideró a la sintomatología depresiva caracterizada por un valor complejo de desviaciones en las emociones, cogniciones y comportamientos que no es representado por un discreto desorden psiquiátrico. Estas desviaciones se cuantifican en puntuaciones y niveles del Inventario de depresión de Beck. Tiene dos factores: somático y afectivo cognitivo (Beck,1967).

2.2.3 Matriz de operacionalización de variable

Tabla 1

Matriz de operacionalización de variable dependiente

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Nivel/Rango		
Depresión	Factor afectivo – cognitivo	Tristeza	1	Ordinal presenta 1= gía Leve 2= sintomatolo gía moderada 3= sintomatolog ía grave	Depresión mínima de 0 a 13		
		Pesimismo	2				
		Fracaso	3				
		Pérdida de placer	4		Depresión leve 14 a 19		
		Sentimiento de culpa	5				
		Sentimiento de castigo	6				
		Disconformidad con uno mismo	7		Depresión moderada; 20 a 28		
		Autocrítica	8				
		Pensamiento o deseos suicidas	9				
		Factor somático			10	10	Depresión grave 29 a 63
					11,	11,	
					Llanto	12	
					Agitación	13	
					Pérdida de interés	14,	
					Indecisión	15	
	Factor somático		Desvalorización	16,	Depresión grave 29 a 63		
			Perdida de energía	17,			
			Cambios en hábitos de sueño	18			
			Irritabilidad	19			
			Cambios en el apetito	20,			
			Dificultad de concentración	21			
		Cansancio o fatiga					
		Placer sexual					

Nota: Tomado de Beck (2011)

2.3 Población, muestra y muestreo

2.3.1. Población

Lepkowsky (2008) refiere que la población tiene la peculiaridad de ser expresada como el conjunto de unidades que reúnen características similares entre sí.

La población estuvo conformada por todos los adolescentes de ambos sexos que hayan sido pacientes derivados de los centros de emergencia mujer y del poder judicial, en un período comprendido desde la primera semana de agosto hasta la tercera semana de setiembre del 2019 quienes por ser víctimas de violencia en cualquier modalidad

acudieron para recibir atención especializada psicológica: diagnóstica y recuperativa en un servicio de psicología de un hospital público. En el período establecido se registró 60 adolescentes víctimas de violencia en general de los cuáles 37 acudían por ser víctimas de abuso sexual en la modalidad de tocamientos indebidos. (Mamis, 2019)

2.3.2. Muestra

Murray (1990) refiere que la muestra es una parte de la población en total y que esta es de corte representativa, es decir representa a la población y extrae la información necesaria para realizar los análisis de datos. Se consideró a todos los adolescentes reclutados entre la primera semana de agosto y la tercera de setiembre y para homogeneizar al grupo de estudio solo se consideró a los derivados de la modalidad de tocamientos indebidos. Se recluto 37 adolescentes utilizando criterios de inclusión quedando fuera 7 adolescentes. Se trabajó con muestras apareadas o equivalentes que consiste en aparear a los adolescentes de acuerdo a sus puntuaciones equivalentes en la prueba de depresión. De forma tal que se constituyeron 15 pares y luego aleatoriamente se distribuyó uno para el grupo experimental y otro para el control. (Alarcón,2013)

2.3.3. Muestreo

Ñaupas, Mejía, Novoa y Villagómez (2011) mencionan que el modelo de muestreo es de corte no probabilístico intencionado pues no todas las personas tendrán la probabilidad de incluirse en la elección para la evaluación y la decisión. En este estudio fue tomada partiendo de los criterios de selección considerando los siguientes:

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

Adolescentes de ambos sexos, cuyas edades sean iguales o mayores a 13 años, víctimas de la modalidad de abuso sexual con puntuaciones de depresión hasta 28 puntos.

Adolescentes cuyos padres o tutores firmen el consentimiento informado.

Adolescentes de ambos sexos, víctimas de abuso sexual, modalidad tocamientos indebidos

Adolescentes que al aplicar la ficha psicológica no reporten eventos anteriores de depresión.

Adolescentes reclutados entre las semanas primera semana de agosto y tercera de setiembre del 2019.

Criterios de exclusión

Adolescentes de ambos sexos, cuyas edades sean menores de 13 o mayores de 19 años, víctimas de la modalidad de abuso sexual con puntuaciones de depresión mayores a 28 puntos.

Adolescentes, cuyos padres o tutores no firmen el consentimiento informado.

Adolescentes de ambos sexos, víctimas de la modalidad de abuso sexual, que no firmen el asentimiento informado.

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

El aporte de Hurtado de Barrera (2010) en la explicación de las técnicas de recolección de datos consiste en destacar que son aquellas que muestran correspondencia con los procesos que se emplean para alcanzar resultados, entre ellos se distingue a la observación, documentales, las encuestas, técnicas sociométrías, entre otros.

Para la presente investigación se considera el aporte de Pino (2007), que considera a la encuesta como la técnica que logra la adquisición de datos de los sujetos de investigación de un modo confiable. Por ende, se empleará con el propósito de recoger los datos de las adolescentes víctimas de abuso sexual, pudiendo ser esta de manera oral o escrita según Arias, (2012).

2.4.1 Instrumento de recolección de datos

Inventario de Depresión de Beck – II (BDI-II)

Los autores de la prueba original son Beck, Steer y Brown (2010). Se realizó una adaptación en versión española, la cual fue ejecutada por Sanz y Vásquez (2011), mientras que la adaptación en Lima, Perú la realizó Carranza (2013). La edad base para ser aplicada es de 13 años en adelante y el tiempo promedio de administración oscila entre 5 a 10 minutos. Es un instrumento de autoinforme de tipo lápiz y papel, compuesto por 21 reactivos cuyo objetivo es medir e identificar el grado de severidad de la sintomatología depresiva en personas mayores de 13 años (Beck, Steer y Brown, 2011). Los ítems que componen el BDI-II fueron diseñados en consonancia con los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos vigentes en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) de la Asociación Psiquiátrica Americana (2013).

Cada ítem contiene cuatro opciones de respuesta y se califica en una escala de 4 puntos las cuáles van desde el 0 hasta el 3, estas se califican y se suman dando un total

que puede estar entre 0 y 63. El puntaje total de la prueba oscila entre 0 (puntaje mínimo) y 63 (puntaje máximo), siendo más alta la puntuación en el inventario, mayor la sintomatología depresiva, y viceversa. Para el presente trabajo de investigación se utilizó las puntuaciones de la adaptación realizada por Carranza, (2013) para categorizar los niveles de depresión: de 0 a 6, depresión mínima; de 7 a 11, depresión leve; de 12 a 16, depresión moderada; y de 17 a 63, depresión grave.

Los 21 síntomas que evalúa este instrumento son: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo.

En los estudios de recolección de evidencias de validez basadas en la estructura interna de la prueba, Beck *et al.*, (2011) emplearon un análisis factorial exploratorio (AFE), encontrando dos factores: el primero denominado dimensión somática (pérdida de energía, cansancio o fatiga, pérdida de interés, cambios en los hábitos de sueño, entre otros) y un segundo nombrada dimensión cognitiva (autocrítica, disconformidad con uno mismo, pensamientos o deseos suicidas, desvalorización, etc.).

2.4.2. Validez y confiabilidad del instrumento

A. Validez

El inventario de Depresión de Beck (BDI-IIA) es un instrumento adaptado a la población de Lima de acuerdo con el estudio de Carranza (2013), donde los resultados mostraron adecuadas evidencias de validez. La validez de contenido se estimó mediante el criterio de 10 jueces expertos, siendo los puntajes valorados por el Coeficiente de V de Aiken, donde todos los reactivos revelaron índices que oscilan entre 1 y $p < 0.01$ (Aiken, 1980; Escurra, 1988), indicando la claridad, sencillez y precisión para la medición de la depresión. En cuanto a la validez de constructo, se halló a través de la técnica del análisis ítem-test y estructura factorial, mostrando correlaciones significativas pues los valores son superiores a 0.30, además presentó en la prueba de KMO un valor de 0.929, una estructura factorial de dos componentes en donde los ítems mostraron saturaciones mayores a 0.35.

Para el presente trabajo de investigación se realizó la validez de contenido por el método de juicio de 5 expertos obteniendo un V de Aiken dentro de los parámetros de un índice mayor de 0.70 siendo aceptables para la investigación según Escurra (1988).

B. Confiabilidad

De acuerdo a la confiabilidad del instrumento en su adaptación a la población limeña (Carranza, 2013) mostró adecuados índices que se ajustan a nuestra realidad, pues reveló en el análisis de la consistencia interna un valor en el Alpha de Cronbach ($\alpha=0.878$), en el método de dos mitades ($r=0.799$, $p<0.01$), en la correlación de pares y nones ($r=0.803$, $p<0.01$), mientras que el coeficiente test retest el cual se encargó de analizar la estabilidad de la prueba ($r=0.996$, $p<0.01$). (Guttman, 1945).

En este sentido, se ejecutó un estudio piloto resultando un valor de Alfa de Cronbach de ($\alpha=0.878$) presentando los ajustes pertinentes.

2.5 Procedimiento

La recolección de la información se realizó en un hospital público de la Región Callao, con este fin se solicitó a la coordinación de posgrado las cartas de presentación y las solicitudes de permiso correspondiente al director del hospital en atención al jefe de la Oficina de Apoyo a la docencia e Investigación. Posteriormente, se procedió con la reunión con los padres para que firmen el consentimiento informado del grupo experimental y finalmente la firma del asentimiento informado de los participantes. Se desarrolló el programa de tratamiento solo al grupo experimental, mientras que el grupo control recibió la atención psicológica sin la aplicación del mismo. Finalmente se tomó la medida post a los dos grupos.

2.6 Métodos de análisis de datos

Benavente, (2015) destaca la importancia del análisis de datos ya que se presenta en el instante de aplicación de los instrumentos que miden las variables y permite un análisis descriptivo, siendo pertinente la elaboración de la base de datos de las variables, con el fin de ejecutar el análisis apropiado a dicha información.

Inicialmente se evaluó las evidencias de validez basado en el contenido mediante el criterio de jueces, analizando estos resultados mediante la V Aiken. Con respecto a los resultados descriptivos, inicialmente se evaluó la asimetría de las distribuciones a fin de

valorar la pertinencia del uso de la media como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de variabilidad, en otro caso de asimetría, se considerará la mediana y el rango intercuartílico respectivamente.

Para la presentación de resultados descriptivos se usó a la media (M) como medida de tendencia central y a la desviación estándar (DE) como medida de variabilidad. Estas medidas y usó se justifica dado el análisis de las distribuciones de las variables de estudio en el que la asimetría de todas ellas se encontró en los límites usualmente considerados como asimetría no pronunciada con $A < 3.00$ (Kline, 2016). Para el análisis inferencial, se realizó un análisis de normalidad inferencial con el objetivo de determinar el uso de estadísticos inferenciales paramétricos o no paramétricos. Este análisis indicó la pertinencia del análisis paramétrico, por lo que se usó la t de Student para el cálculo del valor de significancia estadística de las diferencias entre las puntuaciones pre y pos-test. Para el análisis de la significancia práctica de las diferencias se calcularon los tamaños del efecto. En este último procedimiento se consideró los puntos de corte para tamaño del efecto pequeño, moderado y grande, siendo estos de $d = 0.20, 0.50$ y 0.80 respectivamente (Cohen, 1988). Para el procesamiento de datos y análisis estadístico se usó software IBM SPSS Statistics en su versión 25.

2.7 Aspectos éticos

Las consideraciones éticas velan por el respeto de los derechos de cada uno de los participantes, así como brinda calidad en los datos recogidos en todo el proceso de estudio (Álvarez, 2018). Las pautas éticas de este estudio se basaron en el compromiso y grado de responsabilidad, prescindiendo del plagio, así como de falsedades, prevaleciendo el respeto por la propiedad intelectual de cada uno de los autores que se han citado en todo el estudio bajo las pautas señaladas por la American Psychological Association, (2010). Asimismo, frente a la recolección de datos, se tomó en cuenta la participación de modo voluntario de cada individuo y la confiabilidad en el procesamiento de los datos. Además, se certificó la correcta organización del propósito del estudio, la confidencialidad de los datos y el empleo de ellos únicamente con fines de investigación.

De modo que, los padres y los participantes firmaron un consentimiento y asentimiento informado indicando su participación voluntaria y en donde se especificó

los objetivos de la investigación, asimismo se indicó que las respuestas al instrumento de medición son confidenciales y utilizadas únicamente para los fines señalados. Finalmente, cada protocolo del BDI-II tuvo un código para mantener en el anonimato a los participantes y proteger la identidad de estos. Finalmente, se cumplió con todas las normativas dadas por las autoridades de la Escuela de Posgrado y títulos de la Universidad César Vallejo.

III. RESULTADOS

3.1 Análisis psicométrico

3.1.1 Validez de contenido por juicio de expertos del Instrumento BDI-IIA

En la tabla 7 (anexo 4) se observan las evidencias de validez del instrumento basada en el contenido, mediante el juicio de cinco expertos, quienes se encargaron de hacer la revisión del contenido con el fin de determinar la pertinencia, relevancia y claridad de cada uno de los ítems que conforman el inventario, dando un puntaje de (1=de acuerdo o 0=desacuerdo); los valores asignados a cada ítem se procesaron utilizando el coeficiente de V de Aiken cuyos resultados $\geq .90$ resultan adecuados según Escurra (1988).

3.1.2. Validez de constructo del Inventario de depresión de Beck II (BDI-IIA)

En el análisis factorial confirmatorio se obtuvieron los siguientes valores para cada índice de ajuste, en el índice residual de la raíz cuadrada media (SRMR = 0.052), el índice de bondad comparativo (CFI =0.927), el índice de ajuste comparativo (TLI= 0.918) y (RMSEA= 0.081); asimismo, se presentó el modelo 01, donde se correlacionan los errores e1 con e3 y e6 con e7 mejorando el índice de ajuste obteniendo el índice residual de la raíz cuadrada media (SRMR = 0.048), el índice de bondad comparativo (CFI =0.944), índice de ajuste comparativo (TLI= 0.937) y (RMSEA= 0.071), para ello, Ruiz *et al.*, (2010) refiere que los índices de ajustes son adecuados para la investigación.

La confiabilidad por consistencia interna se determinó por medio del coeficiente de Alfa de Cronbach y se obtuvo un valor de ($\alpha = .967$) y para las dimensiones: afectivo cognitivo ($\alpha = .954$) y somático ($\alpha = .878$), los cuales se ajustan dentro los valores aceptados por Cronbach (1990).

3.1.3. Validez de contenido por juicio de expertos del Programa de Atención

Psicoemocional

Se ejecutó la validez de contenido mediante el juicio de diez expertos, quienes determinaron la pertinencia de cada uno de los criterios del Programa de atención psicoemocional, ellos proporcionaron un puntaje de (1=Malo, 2=Regular; 3=Bueno; 4=Muy Bueno); los valores asignados a cada criterio se procesaron utilizando el coeficiente de V de Aiken y se obtuvieron valores mayores a $\geq .80$, lo cual evidencia que son válidos (Escurra, 1988).

3.2 Análisis descriptivo e inferencial de los resultados

Es el procedimiento que clasifica y categoriza la información a través de figuras, cuadros o gráficos. Rendón, Villasis y Miranda (2016).

3.2.1. Determinación del análisis inferencial

Tabla 2

Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk en las diferencias de las variables de estudio para distribuciones en las evaluaciones pre y post test.

Variables	Estadístico	gl	<i>p</i>
Grupo experimental			
Factor afectivo-cognitivo	.913	15	.151
Factor somático	.954	15	.594
Depresión	.926	15	.242
Grupo de control			
Factor afectivo-cognitivo	.951	15	.536
Factor somático	.855	15	.020
Depresión	.947	15	.480

Inicialmente se hizo un análisis estadístico inferencial sobre la normalidad poblacional. Este se realizó con el estadístico de Shapiro-Wilk dado que el número de sujetos en la distribución evaluada correspondió a un número menor de 30. Como resultado se obtuvo que no se rechazó la hipótesis nula de distribución poblacional normal en el Factor Afectivo-cognitivo y en la variable total de Depresión, por lo que se concluyó por el uso de estadísticos paramétricos en estos. En la distribución para el Factor Somático se tuvo $p = .020$, sin embargo, se hará consideración de la propiedad de robustez de la prueba de t de Student a fin de considerar este valor como una pequeña desviación de la normalidad poblacional. Es así que se determinó el uso de la t de Student para analizar la significancia estadística de la diferencia en las evaluaciones pretest y pos-test.

3.2.2 Contrastación de hipótesis general

H₀: La aplicación del programa recuperación emocional no disminuye significativamente la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la región Callao, 2019.

H₁: La aplicación del programa recuperación emocional disminuye significativamente la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la región Callao, 2019.

Tabla 3

Descriptivos y análisis inferencial de diferencias en la Depresión según la evaluación pre y post test en el grupo de experimental y de control

	Pretest	Posttest			<i>d</i>
Mediciones	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
Depresión (grupo experimental)	36.5(6.4)	3.9(1.7)	20.34	<.001	5.25
Depresión (grupo de control)	28.3(7.7)	19.7(6.4)	10.95	<.001	2.83

Con respecto Depresión, se observa en la Tabla 3, una disminución en la medición posttest ($M = 3.9$, $DE = 1.7$), en comparación la de pretest ($M = 36.5$, $DE = 6.4$), siendo esta de $d = 5.25$, $p < .001$, lo que corresponde a una diferencia grande y estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye por aceptar la alterna. Además, la primera medición se correspondió dentro del nivel de grave (17 a 63 puntos) y la medición luego de la intervención se correspondió a un nivel de mínimo (0 a 6 puntos). Con respecto al grupo de control se observa una diferencia entre las evaluaciones pre y posttest, $d = 2.83$, que es menor a la del grupo experimental, $d = 5.25$, tal como se esperaba.

3.2.3. Contrastación de hipótesis específicas para el factor Afectivo-cognitivo

H₀: La aplicación del programa Recuperación emocional no disminuye significativamente la sintomatología depresiva expresado en el factor afectivo-cognitivo en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la región Callao, 2019.

H₁: La aplicación del programa Recuperación emocional disminuye significativamente la sintomatología depresiva expresado en el factor afectivo-cognitivo en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la región Callao, 2019.

Tabla 4

Descriptivos y análisis inferencial de diferencias en el factor Afectivo-cognitivo según la evaluación pre y post test en el grupo de experimental y de control

Mediciones	Pretest	Postest	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>			
Factor Afectivo-cognitivo (grupo experimental)	22.9(4.3)	2.5(1.2)	18.97	<.001	4.90
Factor Afectivo-cognitivo (grupo de control)	18.6(5.1)	13.2(4.4)	9.81	<.001	2.53

Con respecto al factor Afectivo-cognitivo, se observa en la Tabla 4 una disminución en la medición postest ($M = 2.5$, $DE = 1.2$), en comparación la de pretest ($M = 22.9$, $DE = 4.3$), siendo esta de $d = 4.90$, $p < .001$, lo que corresponde a una diferencia grande y estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye por aceptar la alterna. Con respecto al grupo de control se observa una diferencia en las evaluaciones pre y post test, $d = 2.53$, que es menor a la del grupo experimental, $d = 4.90$, lo que se encuentra de acuerdo a lo esperado.

3.2.4 Contrastación de hipótesis específica para el factor Somático

H₀: La aplicación del programa Recuperación emocional no disminuye significativamente la sintomatología depresiva expresado en el factor somático en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la región Callao, 2019.

H₁: La aplicación del programa Recuperación emocional disminuye significativamente la sintomatología depresiva expresado en el factor somático en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la región Callao, 2019.

Tabla 5

Descriptivos y análisis inferencial de diferencias en el factor Somático según la evaluación pre y post test en el grupo de experimental

Mediciones	Pretest	Postest	t	p	d
	M (DE)	M (DE)			
Factor somático (grupo experimental)	13.7(2.8)	1.4(1.2)	17.52	<.001	4.52
Factor somático (grupo de control)	9.7(2.9)	6.5(2.3)	7.91	<.001	2.04

Finalmente, en el factor Somático, se observa en la Tabla 5, una disminución en la medición post-test ($M = 1.4$, $DE = 1.2$), en comparación la de pretest ($M = 13.7$, $DE = 2.8$), siendo esta de $d = 4.52$, $p < .001$, lo que corresponde a una diferencia grande y estadísticamente significativa, por lo que, también, se rechaza la hipótesis nula y se concluye por aceptar la alterna. Finalmente, el grupo de control se observa una diferencia en su evaluación pre y post test, $d = 2.04$, que es menor a la del grupo experimental, $d = 4.52$, tal como se esperaba.

IV. DISCUSIÓN

La presente investigación se planteó como objetivo general determinar la influencia de la aplicación del programa de recuperación emocional en la disminución de la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente de un hospital público de la Región Callao, 2019. La importancia de este estudio es aportar desde el enfoque de la prevención secundaria en la sistematización de un tratamiento en este caso el programa como estrategia para disminuir la afectación psicológica expresado en sintomatología depresiva que pueda afectar a largo plazo la salud mental del adolescente. El programa de atención psicoemocional utilizado en esta investigación ha sido validado por el Minsa (2015), es de enfoque cognitivo conductual, modalidad grupal, que comprende la aplicación de técnicas cognitivas, emocionales y conductuales. Organizado en 3 fases con un total de 17 sesiones, una frecuencia de dos veces por semana en un aproximado de 8 semanas, con una duración de 75 minutos por sesión.

Es importante señalar que, pese a que el programa de atención psicoemocional fue aplicado en una intervención a nivel nacional para atención a pacientes con problemas de salud y repercusiones psicológicas; luego socializado para manejo de profesionales psicólogos, este no registra evidencias de su aplicación en investigación. Es por ello, que -basados en los criterios científicos y metodológicos- el programa fue evaluado en su versión original por el juicio de 10 expertos en la búsqueda de evidencias de validez de contenido. Los datos fueron procesados mediante el coeficiente V de Aiken y resultó que los criterios eran aceptables ($V = a \geq .80$) quiere decir que el programa fue considerado como aplicable y con ajuste a su formato original.

Atendiendo a las consideraciones anteriores se planteó como hipótesis general de investigación que la aplicación del programa influye significativamente en la disminución de la sintomatología depresiva de estos adolescentes. Los resultados estadísticos arrojaron valores $t = 10.95$ y $d = 5.25$, lo que corresponde a una diferencia grande y estadísticamente significativa, por lo que se rechazó la hipótesis nula y se decide por aceptar la alterna dado que el dato evidenciado resultó significativo, $p < .001$. Este hallazgo coincide con el realizado por Guerra y Barrera (2017) los que reportan un estudio de diseño cuasi experimental, con las mismas características de la población y en un país como Chile que al igual que Perú hay limitadas experiencias en investigaciones de esta índole. Ellos

consideran al igual que en el presente estudio que si bien se logró el objetivo debe generarse mayores evidencias. En ese sentido, actualmente el Instituto nacional de Salud asume el liderazgo en la investigación y reporta varios estudios como el de Furukawa, Weitz, Tanaka, Hollon, Hofmann, Andersson, *et al.*, (2017) quienes realizan un metaanálisis de varias investigaciones sobre terapias psicológicas y concluyen que la terapia cognitiva conductual es la que tiene mayor eficacia en la disminución de la sintomatología depresiva. Otro estudio reportado es el de Driessen, *et al.*, (2019) quién mediante el metaanálisis - revisión de artículos sobre aplicación de tratamiento psicoterapéutico- llega a la conclusión de que la psicoterapia soluciona la problemática depresiva cuando tiene niveles de leve a moderada, lo cual se observó en el presente trabajo.

En ese mismo sentido, se plantearon objetivos específicos orientados a determinar de qué manera la aplicación del programa disminuye la sintomatología afectivo – cognitiva y somática en un grupo experimental a la que se aplicó el tratamiento y un grupo control que no recibió el tratamiento. Es de importancia mencionar que los instrumentos utilizados y la metodología aplicada en la investigación responde a criterios técnicos rigurosos considerando los aspectos éticos al tratarse de una muestra que ha sido víctima de una modalidad de abuso sexual, como lo son los tocamientos indebidos. De acuerdo con el objetivo específico se planteó la hipótesis: la aplicación del programa disminuye significativamente la sintomatología afectivo-cognitiva de la depresión. Los resultados estadísticos arrojaron valores $t = 18.97$ y $d = 4.90$, lo que corresponde a una diferencia grande y estadísticamente significativa, por lo que se rechazó la hipótesis nula y se decide por aceptar la alterna dado que el dato evidenciado resultó significativo, $p < .001$. Este hallazgo no coincide con algún otro antecedente, sin embargo, se considera al de Raes *et al.*, (2014) que ejecutaron un programa de atención plena encaminado a reducir y prevenir la depresión en adolescentes escolares mediante grupos de control escogidos al azar de 5 escuelas diferentes. Se encontró que el grupo de ensayo reveló reducciones significativas en depresión sobre el grupo de control siendo esta moderada (d de Cohen $> .30$) ya sea para el efecto pre y posttest como el efecto posttest seguimiento para los síntomas depresivos en la condición de atención plena. Esto aporta al estudio de la depresión en adolescentes.

Respecto a la hipótesis específica se planteó que la aplicación del programa disminuye significativamente la sintomatología somática de la depresión y esta se puede reflejar en los resultados estadísticos con un resultado de $t=17.52$ y una $d = 4.52$, lo que corresponde a una diferencia grande y estadísticamente significativa, y se decide por rechazar la hipótesis nula y se concluye por aceptar la alterna dado que el dato evidenciado resultó significativo, $p < .001$. Cabe señalar que los antecedentes están más orientados a las manifestaciones conductuales, sin embargo, el reporte de World Health Organization (2019) considera como criterio la presencia de indicadores somáticos como elementos de la depresión y es en ese mismo sentido que otros estudios vinculan la administración de fármacos y la psicoterapia.

Dados los resultados de investigación y considerando que la adolescencia es una etapa de vida donde hay vulnerabilidad tal como lo mencionan los autores Papalia y Wendkos (2017) y lo desarrolla Bronfenbrenner y Morris (1998) cuando explican el proceso de desarrollo de una persona. En ese sentido, cuando se plantean diseños cuasiexperimentales de dos grupos pre y posprueba en sujetos con las características anteriormente mencionadas, el investigador se enfrenta al manejo de las variables extrañas o intervinientes; en este estudio se controló la ambientación, las mismas condiciones de horarios, escenario, se realizó la homogeneización de los sujetos y la equivalencia de los grupos experimental y control en base a las puntuaciones del test. Asimismo, la participación de la coterapeuta, limitada al registro de asistencias y coordinación con los padres y del terapeuta investigador que se ciñó estrictamente a la aplicación del programa, sin embargo, es factible que pueda presentarse alguno de ellos, por ello Hernández (2014) recomienda ampliar a más grupos o que el investigador no sea el que haga la intervención con el grupo experimental con la finalidad de mejorar la validez interna.

Una consideración final, la constituye el hecho de que esta investigación solo marca el inicio de otras investigaciones que contribuyan a buscar evidencias de validez y confiabilidad en los instrumentos de intervención psicoterapéutica.

V. CONCLUSIONES

Primera

La aplicación del programa de recuperación emocional influye significativamente en la disminución de la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente de un hospital público de la Región Callao, 2019, lo que se evidencia mediante la comparación de los resultados pre y post test; encontrándose un valor $t= 10.95$ $d = 5.25$, $p < .001$, lo que corresponde a una diferencia grande y estadísticamente significativa.

Segunda

La aplicación del programa de recuperación emocional influye significativamente en la disminución de la sintomatología afectivo - cognitiva de la depresión en adolescentes abusados sexualmente de un hospital público de la Región Callao, 2019, lo que se evidencia mediante la comparación de los resultados pre y post test; encontrándose un valor $t= 18.97$, $d = 4.90$, $p < .001$, lo que corresponde a una diferencia grande y estadísticamente significativa,

Tercera

La aplicación del programa de recuperación emocional influye significativamente en la disminución de la sintomatología somática de la depresión en adolescentes abusados sexualmente de un hospital público de la Región Callao, 2019. lo que se evidencia mediante la comparación de los resultados pre y post test; encontrándose un valor $t= 17.52$, $d=4.52$ y un $p= <.001$ lo que corresponde a una diferencia grande y estadísticamente significativa,

VI. RECOMENDACIONES

Primera

En consecuencia, a los lineamientos de la salud mental rigen en nuestro país, se recomienda a la institución normativa Estrategia Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, estandarizar procedimientos de intervención psicoterapéutica en niños y adolescentes en razón a la vulnerabilidad de la etapa de vida, pudiendo prevenir secuelas psicológicas en el futuro y siendo ellos la población que emerge en capacidad productiva.

Segunda

En relación con la temática trabajada con adolescentes y los procedimientos psicoterapéuticos de modalidad breve se recomienda experticia en la problemática y en los procesos técnicos de la psicoterapia en esta etapa de vida.

Tercera

En concordancia con los principios éticos que rigen en toda la investigación se recomienda ser estrictos en el cumplimiento de las normas que velan por los derechos del niño y del adolescente extendiendo ello hacia un mejor ejercicio de la vinculación entre padres e hijos.

Cuarta

Ejecutar la propuesta de capacitación en la aplicación del programa de recuperación emocional, a psicólogos de los equipos Mamis de los diferentes establecimientos del Ministerio de salud.

Quinta

Para los fines de trascendencia del informe de investigación se recomienda su publicación en la Revista de la Universidad César Vallejo Filial Lima Norte.

VII. PROPUESTA

7.1 Propuesta para la solución del problema

7.1.1 Generalidades

Región: Lima y Callao
Provincia: Lima
Localidad: Distritos de Lima Metropolitana.
Instituciones: Establecimientos del Ministerio de Salud

A. Título del proyecto: “Taller de entrenamiento en terapia grupal para la atención psicoemocional de afectados por abuso sexual”.

B. Ubicación geográfica:

Región Callao.

7.1.2 Beneficiarios

A. Directos: niños y adolescentes que sean derivados a los establecimientos de salud

(Módulo de atención al maltrato infantil y adolescente en salud).

B. Indirectos: 20 psicólogos de los módulos de atención al maltrato infantil y adolescente en salud.

7.1.3 Justificación

La violencia expresada en sus diferentes modalidades entre ellas: el abuso sexual es una problemática que se incrementa desde el año 2002 y que se hace más evidente en los reportes internacionales como nacionales. Sin embargo, por la etapa de vida podría dejar secuelas psicológicas de largo plazo en los niños, niñas y adolescentes. Nuestro sistema de salud se encuentra en una condición caótica porque las citas son demoradas y las atenciones en esta problemática se hacen individualizadas de forma tal, que un adolescente que haya sido víctima de abuso sexual demorará en ser atendido considerando la alta demanda de atenciones por el seguro integral de salud. En ese sentido, la intervención psicológica debe responder a las demandas del usuario, de manera que utilice otras estrategias que le permitan una atención eficaz y eficiente.

Las terapias grupales se plantean objetivos diversos que facilitan los procesos de cambio y recuperación, llegan a mejorar el estado de ánimo, reducen los niveles de ansiedad y depresión, permiten el afronte de los miedos y angustias y la reinserción a la vida escolar, social y familiar. Por lo expuesto, el componente emocional es un factor

muy importante en el enfrentamiento a una situación traumática como el abuso sexual y su impacto por lo que se plantea desarrollar un taller de capacitación en estrategias de afrontamiento a través de la terapia grupal a ser implementada en la red de salud mental con énfasis en los módulos de atención al maltrato infantil MAMIS (psicólogos) de los Establecimientos del Ministerio de Salud.

Para la implementación de este taller es necesario desarrollar la sensibilización y capacitación de la Red de profesionales psicólogos de la Salud Mental.

7.1.4 Descripción de la problemática

En lo cotidiano del quehacer psicológico, los profesionales orientados a la clínica y al estudio de la salud, nos exponemos a realizar abordajes de una misma problemática desde diferentes enfoques psicoterapéuticos. Esto puede ser algo aceptable científicamente sin embargo en circunstancias en las que la vulnerabilidad es parte de una etapa de vida y esta tiene que ver con un tema de violencia, el sentido de nuestro quehacer debe ser más efectivo y proactivo. En los hospitales públicos del sector salud, no se cuentan con intervenciones protocolizadas acerca del abordaje de la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes. Más de las veces es muy común escuchar a los padres “busco al mejor especialista” porque ellos quieren la mejor ayuda para sus hijos, sin embargo, esto se constituye en una barrera de acceso a una rápida intervención ya que existiría una dependencia hacia el experto en esa problemática. Es por ello que bajo las consideraciones mencionadas todos los servicios que atiendan violencia sexual en niños y adolescentes deben contar con personal capacitado y con protocolos e instrumentos estandarizados con la finalidad de que el daño psicológico se perpetúe.

7.1.5 Impacto de la propuesta en los beneficiarios directos e indirectos

A. Impacto de la propuesta en los beneficiarios directos

Los resultados de la presente investigación demostraron la eficacia de un programa en la disminución de la sintomatología depresiva de los adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la Región Callao. En ese sentido, la propuesta es tener psicólogos capacitados en el manejo del programa de recuperación emocional y que en diferentes escenarios en donde se presente esta problemática. no se persista en los procesos

rigurosos de evaluación psicológica prolongada a la (o) menor víctima de abuso sexual que a la larga de todo el proceso lo que se logra es una revictimización.

B. Impacto de la propuesta en los beneficiarios indirectos

Los adolescentes víctimas de abuso sexual dispondrán de protocolos establecidos de tratamiento psicológico que garanticen su recuperación emocional mediante una intervención de calidad y en confidencialidad.

7.1.6 Objetivos

A. Objetivo general

Capacitar a los profesionales psicólogos de los establecimientos de salud en el manejo del programa de recuperación emocional para adolescentes víctimas de la violencia sexual.

B. Objetivos específicos

Sensibilizar a los psicólogos que atienden a la población adolescente para que ofrezcan servicios más amigables y cálidos.

Desarrollar habilidades y destrezas en el manejo de la psicoterapia grupal necesario para la aplicación del programa de recuperación emocional en situación de violencia sexual.

7.1.7 Resultados esperados

Objetivo específico	Posibles resultados
1, Sensibilizar a los psicólogos que atienden a la población adolescente para que ofrezcan servicios más amigables y cálidos.	Los psicólogos de los establecimientos de salud responsables de la atención del módulo de maltrato infantil en salud gestionarán actividades relacionadas al contexto de la psicoterapia promoviendo un servicio acogedor al adolescente.
2. Desarrollar habilidades y destrezas en el manejo de la psicoterapia grupal necesario para la aplicación del programa de recuperación emocional en situación de violencia sexual.	30 psicólogos capacitados en el manejo del programa de recuperación emocional, aplicando las estrategias necesarias para la reducción del daño psicológico en el adolescente abusado sexualmente.

7.2 Costos de implementación de la propuesta

Código	Recursos	Descripción	cantidad	Costo unitario	Costo total
	Humanos	Psicólogos de los establecimientos de salud.	30	-----	-----
	Materiales				
2.3.15.12		Papel bond	3 millares	20	60
2.3.15.12		Grapas	8 cajas	3	24
2.3.15.12		engrapador	6 unidades	12	72
2.3.15.12		clips	12 cajas	3	36
2.3.15.12		perforador	3 unidades	15	45
2.3.15.12		lapiceros	300 unidades	1.5	450
2.3.15.12		lápices	300 unidades	1	300
2.3.15.12		USB	3	35	105
2.3.15.12		borradores	150 unidades	1.5	225
2.3.15.12		tajadores	50 unidades	1	50
	Sub total			s/.	1 367
	Servicios				
2.3.27.11 99		fotocopias	2000	0.05	100
2.3.27.2 99		Alquiler equipo	1	350	350
2.3.21.21		movilidad	50	12	600
	Sub total			s/.	1 050
	Total			s/.	2417

Nota: Tomado de Ministerio de Economía 2019.

REFERENCIAS

- Aiken, L. (1980). Content Validity and Reliability of Single items or Questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*, 40, 955-959.
- Alarcón, R. (2013). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.
- Álvarez, P. (2018). *Ética e Investigación*. Universidad De Santiago de Cali, Cali, Colombia.
- Allen J., Moore C., Kupermic G., & Bell K. (2016). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development*, 69 (5), 1406–1419. Recuperado de <https://bit.ly/36d5zRN>
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM V)*. Barcelona: Masson, S.A
- American Psychological Association. (2010). Publication of the American Psychological Association. (6th.). Washington, DC: Author.
- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación*. Caracas, Venezuela: Episteme.
- Ato, M., López, J. y Benavente A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29 (3), 1038- 1059. Recuperado de <https://tinyurl.com/u8psdkz>
- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid, España: S.L.U. Espasa Libros.
- Bandura, A. y Walters, R. H. (1974). *Aprendizaje social y teoría de la personalidad*. USA: Alianza Editorial.
- Beck, A. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, An International Quarterly, 1(1), 5-37.
- Beck, A. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia, Pennsylvania: University of Pennsylvania Press Philadelphia.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2010). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.)*. Madrid: Pearson.

- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (2011). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. (19th). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Beck, AT, Epstein, N. & Harrison, R. (1983). Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1 (1), 1–16.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Benavente, A. (2015). *Diseños de investigación en Psicología*. Anales de Psicología, España: Ed Manual Moderno.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). *The ecology of developmental processes*. In W. Damon, & R. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: theoretical models of human development* (5th ed., pp. 993–1028). New York, U.S.
- Carranza, R. (2013). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck en universitarios de lima. *Revista Psicológica de Trujillo/Journal of Psychology*, 15(2), 170-182. Recuperado de <https://n9.cl/vr6a>
- Cazau, P. (2006). *Investigación en las ciencias sociales*. (3a ed.). Buenos Aires, Argentina.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hilldale, NJ: Lawrence Erlkbaum.
- Cline T., Guilford A., Birch S. (2015) Análisis de la eficacia de un tratamiento grupal cognitivo-conductual en sujetos con somatizaciones. *Psicología educativa*, México: Ed Manual Moderno.
- Cronbach, L. J. (1951). Coeficiente alfa y la estructura interna de pruebas. *Psychometrika*, 16 (3), 297-334.
- Dirección Regional de Salud del Callao (2017). Audiencia Regional Anual 2017. Recuperado de <https://bit.ly/2RBGU4f>
- Driessen, M., Schulz, P., Jander, S., Ribbert, H., Gerhards, S., Neuner, F., & Koch-Stoecker, S. (2019). Effectiveness of inpatient versus outpatient complex treatment programs in depressive disorders: a quasi-experimental study under naturalistic conditions. *BMC Psychiatry*, 19(1), NA. Retrieved from <https://bit.ly/38nN6Dq>

- Ellis, R. (2003). *Task-based language learning and teaching*. Oxford: Oxford University Press.
- Escurre, L. (1988). Cuantificación de la Validez de Contenido por el Criterio de Jueces. *Revista de Psicología de la PUPC*, 6(1-2), 103-111 – 2. Recuperado de <https://tinyurl.com/qko77vr>
- Estudio Mundial de las Naciones Unidas (2006). Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños, de las Naciones Unidas. Recuperado de <https://tinyurl.com/szlx623>
- Fernández, Ibáñez, Ballestas y Beltrán (2018). Estrategias pedagógicas para mejorar la convivencia escolar mediante las TIC. *Cultura. Educación y Sociedad* 9(3), 343-350. DOI: <http://dx.doi.org/10.17981/cultedusoc.9.3.2018.39>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2018). Plan Estratégico del Unfpa 2018– 2021. Nueva York, 1 gas5.
- Fouché, A. & Walker-Williams, H. (2015). A Strengths-Based Group Intervention for Women Who Experienced Child Sexual Abuse. *Research on Social Work Practice*, 27(2), 194-205.
- Furukawa, TA, Weitz, ES, Tanaka, S., Hollon, SD, Hofmann, SG, Andersson, G., & Mergl, R. (2017). Initial severity of depression and efficacy of cognitive-behavioral therapy: individual-participant data meta-analysis of pill-placebo-controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 210 (3), 190-196.
- García, J. y Carvajal, A. (2017). Utilización de ansiolíticos e hipnóticos y la depresión estado/rasgo en España (2002-2017). *Revista Española de Salud Pública*, 78 (3), 379-387.
- García-Peña, C., Vázquez-Estupiñán, F., Ávalos-Pérez, F., Robles Jiménez, L. V., Sánchez-García, S., & Juárez-Cedillo, T. (2015). Clinical effectiveness of group cognitive-behavioral therapy for depressed older people in primary care: A randomized controlled trial. *Salud mental*, 38(1), 33-39. Retrieved from <https://bit.ly/2G9FXLd>

- Guerra, C., & Barrera, P. (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. *Revista de Psicología* (Santiago), 26(2), 16–28. Recuperado de <https://bit.ly/2tHhavh>
- Guttman, L. (1945). A basis for analyzing test-retest reliability. *Psychometrika*, 10, 255-282.
- Guastafarro, K., Zadzora, K.M., Reader, J.M., Shanley, J. & Noll, J. (2019). A parent-centered child abuse prevention program: development, acceptability and viability. *Journal of Child and Family Studies* 28 (7), 1862-1877. Retrieved from <https://bit.ly/2NJSaKM>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ª ed.). México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Hoffman, S., Asnaani, A., Vonk, I. & Sawyer, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Revista Reserch Gate*, 36(5), 427- 440. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23459093>
- Hospital Nacional Víctor Larco Herrera – Instituto Nacional de Salud (2017). Guía de práctica clínica para tratamiento de la depresión en pacientes adultos – versión extensa – Lima: INS, Unidad de análisis y generación de evidencias; Serie Guía práctica No 04.
- Hurtado de Barrera, J. (2010). Metodología de la Investigación Holística Guía para la comprensión holística de la ciencia. (4a ed.). Quirón Ediciones S.A. Cooperativa Editorial Magisterio (Bogotá, Colombia) Ciea-Sypal (Caracas, Venezuela).
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016). Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales ENARES 2013 y 2015 (Principales Resultados). Recuperado de <https://bit.ly/2GcXou4>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). Perú: Indicadores de violencia familiar y sexual, 2009-2018. Recuperado de <https://bit.ly/3aFkRSW>
- Johnstone, J., Rooney, R. M., Hassan, S. & Kane, R. T. (2014). Prevention of depression and anxiety symptoms in adolescents: 42- and 54-months follow-up of the Aussie Optimism Program-Positive Thinking Skills. *Frontiers in psychology*, 5, 364.
- Kerlinger, F.N. (1988). *Investigación del comportamiento*. México: Interamericana.

- Kontunen J, Timonen M, Muotka J, & Liukkonen T., (2016). Is interpersonal counselling (IPC) enough treatment for depression in primary care patients? A pilot study comparing IPC and interpersonal psychotherapy (IPT). *Journal of affective disorders* 189:89–93. Retriever from <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.032>
- Kline, R. (2016). *Principles and practice of structural equation modelling* (4th ed.). New York: The Guilford Press.
- Lazo, D. (2016). Terapia breve centrada en soluciones aplicada al caso de una persona diagnosticada con vih/sida. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 14(2), 303-333. Recuperado de <https://bit.ly/37fmdSd>
- Lepkowsky, J. (2008). *Advances in Telephone Survey Methodology*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons editorial.
- Martínez, V., Hernández, M., Godínez, T. (2012). Depresión en un grupo de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en una Clínica Regional del municipio de Jilotepec, México. *Revista Atención Familiar*, 3, 58-60. Recuperado de <https://tinyurl.com/ua5qa7m>
- Mendoza, A. (2017). Efectos de un programa de prevención de problemas emocionales en el nivel de depresión y autoestima en estudiantes del quinto grado de secundaria de un colegio estatal de Villa El Salvador. *Acta Psicológica Peruana*, 1(2), 249-268. Recuperado de <http://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/AUTONOMA/163>
- Ministerio de Economía y Finanzas (2019). Clasificador económico de gastos-Año fiscal-anexo2. Recuperado de <https://bit.ly/36c39TC>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2018). Violencia en cifras. Programa Nacional contra la violencia Familiar y Sexual. Boletín (2), 1-9
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2016). Entender para prevenir. Estudio Multinacional sobre los Determinantes de la Violencia que afecta a los Niños, Niñas y Adolescentes. Recuperado de <https://uni.cf/37pXF9j>
- Ministerio de Salud (2015). Memoria Institucional 2013: Unidad Ejecutora 123 – Programa de apoyo a la Reforma del sector salud PARSALUD II / Compilado por Patricia D. Altamirano. (1a ed.) Lima, Perú.

- Módulo de Maltrato infantil y del adolescente en salud (2019). Estadística registrada a agosto 2019 por Oficina de estadística e informática del Hospital Carrión Callao.
- Murillo, W. (2008). *La investigación científica*. Ed. Semphis, Madrid, España.
- Murray, S. (1990). *Estadística*. Madrid, España. Mc Graw Hill.
- Ñaupas, H., Mejía., Novoa, E. y Villagómez, A. (2011). *Metodología de la investigación científica y asesoramiento de tesis*. Lima: Editorial Humberto Ñaupas Paitan.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Recuperado de <http://iris.paho.org>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Depresión. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Prevención del suicidio: Un imperativo global. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Salud de los adolescentes. Recuperado de http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Violencia contra la mujer. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- Papalia, D., & Wendkos, S. (2017). *Desarrollo Humano*, (12a Ed). The McGraw-Hill companies, Inc.
- Pavlovsky E, y Abadi M. (1980). *Una experiencia de psicoterapia grupal: la coterapia. Clínica Grupal I*, Ediciones Búsqueda, Buenos Aires, Argentina.
- Programa de Apoyo a la Reforma en Salud. (2013) Entrenamiento en terapia grupal en salud mental dirigido a psicólogos y psiquiatras para la atención psicoemocional a afectados por tuberculosis multidrogoresistente (mdr) y extremadamente resistentes (xdr), dirigido al fortalecimiento de la adherencia al tratamiento en once direcciones de salud con alta carga de tb mdr/xdr del país. Recuperado de <https://tinyurl.com/ukn9avj>

- Pérez, M. y García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13 (3), 493-510. Recuperado de <https://tinyurl.com/vkstuy3>
- Pino, R. (2007). Metodología de la Investigación. Lima: Editorial San Marcos.
- Raes, F., Griffith, J. W., Van der Gucht, K. & Williams, J. M. G. (2014). School-based prevention and reduction of depression in adolescents: A cluster-randomized controlled trial of a mindfulness group program. *Mindfulness*, 5(5), 477-486. <http://dx.doi.org/10.3145/epi2015.may.01>
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.^a ed.). Recuperado de <http://www.rae.es/rae.html>
- Rendón, M., Villasis, M., Miranda, M. (2016). Estadística descriptiva. *Revista Alergia México*, 63(4), 397-407. Recuperado de <https://n9.cl/53bu>
- Rowe, H., Sperlich, M. A., Cameron, H. & Seng, J. S. (2014). A Quasi-experimental outcomes analysis of a psychoeducation intervention for pregnant women with abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 43(3), 282 – 293.
- Ruíz, M., Pando, A., San Martín, A. (2010) Modelo de Ecuaciones estructurales. *Papeles del Psicólogo*, 2010. Vol. 31(1), 34-45. Recuperado de <http://www.cop.es/papeles>.
- Saenz, J. y Vásquez, M. (2011). Adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Recuperado de <https://bit.ly/2sOm7C6>
- Soplopucó, B. (2019). Terapia racional emotiva conductual en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza. (Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo, Lima, Perú). Recuperado de <https://bit.ly/2REGiL0>
- Schneider, J. A. & Habigzang, L. F. (2016). Aplicação do Programa Cognitivo-Comportamental Superar para atendimento individual de meninas vítimas de violência sexual: estudos de caso. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(3), 543-556. <https://dx.doi.org/10.12804/apl34.3.2016.08>
- Sweetland, A., Guerra Echevarría, D. y Acha Albújar, J. (2004). *Mejorando la adherencia: el rol de la psicoterapia de grupo en el tratamiento de la TB-MDR. en el Perú urbano*: Lima, Perú: Socios en salud Sucursal Perú.

- Unicef (2018). Niños y niñas en América Latina y el Caribe. *Panorama 2018*. Recuperado de <https://uni.cf/2TKtOEw>
- Vargas, G., gallegos, C., Salgado, C., Salazar, M., Huamán, K., Bonilla, C., Reyes, N., y Caballero, P. (2019, January) Guía de práctica clínica basada en evidencias para el tratamiento de depresión en adultos en un hospital especializado en salud mental. Lima, Perú. In *Anales de la Facultad de Medicina (Vol. (80), No. 1*, pp. 123-130. UNMSM. Facultad de Medicina.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernán, L. & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología conductual*, 18(1), 139.
- Vega, P. (1998). *Teoría de sistemas y evaluación de programas sociales: N° 9* Centro de Estudios sociales. Valparaiso, Chile.
- Walker, H. y Fouché, A. (2015). A Group Intervention Programme for Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Social Work/Maatskaplike Werk*, 52(4), 525-543. Retrieved from <https://bit.ly/30IAnsI>
- Weersing, V., Megan, J., Minh-Chau T., Schwartz, K. y Bolano, C. (2017). Actualización de la base de evidencia de los tratamientos psicosociales para la depresión infantil y adolescente, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(1), 11- 43.
- World Health Organization (2019). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.). Retrieved from <https://icd.who>.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

TITULO: Programa de recuperación emocional para disminuir la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente, 2019.

FORMULACION DEL PROBLEMA	HIPOTESIS	OBJETIVOS	VARIABLE, DIMENSIONES E INDICADORES																																								
<p>General</p> <p>¿Cuál es la influencia de la aplicación del programa de recuperación emocional disminuye la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la Región Callao, 2019?</p> <p>Específicos</p> <p>a) ¿Cuál es la influencia de la aplicación del programa de recuperación emocional en la disminución de la sintomatología afectivo-cognitiva de la depresión en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la Región Callao, 2019?</p> <p>b) ¿Cuál es la influencia de la aplicación del programa de recuperación emocional disminuye la sintomatología somática de la depresión en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la Región Callao, 2019?</p>	<p>General</p> <p>La aplicación del programa de recuperación emocional influye significativamente en la disminución de la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la Región Callao, 2019.</p> <p>Específicos</p> <p>a) La aplicación del programa de recuperación emocional influye significativamente en la disminución de la sintomatología afectivo-cognitiva de la depresión en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la Región Callao, 2019.</p> <p>b) La aplicación del programa de recuperación emocional influye significativamente en la disminución de la sintomatología somática de la depresión en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la Región Callao, 2019.</p>	<p>General</p> <p>Determinar la influencia de la aplicación del programa de recuperación emocional en la disminución de la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente en un Hospital público de la Región Callao.</p> <p>Específicos</p> <p>a) Determinar la influencia de la aplicación del programa de recuperación emocional en la disminución de la sintomatología somática de la depresión en los adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la Región Callao, 2019.</p> <p>b) Determinar la influencia de la aplicación del programa de recuperación emocional en la disminución de la sintomatología somática de la depresión en los adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la Región Callao, 2019.</p>	<p>Variable Dependiente (VD): Sintomatología Depresiva</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Definición Conceptual</td> <td style="width: 15%;">Definición Operacional</td> <td style="width: 10%;">Dimensiones</td> <td style="width: 10%;">Indicadores</td> <td style="width: 10%;">Ítems</td> <td style="width: 10%;">Escala de Medición</td> <td style="width: 10%;">Nivel/Rango</td> </tr> <tr> <td>Designa un valor complejo de desviaciones en emociones, cogniciones y comportamientos que no es representado como un discreto desorden psiquiátrico. (Beck, 1967, p.6)</td> <td>Son las puntuaciones obtenidas del inventario de Depresión de Beck en cada uno de sus factores.</td> <td>Factor afectivo – cognitivo</td> <td>Tristeza Pesimismo Fracaso Pérdida de placer Auto descontento Autoculpa Pensamiento con ideas suicidas</td> <td>1,2,3, 4,5,6, 7,8,9, 10,11, 12,13, 14,</td> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Ordinal</td> <td style="text-align: center;">Nivel mínimo (0-13)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Factor somático</td> <td>Irritabilidad Incapacidad para estudiar Disturbios del sueño Disturbios del apetito Cansancio o fatiga</td> <td>15,16, 17,18, 19,20, 21.</td> <td style="text-align: center;">Nivel Leve (14-19)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">Nivel Moderada (20-28)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">Nivel Severo (29-63)</td> </tr> </table>							Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de Medición	Nivel/Rango	Designa un valor complejo de desviaciones en emociones, cogniciones y comportamientos que no es representado como un discreto desorden psiquiátrico. (Beck, 1967, p.6)	Son las puntuaciones obtenidas del inventario de Depresión de Beck en cada uno de sus factores.	Factor afectivo – cognitivo	Tristeza Pesimismo Fracaso Pérdida de placer Auto descontento Autoculpa Pensamiento con ideas suicidas	1,2,3, 4,5,6, 7,8,9, 10,11, 12,13, 14,	Ordinal	Nivel mínimo (0-13)			Factor somático	Irritabilidad Incapacidad para estudiar Disturbios del sueño Disturbios del apetito Cansancio o fatiga	15,16, 17,18, 19,20, 21.	Nivel Leve (14-19)							Nivel Moderada (20-28)							Nivel Severo (29-63)
Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de Medición	Nivel/Rango																																					
Designa un valor complejo de desviaciones en emociones, cogniciones y comportamientos que no es representado como un discreto desorden psiquiátrico. (Beck, 1967, p.6)	Son las puntuaciones obtenidas del inventario de Depresión de Beck en cada uno de sus factores.	Factor afectivo – cognitivo	Tristeza Pesimismo Fracaso Pérdida de placer Auto descontento Autoculpa Pensamiento con ideas suicidas	1,2,3, 4,5,6, 7,8,9, 10,11, 12,13, 14,	Ordinal	Nivel mínimo (0-13)																																					
		Factor somático	Irritabilidad Incapacidad para estudiar Disturbios del sueño Disturbios del apetito Cansancio o fatiga	15,16, 17,18, 19,20, 21.		Nivel Leve (14-19)																																					
						Nivel Moderada (20-28)																																					
						Nivel Severo (29-63)																																					

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

POBLACIÓN Y MUESTRA

TÉCNICA E INSTRUMENTOS

ESTADÍSTICOS

Tipo

El estudio de tipo aplicado también llamado “empírico o practico” se inclina por la búsqueda de la aplicación o utilización de todos los conocimientos adquiridos, en paralelo que se adhieren otros, posteriormente de sistematizar e implementar la practica regida al estudio (Murillo, 2008, p.159).

Diseño

El diseño de investigación es experimental, con enfoque cuantitativo, de alcance explicativo cuasi experimental (Ato, López y Benavente, 2013, p.1046).

Esquema:

Grupo	Preprueba	Intervención	Posprueba
GE	O1	X	O2
GC	O3	-	O4

Donde:

GE	Grupo experimental
GC	Grupo control
X	Programa de recuperación emocional
---	Sin programa
O1, O3:	Pre test
O2, O4:	Post test

Donde:

GE	Grupo experimental
GC	Grupo control
X	Programa de recuperación emocional
---	Sin programa
O1, O3:	Pre test
O2, O4:	Post test

Población

La población finita estará constituida por todos los adolescentes de ambos sexos (60), derivados de los centros de emergencia mujer y poder judicial, víctimas de violencia en la modalidad de abuso sexual deben recibir atención especializada psicológica: diagnóstica y recuperativa en un servicio de psicología de un hospital público.

Muestra

Todos los adolescentes reclutados entre la primera semana de agosto y la tercera de setiembre y para homogeneizar al grupo solo se consideró a los derivados de la modalidad de tocamientos indebidos. Se trabajó con muestras apareadas que consiste en aparear a los adolescentes de acuerdo a sus puntuaciones equivalentes en la prueba de depresión. De forma tal que se constituyeron 15 pares y luego aleatoriamente se distribuyó uno para el grupo experimental y otro para el control.

Muestreo

No probabilístico, con criterio de inclusión y exclusión.

Variable Dependiente (VD): Sintomatología Depresiva

Ficha Técnica:

Denominación: Inventario de depresión de Beck (BDI-II)
 Autor: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
 Adaptación española: J. Sanz y C. Vázquez.
 Año: 2011.
 Editorial: Pearson education.
 Adaptación peruana: Carranza (2013)
 Aplicación: Individual.
 Edades de aplicación: a partir de los 13 años.
 Tiempo de aplicación: entre 5 y 10 minutos.

Validez

El inventario de Depresión de Beck (BDI-IIA) es un instrumento adaptado a la población de Lima de acuerdo al estudio de Carranza (2013, p.172-176), donde los resultados mostraron adecuadas evidencias de validez. La validez de contenido se estimó mediante el criterio de 10 jueces expertos, Coeficiente de V de Aiken, donde todos los reactivos revelaron índices que oscilan entre 1 y $p < 0.01$ (Aiken, 1980; Escurra, 1988). En cuanto a la validez de constructo, correlaciones significativas pues los valores son superiores a 0.30, prueba de KMO un valor de 0.929, una estructura factorial de dos componentes en donde los items mostraron saturaciones mayores a 0.35.

Confiabilidad

El instrumento en su adaptación a la población limeña (Carranza, 2013, p.177-178) mostraron adecuados índices que se ajustan a nuestra realidad, el Alpha de Cronbach ($\alpha = 0.878$), en el método de dos mitades ($r = 0.799$, $p < 0.01$), en la correlación de pares y nones ($r = 0.803$, $p < 0.01$), mientras que el coeficiente test retest ($r = 0.996$, $p < 0.01$).

Variable Independiente (VI) Programa de atención psicoemocional

Enfoque cognitivo conductual, tres fases, modalidad grupal en 17 sesiones, dos veces por semana.

Validez

Mediante juicio de 10 expertos con un Coeficiente de Aiken mayor a 0,70 lo cual evidencia de validez de contenido.

DESCRIPTIVA:

Media

INFERENCIAL:

T de student (paramétrica)
 Tamaño del efecto de Cohen
 Se utilizó el software SPSS versión 25.

Anexo 2. Instrumento de evaluación

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II ADAPTADO (BDI-IIA)

“Este inventario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas semanas, incluyendo el día de hoy. Marque o encierre el número correspondiente al enunciado elegido.”

1. Tristeza

- 0.No me siento triste.
- 1. Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2.Estoy triste todo el tiempo.
- 3.Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

2. Pesimismo

- 0.No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1.Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2.No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3.Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0.No me siento como un fracasado.
- 1.He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2.Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3.Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer

- 0.Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1.No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2.Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3.No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de culpa

- 0.No me siento particularmente culpable.
- 1.Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
- 2.Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3.Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de castigo

- 0.No siento que estoy siendo castigado.
- 1.Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2.Espero ser castigado.
- 3.Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo

- 0.Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1.He perdido la confianza de mí mismo.
- 2.Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3.No me gusto a mí mismo.

12. Pérdida de interés

- 0.No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1.Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2.He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3.Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0.Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1.Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2.Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones
- 3.Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0.No siento que yo no sea valioso.
- 1.No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2.Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3.Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de energía

- 0.Tengo tanta energía como siempre.
- 1.Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2.No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3.No tengo energía suficiente para hacer nada

16. Cambios en los hábitos de sueño

- 0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0.No estoy más irritable que lo habitual.
- 1.Estoy más irritable que lo habitual.
- 2.Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3.Estoy irritable todo el tiempo

18. Cambios de apetito

- 0.No he experimentado ningún cambio de mi apetito.
 - 1a. Mi apetito es muy poco menor que lo habitual.
 - 1b Mi apetito es muy poco mayor que lo habitual.
 - 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
 - 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
 - 3b No tengo en apetito en absoluto.
 - 3b Quiero comer todo el tiempo.
-

8. Autocrítica

- 0.No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1.Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2.Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3.Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos suicidas

- 0.No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1.He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2.Quería matarme.
- 3.Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0.No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1.Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2.Lloro por cualquier pequeñez.
- 3.Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- 0.No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1.Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2.Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3.Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

19. Dificultad de concentración

- 0.Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1.No puedo concentrarme tan bien como lo habitual.
- 2.Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0.No estoy más cansado o fatigo que lo habitual.
- 1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2.Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Perdida de interés en el sexo

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1.Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2.Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
- 3. He perdido completamente el interés por el sexo.

GRACIAS POR TU COLABORACION 😊

Anexo 3. Validación del instrumento y del programa de atención psicoemocional.

Inventario de depresión de Beck II (BDI-IIA).

A. Expertos informantes

1. Dra. María O. Rivera Salazar.
2. Dr. Julio César Castro García.
3. Dr. Luis Alberto Barboza Zelada.
4. Dra. Jessica Martha Calizaya Vera
5. Dr. Juan Méndez Vergaray

B. Evidencias de validez de contenido a través del juicio de expertos

Tabla 6

Evidencia de validez de contenido por juicio de expertos de Inventario de depresión de Beck .

Ítem	1° Juez			2° Juez			3° Juez			4° Juez			5° Juez			Aciertos	V. de Aiken	Aceptable
	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C			
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100%	Sí
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100%	Sí
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100%	Sí
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100%	Sí
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100%	Sí
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100%	Sí
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100%	Sí
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100%	Sí
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100%	Sí
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100%	Sí
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100%	Sí
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100%	Sí
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100%	Sí
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100%	Sí
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100%	Sí
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100%	Sí
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100%	Sí
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100%	Sí
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100%	Sí
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100%	Sí
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100%	Sí
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100%	Sí

Nota: No está de acuerdo = 0, sí está de acuerdo = 1; P = Pertinencia, R = Relevancia, C = Claridad

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI IIA)

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador Dr./ Mg: *Dra. María O. Rivera Salazar*

DNI: *99631012*

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	UI GJ	Psicóloga	
02	UCU	Psicología Educativa	

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	EOFDP	Docente Sup	SURCO	2013-2016	Docente - Jueza - Docente
02	UCU	Docente Sup	San Mateo	2016 - Act.	" " "
03	UTP	Docente Sup.	San Mateo	2019	" " "

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
 *Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
 *Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Maria O. Rivera Salazar
 Psicóloga
 C.Ps.P. 15148

19 de agosto del 2019

Maria O. Rivera Salazar
 María O. Rivera Salazar
 Psicóloga
 C.Ps.P. 15148

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI IIA)

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable / No aplicable / Aplicable después de corregir / No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador **Dr. Mg: Castro García, Julio César**

DNI: 08031316

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	UIGV	Psicología	1981 - 1986
02	UNFV	Psicología Decanato	2011

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	UCV		Simón Bolívar	2017	Asesor, Jefe de Gabinete
02	UCSUR		Chorrillo	2016	" "
03	UIGV		Simón	1990	" "

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
 ?Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
 !Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


 Dr. Julio César Castro Gen.
 PSICÓLOGO
 C.P. 2288

19 de agosto del 2019

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI IIA)

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable / No aplicable / Aplicable después de corregir

Apellidos y nombres del juez validador (Dr./Mg): Barboza Zelada Luis Alberto

DNI: 07060974

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	Univ. de San Yldefonso de Potosí	Mag. y Maestro en Psicología	1989-1994 / 2000-2002
02	Univ. César Vallejo	Doctor en Biología	2013-2017

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	DICORVE - PSP	Psicólogo	Lima	1987-2018	Psicólogo
02	Univ. César Vallejo	Docente	Lima	2010-2017	Docente y tutor
03					

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
 #Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
 *Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.


 Luis Alberto Barboza Zelada
 Doctor en Psicología
 C.Ps.P. 3616

19 de agosto del 2019

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI IIA)
Observaciones:

 Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

 Apellidos y nombres del juez validador **Dr./ Mg: Jessica Martha CALIZAYA VERA**

 DNI: **09954277**
Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	UNFV	Doctor en Salud Pública	2018
02	UNMSM	Magíster en Psicología, mención Psicología Clínica y de la Salud	2006

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	Hospital Huari	Jefe de Psicología Asistencial	Lima Norte	2001 - Actualidad	
02	UCV	Docente	Lima Norte	2008 - Actualidad	
03	UNFV - Facultad Psic.	Docente	Lima	2019	

*Perinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
 †Relevancia: El ítem es apropiado para representar el componente o dimensión específica del constructo.
 ‡Cuantidad: Se enfrenta sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI IIIA)

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador Dr./Mg: *Dr. Méndez Vargaray Juan*

DNI: *092002211*

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	<i>Universidad César Vallejo</i>	<i>Dr. en Psicología</i>	<i>2015</i>
02	<i>Universidad César Vallejo</i>	<i>Mgtr. en Psic. Educ.</i>	<i>2012</i>

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	<i>UCV</i>	<i>Docente</i>	<i>Lima</i>	<i>2014 - actualidad</i>	
02					
03					

¹Relevancia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

19 de agosto del 2019

Programa de recuperación emocional

A. Expertos informantes

1. Dr. Juan José Danielli Rocca
2. Dra Jessica Martha Calizaya Vera
3. Dr. Luis Alberto Barboza Zelada
4. Dr. Méndez Vergaray Juan
5. Dra. María O. Rivera Salazar
6. Dra. Patricia del Pilar Díaz Gamarra
7. Dra. Leonor Choquehuanca Flores
8. Dr. Julio César Castro García
9. Dra. Edith Gissela Rivera Arellano
10. Dra. Mildred Jéssica Ledesma Cuadros

B. Evidencias de validez de contenido a través del juicio de expertos

Tabla 7

Evidencia de validez basada en el contenido por juicio de expertos del Programa de Recuperación emocional

Ítem	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	Aciertos	V. de Aiken	Aceptable
	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P			
1	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	35	88%	Sí
2	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	36	90%	Sí
3	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	35	88%	Sí
4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	35	88%	Sí
5	4	3	4	4	3	3	3	3	4	4	35	88%	Sí
6	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	36	90%	Sí
7	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	37	93%	Sí
8	3	3	4	4	4	3	3	3	4	3	34	85%	Sí
9	3	3	4	4	3	3	3	3	4	3	33	83%	Sí
10	4	3	4	4	3	3	4	3	4	4	36	90%	Sí
11	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	36	90%	Sí
12	3	3	4	4	4	3	3	4	4	3	35	88%	Sí
13	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	36	90%	Sí
14	4	3	4	4	3	3	3	4	4	4	36	90%	Sí
15	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	37	93%	Sí
16	3	3	4	4	3	4	4	3	4	4	36	90%	Sí

Nota: Malo = 1, Regular= 2; Bueno=3; Muy Bueno=4; P = Pertinencia

C. Validez de contenido del programa

MATRIZ DE LOS RESULTADOS DEL JUICIO DE EXPERTOS											TOTAL
INDICADORES DE CALIDAD DEL PROGRAMA	JUECES										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
El programa está acorde al marco teórico de la psicoterapia breve grupal	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	35
El programa concuerda con la metodología y abordaje de la teoría que sustenta la psicoterapia breve grupal	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	36
Las técnicas y recursos utilizado en el programa están orientados a la teoría que sustenta la psicoterapia breve	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	35
El programa está orientado a disminuir la sintomatología depresiva.	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	35
La secuencia de los objetivos, actividades y tiempos de las sesiones del programa posibilitarán la disminución de la sintomatología depresiva.	4	3	4	4	3	3	3	3	4	4	35
Las actividades del programa permiten trabajar los factores de la sintomatología depresiva expresados en somático y afectivo,	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	36
Considera que el investigador posee la experiencia para la ejecución del programa.	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	37
Indicadores de Calidad del Programa (EVALUACION INICIAL)											
Adecuación a los destinatarios											
1.El programa responde a las características, necesidades, carencias y demandas detectadas en el problema.	3	3	4	4	4	3	3	3	4	3	34
Adecuación al contexto											
2.El programa promueve la cooperación con las familias y la comunidad	3	3	4	4	3	3	3	3	4	3	33
Adecuación al contenido											
3.El programa está basado en las bases teóricas de la psicoterapia breve grupal, quedando bien definido	4	3	4	4	3	3	4	3	4	4	36
4. Los contenidos incluidos son relevantes y representativos de las	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	36

diferentes dimensiones que abarca el modelo teórico en la que se basa el programa.												
Calidad Técnica												
5.El Programa incluye información detallada y suficiente sobre los siguientes elementos: Población destinataria, objetivos, contenido, actividades, temporalización, recursos (materiales y humanos) y sistema de evaluación del propio programa	3	3	4	4	4	3	3	4	4	3		35
6. Existe coherencia interna entre los diversos elementos componentes del programa y de todos ellos con los objetivos.	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4		36
Evaluabilidad												
7. Los objetivos del Programa son evaluables (están formulados de forma que pueda comprobarse posteriormente y de una manera objetiva si se lograron o no, y en qué medida).	4	3	4	4	3	3	3	4	4	4		36
Viabilidad												
8. El responsable del desarrollo del Programa está plenamente capacitado por ello, aportando, en su caso, el propio programa, la formación y capacitación específica necesaria.	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3		37
9. El Programa cuenta con el apoyo de la universidad.	3	3	4	4	3	4	4	3	4	4		36

D. Programa de Intervención

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOEMOCIONAL

FASES DEL PROGRAMA: MODALIDAD PSICOTERAPIA GRUPAL

FASE 1	Evaluación pretest
	1. Aceptación del diagnóstico
	2. El significado de las emociones en mi vida
	3. Autoestima: Autoconocimiento, auto concepto, autoaceptación
	4. Autoestima: Autocuidado
	5. Identificando mis estados emocionales
FASE 2	6. Relaciones afectivas: familia y amigos
	7. Relajación guiada
	8. Técnicas de Autorrelajación
	9. Estigma y discriminación
	10. El significado de la recuperación en mi vida emocional
	11. Hablando de los secretos y las culpas
	12. Cómo afronto la depresión
13. Hablando de las adversidades y la resiliencia	
FASE 3	14. Conociendo mi sexualidad
	15. Hablando de mis deberes y derechos personales
	16. Mejorando mi comunicación y asertividad
	17. Retroalimentando lo aprendido
	Evaluación pos-test

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL PROGRAMA DE RECUPERACIÓN EMOCIONAL EN ADOLESCENTES ABUSADOS SEXUALMENTE EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE LA REGIÓN CALLAO, 2019

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Dr. Juan José Danielli Rocca.

DNI: 25564896

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	UNIGU	MAESTRIA EN PSICOLOGIA TUNJA, PERU	2002 - 2004
02	UNPU	GOBIERNO EN PSICOLOGIA	2005 - 2006

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	PNP	ORIENTADOR	CHAVINOS	1984-2011	PSICOLOGO CLINICO y FORMACION
02	UNMCM	DOCENTE	PROVINCIA DE TUMBES	2011 - 2019	DOCENTE DE LA UNIV. NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DE TUMBES
03					

Firma y Sello del validador

 JUAN JOSÉ DANIELLI ROCCA
 PSICOLOGO CLINICO-FORENSE
 d. No. 1. 8882

02 de agosto del 2019

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL PROGRAMA DE RECUPERACIÓN EMOCIONAL EN ADOLESCENTES ABUSADOS SEXUALMENTE EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE LA REGIÓN CALLAO, 2019

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] No aplicable []

Apellidos y nombre del juez validador Dr. / Mg: Dra. Jessica Martha Calizaya Vera

DNI: 09954277

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	UNFV	Doctora en Salud Pública	2017
02	UNMSM	Magister en Psicología, mención Psicología Clínica / de la Salud	2006

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	Hospital de Huala	Jefa de Psiquiatría - Psicología asistencial		2001 - Actualidad	
02	UCV - Lima Norte	Docente	Los Olivos	2008 - Actualidad	Docente Escuela Psicología
03	UNFV - Facultad Psicología	Docente	Lima	2019	



Firma y Sello del validador

[Firma manuscrita]
 Dra. Ph. Jessica M. Calizaya Vera
 U.E. Nº 1001
 JEFE DEL SERVICIO DE FOTOCOPIA

22 de agosto del 2019

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL PROGRAMA DE RECUPERACIÓN EMOCIONAL EN ADOLESCENTES ABUSADOS SEXUALMENTE EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE LA REGIÓN CALLAO, 2019

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable

Apellidos y nombre del juez validador: *Dr. Mg. Barboza Zelada Luis Alberto*

DNI: *07068974*

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	<i>Univ. de San Martín de Porres</i>	<i>Administración - Magister en Psicología</i>	<i>1981-1994 / 2000 - 2002</i>
02	<i>Univ. César Vallejo</i>	<i>Doctor en Psicología</i>	<i>2013 - 2017</i>

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	<i>DIRECCIÓN PSE</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Lima</i>	<i>1987 - 2018</i>	<i>Psicólogo Educativo</i>
02	<i>Univ. César Vallejo</i>	<i>Docente</i>	<i>Lima</i>	<i>2010 - 2019</i>	<i>Asesor Psicológico</i>
03					



Firma y Sello del validador: *Luis Alberto Barboza Zelada*
 Doctor en Psicología
 C. Ps.P. 3516

29 de agosto del 2019

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL PROGRAMA DE RECUPERACIÓN EMOCIONAL EN ADOLESCENTES ABUSADOS SEXUALMENTE EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE LA REGIÓN CALLAO, 2019

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Dr./Mg: *Dr. Méndez Vergaray Juan*

DNI:.....*092002211*.....

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	<i>Universidad César Vallejo</i>	<i>Dr. en Psicología</i>	<i>2015</i>
02	<i>Universidad César Vallejo</i>	<i>Hgto. en Psic. Educ.</i>	<i>2012</i>

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	<i>UCV</i>	<i>Docente</i>	<i>León</i>	<i>2014-actual.</i>	
02					
03					

[Firma manuscrita]
Firma y Sello del validador

4.2. de agosto del 2019

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL PROGRAMA DE RECUPERACIÓN EMOCIONAL EN ADOLESCENTES ABUSADOS SEXUALMENTE EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE LA REGIÓN CALLAO, 2019

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Dr./Mg: *Dra. María O. Rivera Salazar*

DNI: *09631012*

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	USCV	Psicología	
02	UCV	Psicología Educativa	

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	EOFAP	Docente sup.	SURCO	2013 - 2016	Asesor, Jefe de Equipo, Docente
02	UCU	Docente sup.	LIMA - NORTE	2016 - ACT.	U
03	UTP	Docente sup.	LIMA - NORTE	2019	U


 María O. Rivera Salazar
 Psicóloga
 C.Ps.P. 15148
 Firma y Sello del validador


 María O. Rivera Salazar
 Psicóloga
 C.Ps.P. 15148

22 de agosto del 2019

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL PROGRAMA DE RECUPERACIÓN EMOCIONAL EN ADOLESCENTES ABUSADOS SEXUALMENTE EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE LA REGIÓN CALLAO, 2019

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Dra. Patricia del Pilar Díaz Gamarra

DNI: 10506632

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	UNMSM	Psicología	1986-1992
02	UCV	Doct. Psicología	2013-2016

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	Perite "Luis A. Caceres"	Psicóloga	Independencia	2000-2018	Psicóloga - Coordinadora
02					
03					


 PATRICIA DEL PILAR DÍAZ GAMARRA
 PSICÓLOGA
 C.R.P. 8087

Firma y Sello del validador

24
 de agosto del 2019

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL PROGRAMA DE RECUPERACIÓN EMOCIONAL EN ADOLESCENTES ABUSADOS SEXUALMENTE EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE LA REGIÓN CALLAO, 2019

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg:

CHOQUEHUANCA FLORES, LEONOR

DNI: 08074761

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	U. SAN MARTIN DE PORRES	PSICOLOGIA	1975-1981
02	UNIV. CESAR VALLEJO	DOCTORADO	2013-2015

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	UNFU	DOCENTE	LIMA	2009-2019	ASESOR DE TESIS
02	UCV	DOCENTE	LIMA	2017-2019	DOCENTE PI-DPI
03					

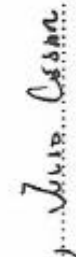
Leonor Choquehuanca Flores
 Dra. Leonor Choquehuanca Flores
 Firma y Sello del validador

..... de agosto del 2019

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL PROGRAMA DE RECUPERACIÓN EMOCIONAL EN ADOLESCENTES ABUSADOS SEXUALMENTE EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE LA REGIÓN CALLAO, 2019

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador  / Mg: **Castro García, Julio César**


DNI: **08031366**

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	UIGV	Psicología	1981-1986
02	UNFV	Psicología	2011

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	UCV		Limón Norte	2017	Asesor, Docente, Docente
02	UCSUR		Chavilca	2016	" " "
03	UIGV		Limón	1990	" " "


 Dr. Julio César Castro García
 PSICÓLOGO
 C.P.S.P. 2018

Firma y Sello del validador

28., de agosto del 2019

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL PROGRAMA DE RECUPERACIÓN EMOCIONAL EN ADOLESCENTES ABUSADOS SEXUALMENTE EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE LA REGIÓN CALLAO, 2019

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador Dr./ Mg: Gissela Rivera Arellano

DNI: 41154085

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	UNIVERSIDAD FEMENINA DEL SEORRO COAZA	DOCTORADO EN EDUCACIÓN	2001 - 2003
02			

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	UCV	DOCENTE	S. J. L	2019	ASESOR METODOLÓGICO
02					
03					


 Dra. Edith Gissela Rivera Arellano
 DOCENTE EN INVESTIGACIÓN
 ESCUELA DE POSGRADO UCV
 Firma y Sello del validador

22 de agosto del 2019

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL PROGRAMA DE RECUPERACIÓN EMOCIONAL EN ADOLESCENTES ABUSADOS SEXUALMENTE EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE LA REGIÓN CALLAO, 2019

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador **Dr. / Mg:**
Ledesma Cuadros Mildred Jéssica

DNI: *0.9.9.36.46.5*

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	<i>Universidad César Vallejo</i>	<i>Dra. en Administr. de la Edu.</i>	<i>2011 - 2013</i>
02			

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	<i>UCV</i>	<i>Docente</i>	<i>S. J. L.</i>	<i>2014 - 2019</i>	<i>Asesora - Metodólogo</i>
02					
03					

Mildred Jéssica Ledesma Cuadros

Dr. Mildred Jéssica Ledesma Cuadros
 CIP# N° 20137
 CATEDRANTE DE LA ESCUELA DE POSTGRADO
 DNI: 09030485

Firma y Sello del validador

22 de agosto del 2019

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOEMOCIONAL

SESIÓN 1

I. TEMA A DESARROLLAR:

ENCUADRE - ACEPTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

II. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

- Dar a conocer a los/as participantes el proceso de encuadre del Programa de Afrontamiento para favorecer su integración al grupo.
- Brindar las herramientas psicológicas necesarias a los/as participantes para favorecer la aceptación del diagnóstico de la depresión

III. SECUENCIA METODOLÓGICA

Paso 1 Bienvenida:

El terapeuta inicia la sesión dando la bienvenida a los participantes al Programa de Afrontamiento y explicando los objetivos del Programa.

Paso 2 Presentación:

El terapeuta inicia la presentación, refiriendo su nombre y su cargo e invita a la persona que está a su derecha a que haga lo mismo.

Una vez concluida las presentaciones se les recuerda que no están obligados a hablar todos...pero sí a escuchar a todos.

Paso 3 Encuadre:

El terapeuta explica todo el proceso del encuadre (Recurso: 1)

Paso 4 Aceptación del Diagnóstico

Luego de explicado todo el proceso del encuadre y las "reglas de juego" a los/as participantes, se iniciará el trabajo de la sesión de aceptación del diagnóstico.

El terapeuta planteará la siguiente pregunta al grupo:

T: ¿Para quién de los presentes sentirse deprimido ya no es un problema, y cómo llegó a esta fase?

El terapeuta estará atento a las personas que deseen participar y moderará las intervenciones de los/as participantes en el grupo.

Así mismo deberá tener en cuenta el contenido de las intervenciones de cada participante para luego retroalimentar / repreguntar o concluir aspectos importantes de los mensajes de cada participante.

Luego de los comentarios compartidos, los que deseen pueden preguntar más acerca de este punto.

El terapeuta estará siempre atento a que no se desvíe el tema ni a que otro participante sobreponga su tema con el de quien estaba interviniendo hasta que no haya terminado.

T: El terapeuta explicará al grupo las fases por las que se pasa para llegar a la aceptación ya que no se llega a ella por casualidad...es un proceso, explicará también que la aceptación no es una meta final, es un estado que puede cambiar según los acontecimientos que se presentan.

Explicación de Elizabeth Kübler-Ross acerca de los estados adaptativos (Recurso 2).

T: Finalmente el terapeuta preguntará a los demás participantes ¿En qué fase o estadio creen que están y por qué?

- Se inicia nuevamente una segunda ronda de participaciones, de manera libre y espontánea donde cada integrante del grupo (que desee participar) nos da a conocer sobre la fase o estadio en la que cree se encuentran y da testimonio de su fase.
- El terapeuta guía la sesión y modera la participación de los testimonios.
- En el caso que algunos de los/as participantes se movilice hasta el llanto, guardamos silencio hasta que la persona se calme o cuando vemos que el ritmo del mismo va bajando, evitaremos que los compañeros de los costados quieran consolar inmediatamente ya sea tocándolo o consolándolo, se favorecerá la expresión de sentimientos y se compartirá con el grupo esta expresión, guardando los silencios del caso y acompañando al participante que da su testimonio.
- Para concluir esta parte de la sesión, el terapeuta agradece a los/as participantes su testimonio y refuerza la confianza en el grupo y la importancia de la confidencialidad.

IV. EVALUACIÓN DE LA SESIÓN

T: El terapeuta preguntará al grupo sobre las lecciones aprendidas de lo trabajado y realizará la retroalimentación respecto a los objetivos de la sesión terapéutica.

V. CIERRE

El/la terapeuta referirá: debemos recordar que casi todo en la vida es un proceso, que se llega a las metas propuestas a través de avances y retrocesos.

Se promoverá en los /as participantes la reflexión y se rescatará la importancia de tener un espacio como el grupo terapéutico para compartir esta información tan especial, y confidencial. T: Se finaliza la sesión preguntando ¿Alguien quiere preguntar algo más acerca del tema que hemos conversado Hoy?

Si no hay ninguna intervención, el terapeuta agradece a los/as integrantes del grupo por su participación, sus preguntas, aportes o sólo su escucha y se despide hasta la próxima semana.

RECURSO N° 1: ENCUADRE

Constituye el mecanismo de seguridad necesario para la existencia de este sistema de relación social "artificial" con objetivos y contenidos específicos.

El encuadre se constituye en base a lo que se dice a los pacientes en el proceso preparatorio y en el inicio del grupo, es el marco del trabajo definido por las normas que funcionan como "reglas de juego", tiene gran importancia desde punto de vista de los procesos afectivos y cognoscitivos ya que brinda la estabilidad, la frecuencia y la demarcación de probabilidades y expectativas, es decir, los alcances y límites del sistema terapéutico grupal.

Detalles del encuadre:

- En primer lugar, se debe asumir una norma ética o compromiso de guardar el secreto respecto a las confidencias de cuanto allí se diga, condición imprescindible para la constitución de la "confianza básica" necesaria.
- Debe registrar el consentimiento y asentimiento informado para su asistencia al grupo terapéutico.
- En el grupo todos los participantes tienen derecho a la libertad absoluta de expresión.
- Las sesiones se realizarán dos veces por semana, con un tiempo establecido de una hora con una flexibilidad de 15 minutos.
- El terapeuta debe hacer explícita la reserva del derecho de abstenerse de intervenir, y la libertad de interrumpir un discurso o diálogo si lo considera no pertinente al objeto de la reunión.
- En lo posible, los pacientes deben prever las ausencias al tratamiento, en su caso ellos o los padres deben avisar con suficiente tiempo de antelación y de tratarse de un imprevisto avisar telefónicamente lo antes posible.
- Las conclusiones psicológicas erróneas a las que llegue el grupo serán rectificadas por el psicoterapeuta.
- Últimamente, creemos útil incluir de manera explícita la prohibición de asistir a la sesión con teléfonos portátiles o cualquier otro elemento externo que pudiera perturbar la concentración necesaria para este trabajo.
- Dentro del proceso de comunicación del grupo, quedan excluidos: la política, la religión y el dinero como temas generales de discusión grupal. Esto no quiere decir que no se deban tratar estos temas como problemas que pueda tener un determinado sujeto en relación con ellos, y dentro de lo que se podría considerar como infraestructura psicosocial personal.
- Para el presente programa, las orientaciones o consultas solicitadas por los padres serán evaluadas por el psicoterapeuta durante el proceso de intervención.
- Se recuerda la norma de "restitución grupal": todo lo generado en el grupo o por el grupo, debe ser elaborado en el mismo contexto en que fue generado.

RECURSO N° 2

LOS ESTADOS ADAPTATIVOS - ELIZABETH KÜBLER-ROSS

FASES DESCRIPCIÓN

Negación

El paciente duda de los resultados de las exploraciones, pide nuevas opiniones, solicitan ir a otros hospitales.

Generalmente la negación es una defensa provisional del paciente y no se debe interpretar su rechazo como definitivo.

Ira

Cuando no se puede seguir manteniendo la negación surge la pregunta ¿por qué yo? y, mirando a otra persona, llegan a pensar ¿por qué no habría podido ser él? Esta fase es la que mayores dificultades presenta para familiares y cuidadores ya que la ira del paciente se desplaza en todas direcciones, proyectándose sobre lo que le rodea, a veces casi al azar.

Pacto

Los pacientes piden un poco de tiempo para completar algunas cuestiones pendientes. La mayoría de los pactos se hacen en silencio, con Dios.

Depresión

Ocurre cuando el paciente terminal no puede seguir negando su enfermedad, viéndose obligado a pasar por largos y agresivos tratamientos, períodos de hospitalización, agravamiento de los síntomas, adelgazamiento, debilidad, etc.

Aceptación

Llega a ocurrir cuando el paciente ha tenido suficiente tiempo y se le ha ayudado a pasar por las anteriores fases Según Kübler-Ross, éste es el momento de limitar las visitas, de evitar conversaciones intrascendentes, de apagar el televisor.

SESIÓN 2

I. TEMA: EL SIGNIFICADO DE LAS EMOCIONES EN MI VIDA

II. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

- Facilitar la expresión en los /as participantes del grupo del significado del abuso sexual en sus vidas y del impacto del diagnóstico de depresión.
- Brindar soporte psicológico a los/las participantes del grupo para disminuir el impacto del diagnóstico de depresión en su quehacer cotidiano.

III. SECUENCIA METODOLÓGICA:

Paso 1: Bienvenida:

El terapeuta inicia la sesión saludando y dando la bienvenida a los/as participantes a la segunda sesión. Dice el nombre de la sesión y explica los objetivos terapéuticos.

Paso 2: Presentación

La reunión empieza con la misma modalidad de la semana pasada, el terapeuta se presenta por su nombre e invita a que los demás se vayan presentando desde su derecha y en orden hasta llegar al último participante que está sentado a su izquierda.

Una vez concluida las presentaciones se les recuerda que no están obligados a hablar todos, pero sí a escuchar a todos.

Paso 3: Encuadre

El terapeuta al iniciar la sesión puede recordar al grupo las reglas ya convenidas en la sesión anterior.

Paso 4: "El significado del abuso sexual en mi vida"

El terapeuta planteará la siguiente pregunta al grupo:

T: Del tema conversado la semana pasada ¿Alguien quiere preguntar o compartir algo? Según sea el caso se vuelven a tocar los puntos sueltos o se pasa al siguiente punto

T: ¿El haber pasado por una experiencia de abuso sexual, ¿cómo afecta mi vida en lo que se refiere a mi físico, a mi desempeño diario, en qué me limita?

Una vez que los participantes expresan su sentir o libremente dan su testimonio personal sobre este punto, el/la terapeuta cuidará de moderar la participación de los/as integrantes, así mismo dará el espacio necesario para el compartir ideas, sentimientos o emociones.

Luego que se concluya con los testimonios y/o participaciones se realizará la siguiente pregunta:

T: ¿Qué de lo expresado puedo cambiar y qué no está bajo mi control poder hacerlo? ¿Alguna sugerencia? (pregunta para todos).

El compartir entre todos/as sus molestias es de gran ayuda ya que los participantes se sienten comprendidos e identificados con los sentimientos más comunes.

VI. EVALUACIÓN DE LA SESIÓN.

T: El terapeuta preguntará al grupo sobre las lecciones aprendidas de lo trabajado y realizará la retroalimentación respecto a los objetivos de la sesión terapéutica.

VII. CIERRE.

El cierre enfoca en que tal vez no se puedan eliminar todas las molestias, pero sí hacer pequeños "trucos" para hacer más manejable la situación.

Nuevamente retomamos el tema de la aceptación conversado la semana pasada...Lo que no puedo cambiar tengo que aceptarlo o voy a gastar mucha energía resistiéndome a lo incambiable.

T: Se finaliza la sesión preguntando ¿Queda alguna pregunta o duda? ¿Hay alguien que necesita ahondar más en este tema?

Si no hay ninguna intervención, el terapeuta agradece a los/as integrantes del grupo por su participación, sus preguntas, aportes o sólo su escucha y se despide hasta la próxima semana.

SESIÓN 3

I. TEMA: AUTOCONOCIMIENTO, AUTOCONCEPTO, AUTOACEPTACIÓN

II. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

- Facilitar en los/as participantes el reconocimiento del autoconocimiento, autoconcepto y auto aceptación.
- Brindar las herramientas psicológicas necesarias para el desarrollo del autoconocimiento, autoconcepto y autoaceptación.

III. SECUENCIA METODOLÓGICA

Paso 1: Bienvenida

El terapeuta inicia la sesión saludando y dando la bienvenida a los/as participantes a la tercera sesión. Dice el nombre de la sesión y explica los objetivos terapéuticos.

Paso 2: Presentación

La reunión empieza con la misma modalidad de la semana anterior, el terapeuta se presenta por su nombre e invita a que los demás se vayan presentando desde su derecha y en orden hasta llegar al último participante que está sentado a su izquierda.

Una vez concluida las presentaciones se les recuerda nuevamente a los/as participantes que no están obligados a hablar todos...pero sí a escuchar a todos.

Paso 3: Autoestima

El terapeuta planteará la siguiente pregunta al grupo:

T: Del tema conversado la semana pasada ¿Alguien quiere preguntar o compartir algo? Según sea el caso se vuelven a tocar los puntos sueltos o se pasa al siguiente punto.

T: Luego plantea el tema de la sesión "Hoy hablaremos de la Autoestima" y explica el significado de los siguientes conceptos:

Autoconocimiento: "Sabemos que la Autoestima es esencial para la salud psicológica y por ende repercute en nuestra salud física y nuestro sistema inmunológico. Y para tener una alta autoestima es necesario tener Autoconocimiento: no tienen que gustarme todos los aspectos de mi personalidad, pero sí tengo que conocerlos, mis deseos, mis temores, mis lados claros y los oscuros (Jung), qué me alegra y qué me molesta, quién mueve mis emociones. Todo me ayuda a conocerme mejor y comprender mis reacciones."

"El Autoconcepto, nos habla de cómo yo me veo, qué idea tengo de mí, cómo me hablo a mí mismo cuando tengo fallas y aciertos." (V.G. si tengo un error y me digo "Qué tonta/o" en lugar de "Eso que he hecho es una tontería", Es decir descalificando la acción no a mí) "

"La Autoaceptación es estar de mi lado, no me rechazo (puedo rechazar mis errores, pero si no los acepto no puedo aprender de ellos) ni me odio, al contrario, me valoro y me respeto".

"No significa justificarme o pasar por alto mis defectos, o los potenciales que me dan miedo asumir, pero no los rehúyo."

Una vez hecha esta breve reseña de cuáles son los componentes de la Autoestima, podemos seguir con la pregunta:

T: El terapeuta realiza la siguiente pregunta: De lo que hemos escuchado, ¿Con qué me identifico? ¿En dónde me encuentro? ¿Cuál de estos puntos interfiere con mi vida y mi salud?

Una vez que los participantes expresan su sentir o libremente dan su testimonio personal sobre este punto, el/la terapeuta cuidará de moderar la participación de los/as integrantes, así mismo dará el espacio necesario para el compartir ideas, sentimientos o emociones.

IV. EVALUACIÓN DE LA SESIÓN.

T: El/la terapeuta preguntará al grupo sobre las lecciones aprendidas de lo trabajado y realizará la retroalimentación respecto a los objetivos de la sesión terapéutica.

V. CIERRE.

Luego de la intervención de los que deseen compartir hacemos el cierre, recordando que una de las maneras de vivir en paz con uno mismo es conociéndome, valorándome y aceptándome.

T: Se finaliza la sesión preguntando ¿Queda alguna pregunta o duda? ¿Hay alguien que necesita ahondar más en este tema?

Si no hay ninguna intervención, el terapeuta agradece a los/as integrantes del grupo por su participación, sus preguntas, aportes o sólo su escucha y se despide hasta la próxima sesión.

SESIÓN 4

I. TEMA: AUTOESTIMA Y AUTOCUIDADO

II. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

- Compartir con el grupo la relación que existe entre Autoestima y autocuidado en relación a la depresión.
- Aprender herramientas psicológicas para fortalecer la Autoestima y fortalecer el Autocuidado en el diagnóstico de depresión.

III. SECUENCIA METODOLÓGICA

Paso 1: Bienvenida

El terapeuta inicia la sesión dando la bienvenida a los participantes a la sesión Nro. 4 y explica los objetivos terapéuticos de la sesión.

Paso 2: Presentación

El terapeuta inicia la presentación, refiriendo su nombre y su cargo e invita a la persona que está a su derecha a que haga lo mismo.

Una vez concluida las presentaciones se les recuerda que no están obligados a hablar todos...pero sí a escuchar a todos.

Paso 3: Autoestima y Autocuidado

El inicio de la sesión es siguiendo los pasos ya conocidos, y si no hay alguna pregunta nueva con respecto al tema anterior empezamos diciendo

T: "Hoy vamos a seguir con el tema de la Autoestima, esta vez vamos a ver uno de sus componentes: El Autocuidado. ¿Qué que significa esta palabra? ¿A qué se refiere en relación a mis sentimientos?"

Una vez que hemos escuchado los aportes de los participantes podemos hacer una breve explicación de lo que significa la palabra RESPONSABILIDAD en la vida afectiva.

T: ¿Quién tiene la responsabilidad de cuidar el cuerpo? ¿Qué estoy dispuesto a hacer para cuidarlo? ¿A quién suelo echarle la culpa de lo que me ha sucedido?"

En esta ronda invitamos a los participantes a hacer una reflexión con la finalidad de transmitir la idea de que "Yo soy el único responsable de mi vida, mis sentimientos y de conseguir mis metas". Sin embargo, hay circunstancias en la vida en las que somos vulnerables porque no tenemos la posibilidad de defendernos, no tenemos la fuerza o nos sentimos tan sensibles que no podemos ejercer el autocuidado.

T: Preguntamos a los participantes que situaciones, personas o circunstancias les han permitido "protegerse" de un mayor daño emocional o afectivo.

Escucharnos todos los aportes y hacemos la distinción entre las situaciones, personas, circunstancias que nos intoxican y reflexionamos sobre las formas como nos protegemos, como nos defendemos o como nos dañamos.

T: Se hace referencia a que una persona con una actitud asertiva muestra en todas sus acciones respeto por sí mismo y acepta sus limitaciones, tiene siempre su propio valor y desarrolla su autoestima; es decir, se aprecia y se quiere a sí misma, tal como es.

IV. EVALUACIÓN DE LA SESIÓN.

T: El terapeuta preguntará al grupo sobre las lecciones aprendidas de lo trabajado y realizará la retroalimentación respecto a los objetivos de la sesión terapéutica.

V. CIERRE.

El cierre es una visión de cómo todos tenemos diferentes agresores y también diferentes formas de protegernos.

T: Se finaliza la sesión preguntando ¿Alguien quiere preguntar algo más acerca del tema que hemos conversado Hoy?

Si no hay ninguna intervención, el terapeuta agradece a los/as integrantes del grupo por su participación, sus preguntas, aportes, o solo su escucha y se despide hasta la próxima semana.

SESIÓN 5

I. TEMA: IDENTIFICANDO MIS ESTADOS EMOCIONALES

II. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

- Conocer el significado de mis estados emocionales y su relación con el comportamiento.
- Brindar las herramientas psicológicas necesarias para afrontar las dificultades relacionadas con los estados emocionales y su relación con el comportamiento.

III. SECUENCIA METODOLÓGICA

Paso 1 Bienvenida:

El terapeuta inicia la sesión dando la bienvenida a los participantes a la sesión Nro. 9 y explica los objetivos terapéuticos de la sesión.

Paso 2 Presentación:

El terapeuta inicia la presentación, refiriendo su nombre y su cargo e invita a la persona que está a su derecha a que haga lo mismo.

Una vez concluida las presentaciones se les recuerda que no están obligados a hablar todos...pero sí a escuchar a todos, como en las anteriores sesiones.

Paso 3 "mis estados emocionales y su relación con el comportamiento."

El inicio de la sesión es siguiendo los pasos ya conocidos, y preguntando si hay alguna pregunta o comentario con respecto al tema tocado la semana anterior. Si hubiera algo pendiente se absuelven las dudas, o preguntas o en caso contrario se inicia la sesión.

El terapeuta planteará la siguiente pregunta al grupo:

T: "Hoy vamos a hablar de las emociones "¿Qué significado tiene para ustedes la expresión de la ira, el llanto, la tristeza? ¿Cómo han enfrentado hasta este momento, que dificultades y beneficios les ha ocasionado?"

El terapeuta abre la sesión con la pregunta y la consigna de que todos/as son libres de participar y el que no desea participar hablando o dando su testimonio puede simplemente escuchar.

En la ronda inicial la pregunta es para tantear si a todos les genera el mismo efecto la depresión. Es probable que algunas personas no se den cuenta o no sientan ningún efecto en especial.

T: ¿Cómo suelo enfrentar mis dificultades, molestias? ¿Fácilmente me desmotivo y me frustro como una primera opción en mi vida? Si desde pequeños no estamos acostumbrados a soportar incomodidades, molestias, dolores, entonces la frustración ya es una conducta aprendida

T: ¿Qué hago para calmar estas molestias?

La idea es buscar TIPS que usan los pares para poder enfrentar las mismas dificultades. Compartimos. Sean las respuestas que sean, escuchamos todos los aportes y concluimos resaltando los principales TIPS vertidos en la reunión por los/as integrantes del grupo.

IV. EVALUACIÓN DE LA SESIÓN.

El terapeuta preguntará al grupo sobre las lecciones aprendidas de lo trabajado y realizará la retroalimentación respecto a los objetivos de la sesión terapéutica.

V. CIERRE.

El cierre se establecerá rescatando las lecciones aprendidas respecto al tema:

Alentamos a seguir adelante para no tener que empezar otra vez (con la dificultad de la resistencia) recordándonos las veces que he conseguido mis metas. Y constantemente felicitándonos por nuestra perseverancia.

T: Se finaliza la sesión preguntando ¿Alguien quiere preguntar algo más acerca del tema que hemos conversado Hoy?

Si no hay ninguna intervención, el terapeuta agradece a los/as integrantes del grupo por su participación, sus preguntas, aportes o sólo su escucha y se despide hasta la próxima semana.

Buscamos puntos positivos en esta situación negativa.

Señalar que estas actitudes están directamente relacionadas con la actitud que tenemos con nosotros mismos.

SESIÓN 6

I. TEMA: RELACIONES AFECTIVAS: FAMILIA Y AMIGOS

II. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

Brindar las herramientas psicológicas necesarias para el manejo de situaciones de sobreprotección frente a la problemática actual.

III. SECUENCIA METODOLÓGICA:

Paso 1 Bienvenida:

El terapeuta inicia la sesión saludando y dando la bienvenida a los/as participantes a la SEXTA sesión. Dice el nombre de la sesión y explica los objetivos terapéuticos.

Paso 2 Presentación:

El inicio de la sesión es siguiendo los pasos ya conocidos, y preguntando si hay alguna pregunta o comentario con respecto al tema tocado la semana pasada. Sin embargo, como nuestra siguiente sesión va a ser un ejercicio de Relajación, entonces podemos preguntar: "De los temas tocados hasta ahora, hay algo que necesitan que sea retomado, aclarado o compartir algún avance"

La reunión empieza con la misma modalidad de la semana anterior, el terapeuta se presenta por su nombre e invita a que los demás se vayan presentando desde su derecha y en orden hasta llegar al último participante que está sentado a su izquierda.

Paso 3: "Relaciones Afectivas"

Si no hay ninguna intervención, el terapeuta agradece a los/as integrantes del grupo por su participación, sus preguntas, aportes o sólo su escucha.

Aclaremos lo que se presente y luego continuamos diciendo:

T "Hoy vamos a hablar de nuestras relaciones afectivas, de nuestros familiares, enamorados, amigos en relación con cómo afectan mi bienestar emocional"

(Nótese que en este punto no preguntamos todavía en cómo ayudan, lo que necesitamos es información de cómo estas relaciones pueden causar daño).

T Una vez escuchados los aportes podemos empezar por las Relaciones Familiares (ya que no la elegimos ni vamos a poder eliminarlos de nuestra vida...siempre serán mi familia).

Si el problema viene desde cuando era niño/a podemos aclarar que las fallas NO estaban bajo mi control, ni en mi capacidad de poder de cambiarlas.

La meta en el proceso de la maduración es la evolución hacia la autonomía. Si he sido sobreprotegido me infantilizo, si he sido subprotegido se me obligó a sacar recursos y vivir etapas para las cuales no estaba preparado.

Como Nada puedo hacer para cambiar el pasado.

T Si el problema se mantiene hasta ahora tengo salidas, le preguntamos al grupo ¿Qué salidas tengo ante este problema? ¿Cuál es el cambio mínimo que me haría la situación más llevadera? ¿Cómo lo consigo?

Una de las soluciones extremas es alejarme de él o los familiares que me causan daño y que no va a cambiar. No necesito pelearme, ofender, ni culpar al otro solo Autoprotegerme.

T Podemos seguir con el tema de amigos y enamorados ya que a ellos Sí los elegimos, por lo tanto, Sí está bajo mi control el que esto que me hace daño lo corte.

Las preguntas son: "Específicamente qué me hace daño de esta pareja o amigo? ¿Qué he hecho para eliminar el problema? ¿Cuál es mi tope de aguante? ¿Hasta dónde o hasta cuando voy a aguantar esto?

Compartimos entre todos/as experiencias y vemos soluciones encontradas en casos similares.

Antes del cierre podemos tocar los aspectos positivos y enriquecedores de la familia, los amigos y la pareja. ¿Cuántas cosas buenas aportaron y aportan en mi vida? ¿Cómo la enriquecieron y enriquecen ahora?

IV. EVALUACIÓN DE LA SESIÓN.

El/la terapeuta preguntará al grupo sobre las lecciones aprendidas de lo trabajado y realizará la retroalimentación respecto a los objetivos de la sesión terapéutica.

V. CIERRE

Para el cierre hacemos el aclare entre lo que puedo cambiar (amigos, amores, el presente) y lo que no puedo cambiar (familiares y el pasado).

T Se finaliza la sesión preguntando ¿Queda alguna pregunta o duda? ¿Hay alguien que necesita ahondar más en este tema?

Si no hay intervenciones, la despedida es la acostumbrada.

Información adicional:

Considerando la próxima sesión será necesario indicar la necesidad de asistir con ropa cómoda (por ejemplo; buzo)

SESIÓN 7

I. TEMA: RELAJACIÓN GUIADA

II. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

- Disminuir el nivel de tensión física y emocional
- Propiciar el reconocimiento de la energía interna como generador de salud.

Materiales: equipo de música y música de relajación: sonidos de la naturaleza ó música instrumental

III. SECUENCIA METODOLÓGICA

Paso 1 Bienvenida:

El terapeuta inicia la sesión saludando y dando la bienvenida a los/as participantes a la sesión de Relajación que se denomina: "Ejercicio del fuego de la salud" y explica los objetivos terapéuticos.

Paso 2 Presentación:

El terapeuta propicia la presentación mencionando su nombre e invitando a los demás para que se presente desde su derecha y en orden hasta llegar al último participante que está sentado a su izquierda.

Nota: el terapeuta debe asegurarse que los asistentes tengan vestimenta cómoda (detalles que fueron impartidos en la sesión anterior), así como apagar los celulares y equipos tal como se señala en el encuadre.

Paso 3: Se solicita que tomen una posición cómoda, (si la infraestructura lo permite pueden estar echados) y que cierren los ojos. Con voz neutral el/la terapeuta empezará la sesión preñiendo la música:

"Esta es una práctica la relajación física para lo cual vamos a dejar bien relajados todos los músculos de tu cuerpo.

- Ahora imagina dentro de tu corazón dos chispas de luz, PAUSA una azul a la izquierda y otra roja anaranjada a la derecha. Están en movimiento, vibrando, siéntelas... PAUSA
- Ahora se multiplican en millones de chispas, de partículas de luz, las azules a la izquierda del corazón... las rojas a la derecha... Siente su vibración en tu pecho... PAUSA
- Las partículas rojas se van extendiendo por todo el lado derecho de tu organismo: pecho... tronco... brazo... pierna... y cabeza, y se transforman en una especie de llama de fuego que no quema y que baña toda la zona derecha de tu cuerpo. PAUSA Siente ese suave calor y esa sutil vibración en esas zonas... PAUSA
- Las partículas azules se van extendiendo por el lado izquierdo de tu cuerpo: pecho... tronco... brazo... pierna... cabeza, PAUSA, se transforma en un fuego azulado que lo puedes percibir por todas esas zonas. Siéntelo... PAUSA
- Ahora puedes percibir como las dos llamas se juntan a la altura de tus pies generando una intensa llama de color violeta, que va subiendo por las pantorrillas... rodillas...

muslos... glúteos... tronco... brazos y cabeza. PAUSA Te sientes envuelto en la llama violeta que va revitalizando todas y cada una de las células de tu cuerpo. Concéntrate y disfruta de esa sensación de salud y bienestar. PAUSA

- Visualiza la llama que te envuelve a modo de una nube que cubre tu cuerpo y se eleva varios centímetros por encima de tu piel. PAUSA
- Concentra tu mente en bañar de luz violeta las zonas de tu cuerpo más débiles, tensas o enfermas. PAUSA Siente el suave calor de la llama violeta en esas zonas (ayúdate de una suave respiración para sentir más esas partes) PAUSA. Imagina como esa luz va regenerando, sanando a nivel celular todas esas regiones de tu organismo. PAUSA.

Siente como esta sensación se vuelve energía que sale de ti y se vuelve hacia ti cargándote de paz, amor y deseo de seguir adelante. PAUSA.

Progresivamente vas a estirar lentamente tus brazos, tus piernas y progresivamente todo tu cuerpo PAUSA puedes lentamente abrir tus ojos cuerpo y ponerte en contacto con las personas que te rodean.

IV. EVALUACIÓN DE LA SESIÓN.

Paso 4: El/la terapeuta preguntará al grupo sobre cómo se sienten y las lecciones aprendidas de lo trabajado y realizará la retroalimentación respecto a los objetivos de la sesión terapéutica

V. CIERRE.

Luego de la intervención de los que deseen compartir hacemos el cierre, recordando que la fuente de energía está dentro de nosotros mismos y podemos en paz con uno mismo haciendo uso de esa energía.

El terapeuta agradece a los/as integrantes del grupo por su participación, sus preguntas, aportes o sólo su escucha y se despide hasta la próxima sesión.

SESIÓN 8

I. TEMA: TÉCNICAS DE AUTORELAJACIÓN

II. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

- Identificar aquellas actividades de la vida cotidiana que nos permite relajarnos.
- Identificar aquellas señales de tensión del cuerpo y prevenir estados de estrés mayores.

III. SECUENCIA METODOLÓGICA

Paso 1: Bienvenida:

El terapeuta inicia la sesión saludando y dando la bienvenida a los/as participantes a la sesión que tratará sobre aquellas acciones que realizamos y que nos brindan estados de bienestar y relajación.

Paso 2: Presentación:

La reunión empieza con la misma modalidad de la semana anterior, el terapeuta se presenta por su nombre e invita a que los demás se vayan presentando desde su derecha y en orden hasta llegar al último participante que está sentado a su izquierda. Seguidamente pregunta si hay algún comentario con respecto a la sesión anterior.

Paso 3: técnicas de Relajación:

El/la terapeuta agradece las intervenciones y comenta que existientes actividades en nuestra vida cotidiana que nos brinda además de satisfacción también nos relajan. Por ej.: algunas personas les gusta tejer y esta actividad las relaja.

Entonces vamos a compartir entre todos: ¿Que actividades las relaja?

En la medida que van compartiendo sus experiencias les preguntamos ¿Con qué frecuencia lo hacemos?

Cuando finalizan las intervenciones el terapeuta comenta que todos tenemos técnicas particulares que nos hacen sentir bien y muchas veces no lo practicamos con cierta frecuencia.

Paso 4: el/la terapeuta formula la siguiente pregunta Cuando estamos tensos, ¿Qué parte de nuestro cuerpo nos da la primera señal de tensión?

Cuando finalizan los comentarios el terapeuta señala que Generalmente no le hacemos caso a nuestro cuerpo de las señales que nos brinda lo cual hace que lleguemos a estados de tensión altos. Por ello es necesario mantenernos en contacto con esas señales y en ese momento podemos hacer uso de nuestras actividades placenteras o relajantes para disminuir la tensión y sentirnos mejor.

IV. EVALUACIÓN DE LA SESIÓN.

El/la terapeuta preguntará al grupo sobre las lecciones aprendidas de lo trabajado y realizará la retroalimentación respecto a los objetivos de la sesión terapéutica

V. CIERRE.

Luego de la intervención de los que deseen compartir hacemos el cierre, recordando que en la medida que logramos un mejor estado emocional podemos mejorar nuestro estado de salud física, porque somos seres integrales en las que nuestros pensamientos van de la mano con nuestras emociones y nuestro estado de salud física.

T: Se finaliza la sesión preguntando ¿Queda alguna pregunta o duda? ¿Hay alguien que necesita ahondar más en este tema?

Si no hay intervenciones, la despedida es la acostumbrada.

SESIÓN 9

I. TEMA: ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN RELACIONADO AL ABUSO SEXUAL

II. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

- Conocer cómo la discriminación afecta nuestra vida.
- Brindar las herramientas psicológicas necesarias para el manejo de situaciones de discriminación frente al abuso sexual.

III. SECUENCIA METODOLÓGICA.

Paso 1 Bienvenida:

El terapeuta inicia la sesión saludando y dando la bienvenida a los/as participantes a la quinta sesión. Dice el nombre de la sesión y explica los objetivos terapéuticos.

Paso 2 Presentación:

La reunión empieza con la misma modalidad de la semana anterior, el terapeuta se presenta por su nombre e invita a que los demás se vayan presentando desde su derecha y en orden hasta llegar al último participante que está sentado a su izquierda.

Una vez concluida las presentaciones se les recuerda nuevamente a los/as participantes que no están obligados a hablar todos...pero sí a escuchar a todos.

Paso 3: "Estigma y Discriminación"

El terapeuta empieza la sesión diciendo:

"Hoy vamos a tocar el tema del Estigma y la Discriminación" y luego realizará la siguiente pregunta:

T ¿Alguien se ha sentido rechazado por causa de haber sido abusado sexualmente?

(La pregunta va directa a la secuela que puede haber dejado como experiencia traumática). NO a su orientación sexual, posición social, color, religión, etc.).

Luego de realizar la pregunta, el terapeuta brindará el espacio y la oportunidad a los/as participantes del grupo para expresar sus vivencias y sus testimonios, de manera voluntaria y alternada.

Una vez escuchado todos los aportes, la siguiente pregunta es:

T ¿Exactamente qué es lo que le molesta de estas actitudes? ¿Qué los ofende? ¿Cómo hacen para manejar la situación?

En el compartir y en la participación de los/as participantes del grupo veremos que no nos afectan las mismas cosas ni con la misma intensidad, entonces el terapeuta podrá seguir realizando las siguientes preguntas:

T ¿Qué hace la diferencia? ¿Por qué un mismo agravio a unas personas las pone mal y para otras les es indiferente? ¿Por qué darle el poder de mis emociones a otra persona? ¿Por qué permitir que otra persona con toda su mala intención tenga capacidad para alterarme? Señalar que estas actitudes están relacionadas a los otros: familiares, amigos, etc.

T. También es importante hablar de la auto estigmatización y/o auto discriminación. ¿Cuánto de lo que dicen de mí yo también lo creo?

Buscamos puntos positivos en esta situación negativa.

Señalar que estas actitudes están directamente relacionadas con la actitud que tenemos con nosotros mismos.

IV. EVALUACIÓN DE LA SESIÓN.

El/la terapeuta preguntará al grupo sobre las lecciones aprendidas de lo trabajado y realizará la retroalimentación respecto a los objetivos de la sesión terapéutica.

V. CIERRE.

El cierre hace hincapié en que no podemos controlar a Todas las personas, Todo el tiempo, y menos en sus aversiones o ideas erradas.

Nunca le vamos a caer bien a todos, y mucho menos los vamos a cambiar, entonces lo único que puedo hacer es cambiar yo y mi manera de responder ante la ofensa.

Alejarme, no discutir lo incambiable en el otro, tolerar a los que están equivocados es mi mejor respuesta, mi mejor defensa.

T Se finaliza la sesión preguntando ¿Queda alguna pregunta o duda? ¿Hay alguien que necesita ahondar más en este tema?

Si no hay ninguna intervención, el terapeuta agradece a los/as integrantes del grupo por su participación, sus preguntas, aportes o sólo su escucha y se despide hasta la próxima sesión.

SESIÓN 10

I. TEMA: EL SIGNIFICADO DE LA RECUPERACIÓN EN MI VIDA EMOCIONAL.

II. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

- Facilitar el reconocimiento de pensamientos que influyen en su vida emocional
- Estimular la generación de pensamientos positivos que mejoren el estado emocional.

III. SECUENCIA METODOLÓGICA

Paso 1: Bienvenida:

El terapeuta da inicio a la sesión saludando y dando la bienvenida a la sesión que tratará del significado de la depresión en nuestra vida emocional, la cual tiene como objetivos (mencionar los objetivos propuestos)

Paso 2: Presentación. Se realiza la misma modalidad de presentación que en las sesiones anteriores.

Terminada las presentaciones se les recuerda nuevamente a los/as participantes que no están obligados a hablar todos...pero sí a escuchar a todos, así como tener en cuenta las indicaciones del encuadre.

Paso 3: A manera de introducción el terapeuta comentará:

Pensamientos son ideas (frases u oraciones) que nos decimos a nosotros/as mismos/as. Nosotros/as estamos todo el tiempo hablándonos mentalmente, pero no todo el tiempo nos damos cuenta de ello.

Es útil pensar acerca de los pensamientos como "objetos" (ideas) que tienen un efecto real sobre nuestras mentes y cuerpos.

Paso 4: El/la terapeuta les dirá a los asistentes que con una frase muy corta respondan a la siguiente pregunta ¿Cómo se sienten frente a la depresión?

El terapeuta o coterapeuta irá anotando las respuestas y clasificándolas. Por ejemplo: "siempre tengo miedo" etc.

Una vez que todos han expresado su sentir agradecerá su expresión y comentará

T: Generalmente las respuestas tienen un contenido: Enjuiciador, inflexible, destructivo, negativo, las cuales tienen un peso muy grande en nuestra vida y se establecen como un SELLO.

Paso 5: Por tanto, vamos a hacer el ejercicio de transformar esa misma frase en una con menos carga: Por ejemplo: Si dije: Me siento cobarde frente a los recuerdos que me vienen a la cabeza, podemos transformarla en: "A veces me siento cobarde, pero a veces también soy valiente porque tengo todo el apoyo de mi familia"

Incentivar la participación de todos y finalmente preguntar ¿Cómo se han sentido con esta nueva frase?

IV. EVALUACIÓN DE LA SESIÓN:

T: el terapeuta preguntará, que hemos aprendido con esta sesión.

Finalmente realizará la retroalimentación enlazándolo con los objetivos propuestos.

V. CIERRE:

Se finaliza la sesión comentando que permanentemente debemos revisar nuestros pensamientos y con ello evitaremos emociones negativas. Es necesario cambiar los mismos a pensamientos más productivos, agradables, flexible o positivos dando una TAREA:

Aumenta en tu mente el número de pensamientos buenos. Felicítate mentalmente.

SESIÓN 11

I. TEMA: HABLANDO DE LOS SECRETOS Y LA CULPA

II. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

- Conocer el significado de la Confidencialidad y su relación con el diagnóstico de abuso sexual.
- Brindar las herramientas psicológicas necesarias afrontar dificultades relacionadas con los sentimientos de culpa y los secretos.

III. SECUENCIA METODOLÓGICA

Paso 1 Bienvenida:

El terapeuta inicia la sesión dando la bienvenida a los participantes a la sesión Nro. 11 y explica los objetivos terapéuticos de la sesión.

Paso 2 Presentación:

El terapeuta inicia la presentación, refiriendo su nombre y su cargo e invita a la persona que está a su derecha a que haga lo mismo.

Una vez concluida las presentaciones se les recuerda que no están obligados a hablar todos...pero sí a escuchar a todos, como en las anteriores sesiones.

Paso 3 Confidencialidad

El inicio de la sesión es siguiendo los pasos ya conocidos, y preguntando si hay alguna pregunta o comentario con respecto al tema tocado la semana anterior. Si hubiera algo pendiente se absuelven las dudas, o preguntas o en caso contrario se inicia la sesión.

El terapeuta planteará la siguiente pregunta al grupo:

T: "Hoy vamos a hablar de la Confidencialidad "¿Qué significado tiene para ustedes la palabra Confidencialidad? ¿Cuándo es buena la Confidencialidad? ¿Cuándo nos afecta la Confidencialidad?"

El terapeuta abre la sesión con la pregunta y la consigna de que todos/as son libres de participar y el que no desea participar hablando o dando su testimonio puede simplemente escuchar.

La idea con esta pregunta es buscar compartir las vivencias de los/as participantes respecto al significado de la Confidencialidad, como la practicamos y cuando es buena y cuando nos afecta, en especial en que situaciones relacionadas con los sentimientos de culpa y los secretos. La participación será libre y espontánea, así como la escucha.

T: El/la terapeuta modera la sesión y luego de los testimonios y/o participaciones se da un espacio para la reflexión de todo el contenido de lo expresado y concluye manifestando que: "La confidencialidad es un valor ético, que colinda con la moral y con el ejercicio del respeto por guardar un secreto, una noticia o una confidencia, tal como la experiencia del abuso sexual que corresponde al ámbito personal, que se relaciona con aquello que no se quiere compartir con otros" "La confidencialidad nos hace sentir bien cuando es respetada y guardada y nos prepara para ir aceptando una situación difícil en nuestra vida" "La

confidencialidad nos puede afectar cuando no es respetada, cuando es publicada sin nuestro consentimiento y cuando nos hace sentir inseguros y nos causa malestar".

T: El/la terapeuta pregunta al grupo ¿Cómo han hecho para guardar en Confidencialidad ello, con quienes lo han compartido y por qué? ¿Cómo les afecto si hubo situaciones en las que algunas personas no respetaron la Confidencialidad?

Compartimos. Sean las respuestas que sean, escuchamos todos los aportes y concluimos "que si bien es cierto no podemos controlar todas las variables de nuestro entorno, es necesario valorar nuestra vida y nuestras decisiones respecto a nuestra salud emocional y valorar todo lo MAS importante que está sucediendo con nosotros".

IV. EVALUACIÓN DE LA SESIÓN.

T: El terapeuta preguntará al grupo sobre las lecciones aprendidas de lo trabajado y realizará la retroalimentación respecto a los objetivos de la sesión terapéutica.

V. CIERRE.

El cierre se establecerá rescatando las lecciones aprendidas respecto al tema de Confidencialidad y revalorando nuestra salud como prioridad principal.

T: Se finaliza la sesión preguntando ¿Alguien quiere preguntar algo más acerca del tema que hemos conversado Hoy?

Si no hay ninguna intervención, el terapeuta agradece a los/as integrantes del grupo por su participación, sus preguntas, aportes o sólo su escucha y se despide hasta la próxima semana.

SESIÓN 12

I. TEMA A DESARROLLAR: COMO AFRONTO LA DEPRESIÓN

II. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

- El Dar a conocer a los/as participantes el significado de la Depresión y las principales señales de alerta.
- Brindar las herramientas psicológicas necesarias para afrontar la depresión.

III. SECUENCIA METODOLÓGICA

Paso 1 Bienvenida:

El terapeuta da la bienvenida a los/as participantes presenta el nombre de la sesión y refiere los objetivos de esta.

Paso 2 Presentación:

El terapeuta inicia la presentación, refiriendo su nombre y su cargo e invita a la persona que está a su derecha a que haga lo mismo.

Una vez concluida las presentaciones se les recuerda que no están obligados a hablar todos...pero sí a escuchar a todos.

Paso 4 Depresión y otras reacciones emocionales

El inicio de la sesión es siguiendo los pasos ya conocidos, y preguntando si hay alguna pregunta o comentario con respecto al tema tocado la semana pasada. Si hubiera, se absuelven las dudas, en caso contrario podemos empezar.

T: El terapeuta inicia la sesión con la siguiente consigna: "Hoy vamos a hablar de la depresión. - ¿Qué es la depresión, ¿qué significa para ti? ¿Cuándo me siento deprimido/a? ¿Qué cosas me deprimen?"

En este momento en que recibimos información podemos ir armando los datos en quienes sienten que hay factores internos (mi salud, mi físico, etc. y factores externos mis padres, el trabajo, los amigos, amores, etc.).

La idea es clarificar que hay algunos puntos que tal vez sí puedo cambiar (lo mío) y otros que no voy a poder (los otros) y tengo que aceptarlos y aprender a vivir con ello.

T: Luego averiguamos acerca de ¿Qué me digo, cómo me hablo cuándo, estoy deprimido/a?

El punto es que aprendamos a identificar y controlar nuestros pensamientos "depresores", para que no lleguen a afectarnos y luego con la práctica ni siquiera permitir que se lleguen a formular completamente en mi cabeza. Nuestros pensamientos generan nuestro estado emocional. Yo puedo elegir mis pensamientos y, por lo tanto, generar mis estados de ánimo. Aprender que es diferente estar triste (las cosas nos afectan cuando suceden) y deprimido (me aferro a la situación, no la acepto y mi salud se resiente).

T: Compartimos este enfoque en una nueva ronda tratando de dejar clara la idea de que sí puedo controlar mis pensamientos.

No vamos a poder evitar el dolor ante una realidad dura...pero sí el sufrimiento que es resistirme a la realidad, negarla y enojarme con lo que no puedo evitar.

IV. EVALUACIÓN DE LA SESIÓN.

T: El terapeuta preguntará al grupo sobre las lecciones aprendidas de lo trabajado y realizará la retroalimentación respecto a los objetivos de la sesión terapéutica.

V. CIERRE.

El cierre es con la pregunta: "Ante lo que no puedo cambiar ¿Qué puedo hacer para que no me afecte?"

Compartir ideas direccionándolas hacia soluciones posibles que no han sido contempladas antes.

T: Se finaliza la sesión preguntando ¿Alguien quiere preguntar algo más acerca del tema que hemos conversado Hoy?

Si no hay ninguna intervención, el terapeuta agradece a los/as integrantes del grupo por su participación, sus preguntas, aportes o sólo su escucha y se despide hasta la próxima semana.

SESIÓN 13

I. TEMA A DESARROLLAR: HABLANDO DE LAS ADVERSIDADES Y LA RESILIENCIA

II. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

- Facilitar a los/as participantes del grupo un espacio para tratar algún tema de su interés y/o preocupación.
- Brindar las herramientas psicológicas necesarias para afrontar problemas cotidianos relacionados a su diagnóstico o a su vida personal.

III. SECUENCIA METODOLÓGICA

Paso 1 Bienvenida:

El terapeuta inicia la sesión saludando y dando la bienvenida a los/as participantes a la quinta sesión. Dice el nombre de la sesión y explica los objetivos terapéuticos.

Paso 2 Presentación:

La reunión empieza con la misma modalidad de la semana anterior, el terapeuta se presenta por su nombre e invita a que los demás se vayan presentando desde su derecha y en orden hasta llegar al último participante que está sentado a su izquierda.

Una vez concluida las presentaciones se les recuerda nuevamente a los/as participantes que no están obligados a hablar todos, pero sí a escuchar a todos.

Paso 3: " Hablando de mis adversidades y la resiliencia"

Empezamos diciendo "Hoy es una oportunidad para hablar de lo difícil que puede haber resultado alguna situación, pero lo más importante es cómo la resolvimos. Piensen en la situación más difícil, o aquella que haya significado un aprendizaje.".

El tema elegido se puede enfocar de las siguientes preguntas:

Exactamente ¿qué es lo que le molesta de...?

¿Cómo ha estado tratando de manejarlo?

¿Qué es lo que todavía no ha intentado?

Si proponen más de un tema se preguntará: ¿Cuál de los temas te gustaría solucionar primero?"

T: Como hemos explicado, la eficacia de la terapia breve es que busca resolver la queja del cliente, no vamos a hurgar en toda su historia personal, preguntamos cuales son todas las "soluciones intentadas" y qué le indicaría que hay una mejora.

Se escuchan todas las intervenciones y buscamos las soluciones encontradas o sugeridas por otros miembros del grupo. Tenemos que recordarles a que no todas las soluciones son adecuadas para todos, ni a todos les va a funcionar de la misma manera. Plantear la resiliencia como la fuerza interna que descubrimos y reconocemos cuando nos enfrentamos a una adversidad.

Lo importante es que el adolescente sienta que hay maneras de manejar las situaciones, aunque el cambio generalmente tiene que venir de mi parte y no del otro lado.

IV. EVALUACIÓN DE LA SESIÓN.

T: El/la terapeuta preguntará al grupo sobre las lecciones aprendidas de lo trabajado y realizará la retroalimentación respecto a los objetivos de la sesión terapéutica.

V. CIERRE.

El cierre se realizará en función de lo que se proponga para trabajar en esta sesión.

T: Se finaliza la sesión preguntando ¿Queda alguna pregunta o duda? ¿Hay alguien que necesita ahondar más en este tema?

Si no hay ninguna intervención, el terapeuta agradece a los/as integrantes del grupo por su participación, sus preguntas, aportes o sólo su escucha y se despide hasta la próxima sesión.

SESIÓN 14

I. TEMA A DESARROLLAR: CONOCIENDO MI SEXUALIDAD

II. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

- Compartir con el grupo el significado de la sexualidad y la importancia de las conductas saludables en la recuperación emocional.
- Desmitificar el tema de sexualidad en los/as participantes del grupo asociado al abuso sexual.

III. SECUENCIA METODOLÓGICA

Paso 1 Bienvenida:

El terapeuta inicia la sesión dando la bienvenida a los participantes a la sesión Nro. 14 y explica los objetivos terapéuticos de la sesión.

Paso 2 Presentación:

El terapeuta inicia la presentación, refiriendo su nombre y su cargo e invita a la persona que está a su derecha a que haga lo mismo.

Una vez concluida las presentaciones se les recuerda que no están obligados a hablar todos...pero sí a escuchar a todos.

Paso 3 Sexualidad:

El inicio de la sesión es siguiendo los pasos ya conocidos, y preguntando si hay alguna pregunta o comentario con respecto al tema tocado la semana pasada. Si hubiera se absuelven las dudas, en caso contrario podemos empezar. El terapeuta planteará la siguiente pregunta al grupo:

T: "Hoy vamos a hablar de la Sexualidad "¿Qué significa para ti la sexualidad? ¿Qué es la sexualidad? ¿Cómo la podríamos representar?"

El terapeuta abre la sesión con la pregunta y la consigna de que todos/as son libres de participar y el que no desea participar hablando o dando su testimonio puede simplemente escuchar.

T: El/la terapeuta modera la sesión y luego de los testimonios y/o participaciones se da un espacio para la reflexión de todo el contenido de lo expresado y concluye manifestando que: "La sexualidad es el conjunto de características biológicas, psicológicas y socioculturales que interactúan entre si y que permiten expresarnos y relacionarnos en un contexto social y en un tiempo determinado".

"La sexualidad evoluciona con el ser humano a través del tiempo y se manifiesta en diversas etapas de nuestra vida" "Es una parte integral de nuestra personalidad y se expresa en todo lo que hacemos, estemos saludables o no".

T: El/la terapeuta pregunta al grupo ¿Ha influido la situación de abuso en la expresión de vuestra sexualidad? ¿De qué manera? ¿Cómo? Compartimos.

La idea con esta pregunta es buscar compartir las vivencias de los/as participantes respecto a la expresión de su sexualidad y la relación con el diagnóstico de depresión. La participación será libre y espontánea, así como la escucha.

Sean las respuestas que sean, rescataremos lo aprendido en las sesiones de Autoestima donde concluimos que "Buscaremos recuperar el control que tenemos sobre nuestra vida y no permitir que factores externos (la depresión) puedan alejarnos de nuestra meta (Mi salud) y de mi placer".

Escuchamos todos los aportes y concluimos "Es importante para seguir viviendo sentirme bien y vivir plenamente mi sexualidad buscando las mejores formas de expresarla saludablemente".

IV. EVALUACIÓN DE LA SESIÓN.

T: El terapeuta preguntará al grupo sobre las lecciones aprendidas de lo trabajado y realizará la retroalimentación respecto a los objetivos de la sesión terapéutica.

V. CIERRE.

El cierre es con la pregunta:

T: ¿Qué hemos aprendido acerca de la expresión de nuestra sexualidad?

Volvemos a tocar el tema del respeto a la expresión de nuestro cuerpo, nuestras emociones y sentimientos, así como la importancia de recuperar la vivencia de la sexualidad de manera saludable evitando sentimientos de culpa y dolor. Comentarios finales de los participantes

T: Se finaliza la sesión preguntando ¿Alguien quiere preguntar algo más acerca del tema que hemos conversado Hoy?

Si no hay ninguna intervención, el terapeuta agradece a los/as integrantes del grupo por su participación, sus preguntas, aportes o sólo su escucha y se despide hasta la próxima semana.

SESIÓN 15

I. TEMA A DESARROLLAR: HABLANDO DE MIS DEBERES Y DERECHOS PERSONALES

II. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

- Dar a conocer a los/as participantes el significado de Los deberes y derechos.
- Brindar las herramientas psicológicas necesarias para fortalecer los derechos personales.

III. SECUENCIA METODOLÓGICA

Paso 1 Bienvenida:

El terapeuta inicia la sesión dando la bienvenida a los participantes a la sesión en la que se tratará el tema de los derechos y explica los objetivos terapéuticos de la sesión.

Paso 2: Presentación:

El terapeuta inicia la presentación, refiriendo su nombre y su cargo e invita a la persona que está a su derecha a que haga lo mismo.

Una vez concluida las presentaciones se les recuerda que no están obligados a hablar todos...pero sí a escuchar a todos.

Paso 3: Derechos y deberes:

El inicio de la sesión es siguiendo los pasos ya conocidos, y preguntando si hay alguna pregunta o comentario con respecto al tema tocado la semana pasada. Si hubiera se absuelven las dudas, en caso contrario podemos empezar. El terapeuta planteará la siguiente pregunta al grupo:

T: "Hoy vamos a hablar de los deberes y los derechos ¿Qué significa para ti?"

El terapeuta abre la sesión con la pregunta y la consigna de que todos/as son libres de participar y el que no desea participar hablando o dando su testimonio puede simplemente escuchar.

T: El/la terapeuta modera la sesión y luego de los testimonios y/o participaciones se da un espacio para la reflexión de todo el contenido de lo expresado y se reforzará los siguientes mensajes: "Ya hemos conversado de lo importante que es la Autoestima en nuestra vida, si me siento bien conmigo mismo/a voy a ser la persona que más se preocupa por mí, mi salud. No dependo emocionalmente de nadie para que se ocupe de mi tratamiento.

Otro de los factores que componen la Autoestima es el tener metas en la vida y perseverar en ellas.

T: El/la terapeuta pregunta al grupo ¿Tengo claro que mi salud es una meta importante en mi vida? Compartimos.

La idea con esta pregunta es ver quienes tienen la visión de que la salud es un tema que sólo me compete a mí, puedo ir a la terapia, tener a toda la familia pendiente de mí...pero si yo no hago nada, entonces no hay mejoría.

T: ¿Qué factores influyen para que no me haga responsable de mis autocuidados?

Sean las respuestas que sean, insistimos en recuperar el poder que tengo sobre mi vida y no

permitir que factores externos puedan alejarme de mi meta. Sin embargo, también hay que estar atentos a un auto sabotaje. ¿Soy yo mi enemigo? ¿Qué gano con sintiéndome mal? ¿A quién quiero herir o preocupar?

¿Qué factores ayudan a que me recupere?

Escuchamos todos los aportes y hacemos la distinción entre los que ayudan y están bajo mi control y los que ayudan...pero que pueden fallar porque no soy yo quien los genera.

IV. EVALUACIÓN DE LA SESIÓN.

T: El terapeuta preguntará al grupo sobre las lecciones aprendidas de lo trabajado y realizará la retroalimentación respecto a los objetivos de la sesión terapéutica.

V. CIERRE.

El cierre es con la pregunta:

T: ¿Qué hemos aprendido acerca de mantenerme en la meta de practicar los deberes y derechos respecto del autocuidado y recuperación emocional?

Volvemos a tocar el tema de la perseverancia como camino a conseguir nuestros objetivos, no esperemos que no haya problemas, que nos ayuden o que no se pongan difíciles las cosas, esas no son ideas realistas. Debemos aprender a enfrentar las adversidades, no a esperar que surjan situaciones mágicas. Comentarios finales de los participantes T: Se finaliza la sesión preguntando ¿Alguien quiere preguntar algo más acerca del tema que hemos conversado Hoy?

Si no hay ninguna intervención, el terapeuta agradece a los/as integrantes del grupo por su participación, sus preguntas, aportes o sólo su escucha y se despide hasta la próxima semana.

SESIÓN 16

I. TEMA A DESARROLLAR: MEJORANDO LA COMUNICACIÓN Y LA ASERTIVIDAD.

II OBJETIVOS TERAPEUTICOS:

- Compartir con el grupo la importancia de las habilidades sociales tales como la comunicación y el ser asertivo en especial en relación a mi recuperación emocional.
- Aprender estrategias para el comportamiento asertivo y formas de comunicación asertiva.

II. SECUENCIA METODOLOGICA

Paso 1: Bienvenida

El terapeuta inicia la sesión dando la bienvenida a los/as participantes y explica los objetivos terapéuticos de la sesión.

Paso 2: Presentación

El terapeuta inicia la presentación, refiriendo su nombre y su cargo e invita a la persona que está a su derecha a que haga lo mismo.

Una vez concluida las presentaciones se les recuerda que no están obligados a hablar todos...pero si a escuchar a todos.

Paso 3: comunicación

El inicio de la sesión es siguiendo los pasos ya conocidos, y si no hay alguna pregunta nueva con respecto al tema anterior empezamos diciendo:

T: "Hoy vamos a conversar sobre la Comunicación, vamos a conocer. ¿Por qué es importante comunicarnos?, ¿Cómo nos comunicamos? y estilos de comunicación existen?"

Una vez que hemos escuchado los aportes de los participantes podemos hacer un breve resumen de TODO lo manifestado y explicaremos que la comunicación es la habilidad que nos permite expresar nuestras ideas, pensamientos y emociones, sean estas negativas o positivas. Por lo general nos comunicamos de diversas formas, a través del lenguaje oral y también a través de los gestos y actitudes. Hablaremos de la importancia de estas dos formas de comunicarnos y finalmente explicaremos los estilos de comunicación que existen: estilo agresivo, estilo pasivo y 'el estilo asertivo. Podemos utilizar el Recurso N° 3 y Recurso N° 4

Compartiremos con el grupo los diferentes estilos de comunicación y pediremos ejemplos de estas formas de comunicación.

T: Luego les preguntaremos. ¿Han escuchado hablar sobre la Asertividad? ¿Significa ser Asertivo? ¿Cómo nos podría ayudar la Asertividad en nuestra vida? ¿En qué otras situaciones relacionadas a nuestro diagnóstico nos ayudarían ser asertivo?

En esta ronda compartimos con los/as participantes del grupo el significado de la Asertividad, y la importancia de su práctica, en especial frente a situaciones relacionadas con nuestro diagnóstico y con nuestro tratamiento. Compartiremos testimonios de situaciones en las que hemos puesto en práctica la Asertividad y solicitaremos a los/as participantes que ubiquen situaciones relacionadas a su diagnóstico y tratamiento donde han

puesto en practica

III. EVALUACIÓN DE LA SESIÓN.

T: El terapeuta preguntara al grupo sobre las lecciones aprendidas de lo trabajado y realizara la retroalimentación respecto a los objetivos de la sesión terapéutica.

IV. CIERRE.

El cierre es una visión de cómo todos tenemos diferentes agresores y también diferentes formas de protegernos.

T: Se finaliza la sesión preguntando ¿Alguien quiere preguntar algo más acerca del tema que hemos conversado Hoy?

Si no hay ninguna intervención, el terapeuta agradece a los/as integrantes del grupo por su participación, sus preguntas, aportes o solo su escucha y se despide hasta la próxima semana.

RECURSO N° 3 COMUNICACIÓN

Es la habilidad social que consiste en la interrelación de dos o más personas a través de la transmisión y recepción de mensajes, que incluye la transmisión de pensamientos, sentimientos y actitudes.

Existen estilos de comunicación, algunos de ellos pueden ser barreras que no permiten una comunicación adecuada. Cada persona tiene su propio estilo de comunicación. Hay personas agresivas, otras pasivas, algunas expresivas y otras son retraídas.

El estilo agresivo: Al hablar lo hace en tono y volumen alto, su voz opaca a las otras voces puede provocar disputas innecesarias, pues su lenguaje es desafiante, utiliza palabras con contenidos agresivos, y puede ofender a los demás, interrumpe cuando quiere y no respeta a quien le está hablando.

El estilo pasivo: Por lo general la persona habla poco, por temor o por timidez, utiliza un tono de voz muy bajo y casi le es difícil expresar sus ideas y sentimientos. En las discusiones, cede la palabra y evita los conflictos, a pesar de que tenga la razón. Pocas veces lleva la iniciativa y no es espontánea, existiendo mucho control y rigidez en su contacto social.

El estilo asertivo: Participa agradablemente y suele llevar la iniciativa al entablar una conversación, defiende sus derechos, pero sin pisotear a los demás, expresa a los demás sus sentimientos y sus afectos con claridad. Cuando critica lo hace de manera positiva, evitando ser desconsiderado, evita que le falten el respeto y respeta a los demás. Sabe escuchar.

El estilo asertivo es el más recomendable para entablar relaciones con las personas, se mejora la comunicación mejorando también los niveles de escucha.

Escuchar es un comportamiento básico durante la comunicación, facilita la comprensión y promueve una comunicación más productiva.

RECURSO N° 4 ASERTIVIDAD

Es la habilidad que nos permite expresar claramente nuestros pensamientos, sentimientos, creencias y deseos de manera directa, honesta y apropiada respetando los derechos de los demás y haciendo respetar los nuestros.

El comportamiento asertivo se caracteriza por:

- El uso de un comportamiento verbal firme y directo, con un tono de voz firme.

Comportamiento no verbal

- Postura relajada
- Ausencia de tensión
- Movimientos pausados
- Contacto visual

Ser asertivo requiere que la persona sepa lo que quiere y siente para luego expresarlo en forma directa. Tiene que ver con la autoestima pues si la persona se valora y tiene un buen autoconcepto logrará expresarse con asertividad.

SESIÓN 17

I TEMA A DESARROLLAR: RETROALIMENTANDO LO APRENDIENDO

II. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

- Facilitar a los/as participantes del grupo un espacio para hablar de lo aprendido en las sesiones.
- Reforzar las herramientas psicológicas necesarias para afrontar problemas cotidianos relacionados a su vida.

III. SECUENCIA METODOLÓGICA

Paso 1 Bienvenida:

El terapeuta inicia la sesión saludando y dando la bienvenida a los/as participantes a la quinta sesión. Dice el nombre de la sesión y explica los objetivos terapéuticos.

Paso 2 Presentación:

La reunión empieza con la misma modalidad de la semana anterior, el terapeuta se presenta por su nombre e invita a que los demás se vayan presentando desde su derecha y en orden hasta llegar al último participante que está sentado a su izquierda.

Una vez concluida las presentaciones se les recuerda nuevamente a los/as participantes que no están obligados a hablar todos, pero sí a escuchar a todos.

Paso 3 "Tema Libre"

Empezamos diciendo "Hoy es nuestra última reunión y por lo tanto vamos a conversar en forma libre de los temas que han sido de mayor interés, los invitamos a proponer cualquier tema que Uds. piensen que es importante volver a tocar, o a lo mejor algún tema o punto que a lo largo de todas estas sesiones hemos abordado".

El tema sugerido por Uds. para esta sesión será abordado de la siguiente manera:

- ¿Exactamente qué es lo que aprendiste de ...?
- ¿Cómo te sentiste cuando has estado tratando de manejarlo?
- ¿Qué es lo que todavía no ha intentado?

Si se proponen varios temas se preguntará ¿Cuál de los temas quieren conversar primero?".

T: Como hemos explicado, la eficacia de la terapia breve es que busca resolver la queja del cliente, no vamos a hurgar en toda su historia personal, preguntamos cuales son todas las "soluciones intentadas" y qué le indicaría que hay una mejora.

Se escuchan todas las intervenciones y buscamos las soluciones encontradas o sugeridas por otros miembros del grupo. Tenemos que recordarles a que no todas las soluciones son adecuadas para todos, ni a todos les va a funcionar de la misma manera.

Lo importante es que cada uno de ustedes sientan que hay maneras de manejar las situaciones, aunque el cambio generalmente tiene que venir de mi parte y no del otro lado.

IV. EVALUACIÓN DE LA SESIÓN.

T: El/la terapeuta preguntará al grupo sobre las lecciones aprendidas de lo trabajado y realizará la retroalimentación respecto a los objetivos de la sesión terapéutica.

V. CIERRE.

El cierre se realizará en función de lo que se proponga para trabajar en esta sesión.

T Se finaliza la sesión preguntando ¿Queda alguna pregunta o duda? ¿Hay alguien que necesita ahondar más en este tema?

Si no hay ninguna intervención, el terapeuta agradece a los/as integrantes del grupo por su participación, sus preguntas, aportes o sólo su escucha y se despide.

ACTIVIDAD DE CIERRE

Esta actividad debe ser organizada con los miembros del grupo, para realizar el post test.

Como actividad final un compartir con ellos y sus padres.

ANEXO No 1. FICHA DE REGISTRO DE LA SESIÓN

Lugar	
Grupo	
Nro. de Participantes	
Fecha	
Terapeuta	
Coterapeuta	
Tema propuesto de la sesión	
Duración de la sesión	
Temas emergentes	
Situaciones y soluciones especiales o particulares	
Tareas propuestas	
Observaciones adicionales	

Firma de la terapeuta

Firma del coterapeuta

Anexo 4. Estudio piloto del instrumento.

Figura 1. Estructura factorial del Inventario de depresión de Beck (BDI-II A)

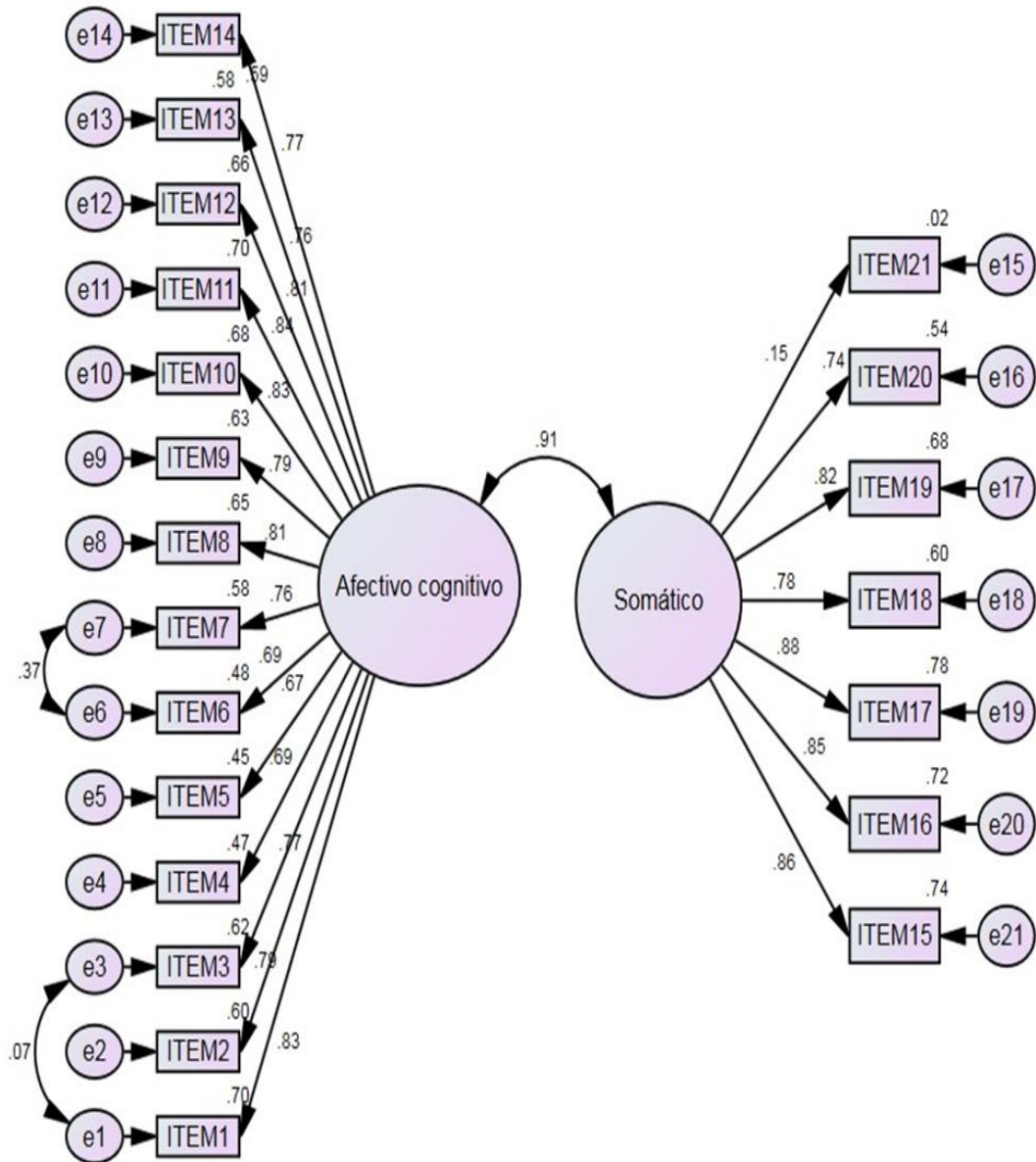


Tabla 8

Análisis factorial confirmatorio sus índices de ajuste del Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Modelo	x2	gl	x ² / gl	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
Modelo original	43	308	1.64	0.927	0.918	0.052	0.081
Modelo 01 correlación (e1 con e3 y e6 con e7)	45	278	1.49	0.944	0.937	0.048	0.071

Nota: X2: chi cuadrado; gl: grado de libertad; X2/gl: índice de ajuste global; CFI: Índice de ajuste Comparativo; TLI: Índice Tucker-Lewis; SRMR: residuo estandarizado cuadrático medio; RMSEA: Raíz cuadrada del error medio cuadrático.

Tabla 9

Índices de confiabilidad del Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Dimensiones	Media	DE	α	ω	N Ítems
Efectivo cognitivo	1.21	0.666	0.954	0.954	14
Somático motivacional	1.25	0.595	0.878	0.899	7
Total	1.23	0.619	0.962	0.962	21

Nota: DE: desviación estándar; α : alfa de Cronbach; ω : Omega de McDonald

Tabla 10

Correlación Ítem – Dimensión 1 (Factor Afectivo - Cognitivo)

	Factor Afectivo - Cognitivo
	Correlación total de elementos corregida
Item1.	.816
Item2.	.766
Item3.	.773
Item4.	.689
Item5.	.665
Item6.	.689
Item7.	.771
Item8.	.788
Item9.	.772
Item10.	.804
Item11.	.823
Item12.	.769
Item13.	.715
Item14.	.730

En la tabla 11 se observa la Correlación Ítem – Dimensión 1, donde se obtiene que los ítems presentan valores entre 0.665 y 0.823, siendo mayores a 0.20; es decir, muestran buena correlación con la dimensión (Kline, 1986).

Tabla 11

Correlación Ítem – Dimensión 2 (Factor Somático)

	Factor Somático
	Correlación total de elementos corregida
Item15.	.765
Item16.	.770
Item17.	.832
Item18.	.722
Item19.	.773
Item20.	.721
Item21.	.161

En la tabla 12 se observa la Correlación Ítem – Dimensión 2, donde se obtiene que los ítems presentan valores entre 0.161 y 0.832, siendo mayores a 0.20 a excepción del ítem 21; es decir, la mayoría de los reactivos presentan buena correlación con la dimensión (Kline, 1986).

Tabla 12

Baremos según niveles de depresión del Inventario de depresión de Beck (BID-IIA)

Niveles	Rango
Depresión mínima	0-13
Depresión Leve	14-19
Depresión moderada	20-28
Depresión grave	29-63

Nota: Tomado de Carranza 2013.

Anexo 5. Carta de presentación para la autorización de la investigación.

015968



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Escuela de Posgrado

“Año de la Lucha Contra la Corrupción e Impunidad”

Lima, 02 de agosto de 2019

Carta P.1083 – 2019 EPG – UCV LE

SEÑOR(A)
GÓMEZ ARENAS, YONI DANIEL
Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao
ATENCIÓN:
DIRECTOR GENERAL

Asunto: Carta de Presentación del estudiante ELIZABETH SONIA CHERO BALLÓN DE ALCÁNTARA

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para presentar a ELIZABETH SONIA CHERO BALLÓN DE ALCÁNTARA identificado(a) con DNI N.º 25657516 y código de matrícula N.º 7000602956; estudiante del Programa de DOCTORADO EN PSICOLOGÍA quien se encuentra desarrollando el Trabajo de Investigación (Tesis):

Programa de recuperación emocional para disminuir la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la Región Callao, 2019

En ese sentido, solicito a su digna persona facilitar el acceso de nuestro(a) estudiante a su Institución a fin de que pueda aplicar entrevistas y/o encuestas y poder recabar información necesaria.

Con este motivo, le saluda atentamente,



Raúl Delgado Arenas
Dr. Raúl Delgado Arenas
JEFE DE UNIDAD DE POSGRADO
FILIAL LIMA – CAMPUS LIMA ESTE

LIMA NORTE Av. Alfredo Mendiolá 6232, Los Olivos. Tel: (+511) 202 4342 Fax: (+511) 202 4243
LIMA ESTE Av. del Parque 640, Urb. Centro Rey, San Juan de Surquimichu Tel: (+511) 200 9630 Anx: 2510
ATE Carretera Central Km. 8.2 Tel: (+511) 200 5030 Anx: 8184
CALLAO Av. Argentina 1791 Tel: (+511) 202 4342 Anx: 2650



Anexo 6. Carta de respuesta para la autorización de la investigación.



HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRIÓN
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"



OFICIO N° 4311-2019/HN.DAC-C-DG/OADI

Callao, 22 AGO. 2019

Sr. Dr.:
Raúl Delgado Arenas
Jefe de Unidad de Posgrado
Universidad Cesar Vallejo – Filial Lima Este
Presente.-

Asunto: Autorización para Ejecutar Proyecto de Investigación
Referencia: CARTA N° 1083-2019/EPG-UCV-LE

De mi mayor consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted, saludándolo cordialmente y en atención al documento de la referencia, mediante el cual solicita se le brinde las facilidades a la alumna Elizabeth Sonia Chero Ballón de Alcántara a ejecutar el Proyecto de Investigación titulado:

"PROGRAMA DE RECUPERACIÓN EMOCIONAL PARA DISMINUIR LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES ABUSADOS SEXUALMENTE EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA REGIÓN CALLAO, 2019"

Proyecto evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI), no habiéndose encontrado objeciones en dicha investigación de acuerdo a los estándares considerados en el Reglamento y Manual de procedimientos del mencionado comité, la versión aprobada se encuentra en los archivos de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (OADI) y que se ejecutara bajo la responsabilidad de la estudiante.

En tal sentido, la Dirección General contando con la opinión técnica favorable del CIEI adscrito a la OADI, da la autorización para la ejecución del proyecto de investigación en el área solicitada. La aprobación tendrá vigencia de 12 (doce meses) contados desde la fecha de la presente autorización.

Sin otro particular, hago llegar a usted las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

Daniel Gómez Arenas
DIRECTOR GENERAL
D.O. 15701 SNE 22912

YDGA/JHK/mdm
CC. OADI
Archivo

"Establecimiento de Salud Amigo de la Madre, la Niña y el Niño"
Av. Guardia Chalaca N° 2176 - Callao 02 - Lima - Perú Teléfono: 614-7474 Anexos 3312
Email: unidad.docencia_hndac@hotmail.com, oadi_hndac@hotmail.com

Anexo 7. Carta de presentación para la autorización del programa

"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

Callao, 17 de julio del 2019

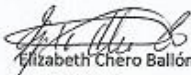
**SEÑORA PSICÓLOGA
JULIA CAMPOS GUEVARA
DIRECTORA DE CEPESJU
Presente. –**

Yo, **ELIZABETH SONIA CHERO BALLÓN DE ALCÁNTARA**, identificada con DNI 25657516 de profesión Psicóloga CPs.P. nro. 1002, con grado de magister y candidata al doctorado en Psicología, me dirijo ante Ud. para exponer lo siguiente:

Que estando próxima a sustentar el proyecto de investigación titulado "Programa de recuperación emocional para disminuir la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la Provincia Constitucional del Callao, 2019" y siendo necesario utilizar un instrumento ajustado a los requisitos de investigación, es que selecciono el instrumento Programa de Atención Psicoemocional a afectados por Tuberculosis MDR/XDR. para el cuál fui entrenada y facilitadora de este. En ese sentido, realicé acciones previas tomando contacto con el equipo de PARSALUD -en ese entonces- gestores del Proyecto y fui informada acerca de la publicación en el diario El Peruano de la RM Nro. 216-2018 MINSA, con fecha 13 de marzo del 2018 en la que dan por concluido el proceso de transferencia de bienes, recursos, personal y acervo documentario de la Unidad Ejecutora 123: Programa de apoyo a la Reforma del Sector Salud- PARSALUD a la Unidad ejecutora 125: Programa nacional de Inversiones en Salud-PRONIS. Esto confirma que la autoría del instrumento le corresponde a su organización.

Por lo tanto, solicito la autorización para realizar la adaptación del instrumento Programa de Atención Psicoemocional a afectados por Tuberculosis MDR/XDR.

Agradezco la atención a la presente, y a la espera de su respuesta me despido cordialmente.


Elizabeth Chero Ballón
Psicóloga



09:30 AM

17 de julio del 2019

Anexo 8. Autorización del uso del programa

CEPESJU



**CENTRO DE ESTUDIOS
DE PROBLEMAS
ECONÓMICOS Y SOCIALES
DE LA JUVENTUD**

Lince, 19 de Julio del 2019

Ps. Elizabeth Sonia Chero Ballón de Alcántara

Candidata al Doctorado en Psicología

En respuesta a la carta recibida el día 17 de Julio del 2019 le informamos que el equipo de CEPESJU conformado por las profesionales Ps. Lila Castro, Ps. Nilda Altamirano C., Ps. Clara Buendía F. y Ps. Julia Campos G. elaboramos la PROPUESTA DE PROGRAMA DE ESTRATEGÍAS DE AFRONTAMIENTO PARA PACIENTES TB, TBMDR Y XDR, en el marco del PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOEMOCIONAL A AFECTADOS desarrollado por el Programa de Apoyo a la Reforma Del Sector Salud – PARSALUD II. OCTAVA RONDA DEL FONDO MUNDIAL en el año 2014.

Este Programa fue entregado a PARSALUD II realizando el Entrenamiento en Terapia Grupal en Salud Mental dirigido a Psicólogos y Psiquiatras para la Atención Psicoemocional a Afectados por TB MDR y XDR; posteriormente realizamos el Asesoramiento en la aplicación de las sesiones en las 11 regiones del país contempladas en el Proyecto, para lo cual se puso a disposición de todos los equipos capacitados este Programa en aras de su aplicación a través de terapias grupales con las personas afectadas (PAT).

Nosotros como equipo de elaboración no tenemos ninguna objeción que usted realice la adaptación del Programa de Atención Psicoemocional, pero le sugerimos que se ponga en contacto con la CONAMUSA cuya sede se encuentra en el MINSA o con Socios en Salud (SES) quienes han tenido a cargo el Componente TB, teniendo en cuenta que Ud. ha tratado de contactar con PARSALUD II y como refiere en su carta a la fecha no se encuentran activos.

Att.


Julia Campos Guevara

Directora CEPESJU



Anexo 9. Autorización del instrumento.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Escuela de Posgrado

“Año de la Lucha Contra la Corrupción e Impunidad”

Fecha: 12-08-2019

Yo, Renzo Felipe Carranza Esteban, por medio de la presente autorizo la utilización del instrumento adaptado Inventario de Depresión de Beck II (BDI-IIA) en la realización de su proyecto de investigación a CHERO BALLÓN DE ALCÁNTARA, ELIZABETH SONIA, Universidad César Vallejo, Escuela de posgrado, Lima Perú


Firma



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado padre de familia:

Con el debido respeto me presento a usted, mi nombre es Elizabeth sonia Chero Ballòn de Alcantara, estudiante de la Escuela de Posgrado - Doctorado en Psicología de la Universidad César Vallejo – Lima Este. En la actualidad me encuentro realizando una investigación sobre la efectividad de un Programa de Recuperación emocional en la disminución de la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente en un Hospital público de la Región Callao, 2019.; y para ello requiero contar con su colaboración. El proceso consiste en la aplicación de un programa de tratamiento psicológico que se llevará a cabo en 17 semanas . De aceptar participar en la investigación, afirmo haber sido informado de todos los procedimientos de la investigación. En caso tenga alguna duda con respecto a algunas preguntas se le explicará cada una de ellas a detalle.

Gracias por su colaboración.

Atte. Elizabeth Sonia Chero Ballon de Alcantara,

Estudiante Escuela de Posgrado –
Doctorado en Psicología de la Universidad César Vallejo – Lima Este.

Yo..... con
número de DNI: acepto que mi hijo participe en la investigación de
un Programa de Recuperación emocional en la disminución de la sintomatología depresiva en
adolescentes abusados sexualmente en un Hospital público de la Región Callao, de la estudiante
Elizabeth Sonia Chero Ballon de Alcantara.

Día: 31 / agosto / 2019

Firma



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ASENTIMIENTO INFORMADO

Estimada (o) participante:

.....

Con el debido respeto me presento a usted, mi nombre es Elizabeth Sonia Chero Ballon de Alcantara, estudiante de la Escuela de Posgrado Doctorado en Psicología de la Universidad César Vallejo – Lima Este. En la actualidad me encuentro realizando una investigación sobre la Efectividad de un Programa de recuperación emocional para disminuir la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la Región Callao, 2019.; y para ello quisiera contar con su valiosa colaboración. El proceso consiste en la aplicación del programa que consta de 17 sesiones. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

De aceptar participar en la investigación, afirmo haber sido informado de todos los procedimientos de la investigación. En caso tenga alguna duda con respecto a algunas preguntas se me explicará cada una de ellas. El propósito de este documento es darle a una clara explicación de la naturaleza de esta investigación, así como de su rol en ella como participante. Desde ya le agradezco su participación.

Atte. Elizabeth Sonia Chero Ballon de Alcantara
Estudiante de Escuela de Posgrado Doctorado en Psicología
Universidad César Vallejo

Yo,,
con número de DNI:, reconozco que la información que yo brinde en mi participación en el programa durante la investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada (o) que puedo solicitar información sobre la investigación en cualquier momento. De manera que, acepto participar en la presente investigación sobre Programa de recuperación emocional para disminuir la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la Región Callao, 2019.; de la estudiante Elizabeth Sonia Chero Ballon de Alcantara.

Día:/...../.....

Firma

Anexo 12: Artículo Científico

Programa de recuperación emocional para disminuir la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente

Emotional recovery program to reduce depressive symptoms in sexually abused adolescents

Elizabeth Sonia Chero Ballon de Alcantara

Universidad César Vallejo

Elichero1704@gmail.com

Resumen

Antecedentes: El abuso sexual genera daño psicológico a corto y largo plazo tanto en niños y adolescentes como a sus familias en general, afectando la salud mental, en especial con manifestaciones depresivas que se pueden expresar en las cogniciones y en las conductas.

Objetivo: Demostrar que la aplicación del programa de recuperación emocional influye significativamente en la disminución de la sintomatología depresiva de adolescentes abusados sexualmente, atendidos en un hospital público de la Región Callao, 2019.

Método: Este estudio de diseño cuasi experimental pre y posprueba, se llevó a cabo con 30 pacientes adolescentes víctimas del delito de abuso sexual en la modalidad de tocamientos indebidos. Fueron derivados en los meses de agosto y setiembre 2019 por el Módulo de atención al Maltrato infantil y del adolescente a quienes se les aplicó el instrumento Inventario de depresión de Beck (BID IIA) estableciendo grupos equivalentes de acuerdo con el nivel de depresión, los que obtuvieron medias más altas pasaron a formar parte del grupo experimental mientras que los otros se constituyeron en el grupo control. Posterior a la conformación de los grupos se procedió a aplicar el Programa de atención psicoemocional con enfoque cognitivo conductual aplicado durante los meses de octubre y noviembre, completando las 17 sesiones con una frecuencia de dos veces por semana, se finalizó con la evaluación pos-test a ambos grupos.

Resultados: El programa se aplicó al grupo experimental durante 8 semanas con un total de 17 sesiones y se realizó una nueva medición comparando a los dos grupos. Para el análisis de los datos se utilizó el estadístico t student para la comparación de medias. Los resultados revelan que el grupo experimental disminuyó significativamente la sintomatología depresiva, encontrando una $t = 20.34$ y un $p = <.001$. La diferencia de las medias en el pos-test se incrementó a favor del grupo experimental en las dos dimensiones somática $t = 17.52$ y un $p = <.001$ y afectivo cognitiva $t = 18.97$ y un $p = <.001$.

Conclusiones: El programa de recuperación emocional disminuye significativamente la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente y se propone capacitar a los psicólogos en el entrenamiento de este programa.

Palabras claves: adolescentes, programa, depresión, abuso sexual

Abstract

Background: Sexual abuse generates psychological damage in the short and long term both in children and adolescents and their families in general, affecting mental health, especially with depressive manifestations that can be expressed in cognitions and behaviors.

Objective: To demonstrate that the application of the emotional recovery program significantly influences the decrease in depressive symptomatology of sexually abused adolescents, treated at a public hospital in the Callao Region, 2019.

Method: This pre-post-test quasi-experimental design study was carried out with 30 adolescent patients' victims of the crime of sexual abuse in the form of improper touching. They were referred in the months of August and September 2019 by the Child and Adolescent Maltreatment Attention Module to whom the Beck Depression Inventory (IDB IIA) instrument was applied establishing equivalent groups according to the level of depression, which they obtained higher averages became part of the experimental group while the others became the control group. After the formation of the groups, the Psycho-emotional Care Program with cognitive behavioral approach applied during the months of October and November was applied, completing the 17 sessions twice a week, the post-test evaluation was completed. both groups.

Results: The program was applied to the experimental group for 8 weeks with a total of 17 sessions and a new measurement was made comparing the two groups. For the analysis of the data, the t-student statistic was used for the comparison of means. The results reveal that the experimental group significantly reduced depressive symptoms, finding a $t = 20.34$ and a $p = <.001$. The difference of the means in the post-test was increased in favor of the experimental group in the two somatic dimensions $t = 17.52$ and a $p = <.001$ and cognitive affective $t = 18.97$ and a $p = <.001$.

Conclusions: The emotional recovery program significantly reduces depressive symptoms in sexually abused adolescents, and it is proposed to train psychologists in the training of this program.

Keywords: *adolescents, program, depression, sexual abuse*

Introducción

La adolescencia es una etapa evolutiva compleja y de gran vulnerabilidad que conlleva todo un proceso de cambios desde lo fisiológico hasta lo mental. Es esperable la aparición de cambios en las cogniciones, emociones y conductas, expresadas en demandas emocionales e interpersonales que lo exponen a nuevos entornos que pueden resultar amenazantes y ser víctimas de cualquier modalidad de abuso sexual, según lo reportan los estudios de Bronfenbrenner y Worriss (1998).

El Ministerio de Salud (Minsa), es un organismo rector de salud en el Perú, cuyos directivos asumen este problema desde la orientación y dirección de salud mental, entendida como actividad promocional, preventiva o recuperativa. La recuperación de niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente está a cargo de los hospitales especializados, de tal forma que los técnicos de la Dirección Regional de Salud del Callao (2017), exponen en la sala situacional que un 8,6 de diagnósticos de depresión fueron abordados por los profesionales del Módulo de Atención al Maltrato Infantil en Salud (Mamis) quienes atendieron casos aproximadamente de 60 niños y adolescentes con problemas relacionados a situaciones de violencia de tipo físico, psicológico o sexual y en muchas circunstancias ocasionados dentro de su ambiente familiar y en otros casos observan como causalidad: soporte familiar inadecuado, lo cual reflejaba que el niño, niña o adolescente provenía de un hogar en el que existía una dinámica familiar caótica y la relación de quienes la componen es negativa ; asimismo, se detectó la actitud de padres ausentes en la crianza de sus hijos o los roles no se encontraban definidos y finalmente, la presencia de hogares constituidas por familias extensas, familias monoparentales con características de problemáticas relacionadas a interferencia educativa. De igual manera, los técnicos de la oficina de estadística e informática de la Diresa (2017) reportaron que los adolescentes atendidos presentaron indicadores de depresión; como la irritabilidad, sentimientos de tristeza permanente, poco interés por el futuro, baja autoestima y problemas de conducta.

Considerando que es una problemática que requiere de una intervención eficaz se revisaron algunos trabajos en donde se aplicaron estrategias de intervención educativa orientadas a la recuperación emocional de adolescentes facilitando el desarrollo de habilidades para el afronte, sin embargo, no presentaron resultados alentadores según Martínez, Hernández y Godínez (2012). En el ámbito psicológico ha incrementado las

intervenciones desde el enfoque cognitivo conductual, centrados en los modelos conductuales y las técnicas cognitivas demostrando efectos positivos tales como autocontrol y autocuidado según los estudios de Hofmann, Asnani, Vonk, Sawyer 2012)

En la última guía de salud mental elaborada por el hospital Larco Herrera (2017), se reporta una serie de investigaciones vinculantes a tratamientos psicoterapéuticos, buscando evidencias en relación a otras técnicas de tratamiento para la depresión y algunas de ellas combinadas con fármacos. En los metaanálisis reportan que las terapias cognitivas conductuales son las más eficaces para el tratamiento de la depresión en especial cuando los niveles son leves a moderada.

Otras postulaciones que explican la violencia, son las teorías que sustentan las terapias relacionadas de segunda generación en donde se integran los principios conductuales a los aspectos cognitivos como la que fue propuesta por Bandura y Walters (1974), los cuales explican que el aprendizaje de tipo social se establece por medio de modelos presentados en el medio en donde el individuo se relaciona permanentemente, asimismo recalcan que en las familias se muestra una tendencia a ignorar las acciones de generan atención por parte de los hijos, mostrando una reacción en cuyo caso se presenta la conducta de manera intensa o constante. Además, dichos autores resaltaron que los niños que expresan una elevada agresividad suelen darse en contextos donde los padres constantemente tienden a desaprobado o castigar fuertemente las actitudes de índole agresiva, por ende, la respuesta agresiva se convertirá en aquella respuesta aprendida en ciertas situaciones diferentes o dirigidas a individuos u objetos. Asimismo, la teoría del aprendizaje social expone que las acciones de agresión suelen adherirse por medio de la observación, así como la imitación de conductas violentas, la cuales no se establece obligatoriamente por la presencia de los estados de frustración. En este sentido, la violencia por imitación no se origina necesariamente en el ambiente social, por lo tanto, la violencia imaginaria ya sea en modo de espectáculo en los medios televisivos como películas o series generan un alto nivel de sugestibilidad, sobre todo en aquellos sujetos que aún se encuentran en proceso de formación, maduración o bajo desarrollo (Bandura, 1987).

La teoría cognitiva de Beck plantea su aporte en un modelo estructural que tiene como fin expresar en funcionamiento psicológico de índole normal, así como patológico. En primera instancia, plantea la presencia de un filtro mental con el que la persona enfrentaría los diversos eventos, los designa esquemas, los cuales son los encargados de regular las

interpretaciones diarias. En lo que respecta a la terapia cognitiva, según Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) la denominación de esquema es referida o entendida como la unión de significados idiosincrásicos que ayuda a que el individuo encuentre sentido a los distintos eventos de su vida. Es a través de nuestro sistema cultural y aprendizaje que vamos construyendo estructuras cognitivas. No obstante, en ciertas situaciones, si pueden convertirse en conductas patológicas como es en la problemática de la violencia.

Con respecto a la depresión, Beck *et al.*, (1979) propone el principal esquema denominado triada cognitiva. De lo cual explica una perspectiva negativa que tiene un sujeto de sí mismo, del medio que lo rodea y del futuro. Aquella persona que experimenta una depresión designa una visión negativa de su propia persona, atribuyéndose como despreciable, sin valor, resaltando sus características negativas y no ve nada bueno de sí. Asimismo, resalta aquellos elementos negativos de su medio y/o contexto, así como también a los individuos con los que se relaciona. Además, se muestra pesimista, creyendo que el futuro de su vida es catastrófico e irremediable, así como percibe presencia de desgracias y hechos de dolor. En consecuencia, en este punto de la triada cognitiva, denomina la visión negativa del futuro, como la desesperanza y esta se encuentra fuertemente enlazada con el riesgo suicida.

Las vivencias inesperadas que se experimentan en un abuso sexual generan afectos negativos en los adolescentes. Beck, *et al.*, (2010) mencionan que los síntomas depresivos surgen como consecuencia de la apreciación del daño y la pérdida de autocontrol de la persona; en otras palabras, disminuye la percepción de autocontrol. Según el modelo cognitivo; Beck *et al.*, (2010) exponen los tres tipos de condiciones conocida como la triada cognitiva, la cual consiste en que el individuo: posee pensamientos desfavorables de su persona, del entorno y del futuro. Es por ello, que la terapia propuesta por Beck intenta trabajar en sus sesiones los pensamientos distorsionados, haciendo que la persona los reconozca e identifique con el propósito de hacer una reevaluación de estas. De la misma forma, se busca que la persona que se encuentra en una fase depresiva no se centre en acontecimientos desfavorables que ocurrieron en el pasado, sino que se centre en la problemática presente.

En el análisis de la teoría cognitiva se plantea que la depresión puede aparecer de manera repentina y uno de los aspectos que predomina en este trastorno es de índole cognitivo y está ligado a estados de ánimo disfóricos y a la evocación selectiva de situaciones

o eventos, ya que, al encontrarse en dicho estado recuerda hechos negativos generando un bloque de sentimientos positivos, estimándose como merecedora de los agravios de los que la rodean. Igualmente, el modelo mencionado presenta el esquema del A-B-C; explicando que en primer lugar se presenta la experiencia activadora la cual se presenta de manera inesperada, en la B se encuentran las creencias o pensamientos irracionales que se generan en la persona y finalmente en la C, encontramos la consecuencia emocional o conductual que se da después del evento según Ellis (2003).

De la misma forma, encontramos el aporte que explica la depresión propuesto por Vázquez, Hervás, Hernán y Romero (2010), quienes plantearon la teoría de la indefensión o también llamada desesperanza aprendida, sostiene que sujeto que haya experimentado sucesos negativos del pasado y que en la actualidad no haya logrado superar o combatir, está propenso a desarrollar un tipo de pensamiento que le hace creer que ante cualquier evento negativo que atraviere, él no tendrá control sobre esta situación

Ahora bien, frente a las distintas teorías del enfoque cognitivo conductual, se puede afirmar que la más representativa es la que fue propuesta por Beck, el sujeto experimentó en el pasado un conjunto de sucesos perjudiciales que provocan una construcción de un esquema de vida pesimista en lo que respecta a los tres sentidos: de sí mismo, del entorno y del futuro. Asimismo, sus pensamientos que son distorsionados la dirigen a elaborar una percepción errónea de las situaciones, predominando el carácter pesimista según Vázquez *et al.*, (2010). Desde esta perspectiva, Beck, Epstein y Harrison (1983), explicaron la depresión de modo que ésta está fuertemente ligada a la presencia de esquemas cognitivos distorsionados, los cuales poseen actitudes desfavorables y negativas en base a situaciones de pérdida, fracaso, inadecuación, entre otros.; dichas actitudes contienen creencias como que “la felicidad propia está ligada a la perfección, o en base a la aprobación de otros”.

Descrita la problemática y vistos los antecedentes se plantea la pregunta de investigación ¿La aplicación del programa de recuperación emocional disminuye la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la Región Callao, 2019?,

El presente estudio tiene una fundamentación epistemológica, práctica y legal que le da la consistencia teórica revisando el origen del conocimiento mediante las teorías generales y sustantivas que explican la emergencia de la violencia, así como el marco legal ya que se

trata de un delito y finalmente el manejo de instrumentos que permitan intervenir sobre la problemática.

Una de las teorías que mejor explica el desarrollo del niño es la Teoría ecológica de Urie Bronfenbrenner que sostiene que la vinculación con el medio ambiente es donde se desarrolla el sujeto con las propias y únicas características de este. De ahí que, estableciendo las respuestas y las reacciones que tienen los demás, los niños se transforman en configuradores de su medio propio, según Bronfenbrenner y Morris (1998).

Otras postulaciones que explican la violencia, son las teorías que sustentan las terapias relacionadas de segunda generación en donde se integran los principios conductuales a los aspectos cognitivos como la que fue propuesta por Bandura y Walters (1974), los cuales explican que el aprendizaje de tipo social se establece por medio de modelos presentados en el medio en donde el individuo se relaciona permanentemente, asimismo recalcan que en las familias se muestra una tendencia a ignorar las acciones de generan atención por parte de los hijos, mostrando una reacción en cuyo caso se presenta la conducta de manera intensa o constante.

Por su parte, la teoría cognitiva de Beck (1979) planteó su aporte basado en un modelo estructural que tiene como fin expresar en funcionamiento psicológico de índole normal, así como mundial. En primera instancia, plantea la presencia de un filtro mental con el que la persona enfrentaría los diversos eventos, los designa esquemas, los cuales son los encargados de regular las interpretaciones diarias. En lo que respecta a la terapia cognitiva, la denominación de esquema es referida o entendida como la unión de significados idiosincrásicos que ayuda a que el individuo encuentre sentido a los distintos eventos de su vida. Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) describen como se van construyendo las estructuras cognitivas a través de nuestro sistema cultural y aprendizaje y en ciertas situaciones, si pueden convertirse en conductas patológicas como es en la problemática de la violencia.

Con respecto a la depresión, Aaron Beck parte de las proposiciones realizadas por Albert Ellis (2003) y propone el principal esquema denominado triada cognitiva. De lo cual explica una perspectiva negativa que tiene un sujeto de sí mismo, del medio que lo rodea y del futuro. Además, se muestra pesimista, creyendo que el futuro de su vida es catastrófico e irremediable, así como percibe presencia de desgracias y hechos de dolor. En consecuencia, en este punto de la triada cognitiva, denomina la visión negativa del futuro,

como la desesperanza y esta se encuentra fuertemente enlazada con el riesgo suicida (Beck *et al.*, 1979). Las vivencias inesperadas que se experimentan en un abuso sexual generan afectos negativos en los adolescentes. Beck, *et al.*, (2010) mencionan que los síntomas depresivos surgen como consecuencia de la apreciación del daño y la pérdida de autocontrol de la persona; en otras palabras, disminuye la percepción de autocontrol. Según el modelo cognitivo; Beck *et al.*, (2010) expone los tres tipos de condiciones conocida como la triada cognitiva, la cual consiste en que el individuo: posee pensamientos desfavorables de su persona, del entorno y del futuro.

Desde esta perspectiva, considerando la revisión de los antecedentes de estudio, las teorías general y sustantiva permitieron plantear la siguiente hipótesis general: La aplicación del programa de recuperación emocional influye significativamente en la disminución de la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente. Y como hipótesis específicas se planteó, (a) la aplicación del programa de recuperación emocional influye significativamente en la disminución de la sintomatología afectiva cognitiva de la depresión en adolescentes abusados sexualmente y (b) la aplicación del programa de recuperación emocional influye significativamente en la disminución de la sintomatología somática de la depresión en adolescentes abusados sexualmente. Como objetivo general se buscó determinar de qué manera influye la aplicación del programa de recuperación emocional en la disminución de la sintomatología depresiva de adolescentes abusados sexualmente y como objetivos específicos: (a) determinar qué manera influye la aplicación del programa de recuperación emocional en la disminución de la sintomatología afectiva cognitiva de la depresión en adolescentes abusados sexualmente y (b) determinar de qué manera influye la aplicación del programa de recuperación emocional en la disminución de la sintomatología somática en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la Región Callao, 2019.

Metodología

Tipo de investigación

El estudio de tipo aplicado también llamado “empírico o práctico” se inclina por la búsqueda de la aplicación o utilización de todos los conocimientos adquiridos, en paralelo que se adhieren otros, posteriormente de sistematizar e implementar la práctica regida al estudio. La utilización del conocimiento y los resultados propiamente dichos de la

investigación brinda una manera rigurosa, sistemática y organizada de conocer a la realidad (Murillo 2008, p.159)

Diseño de investigación

El diseño de investigación es una planificación de diferentes técnicas o estrategias que se aplicaron para obtener resultados, respondiendo al planteamiento de la investigación. (Hernández, Fernández y Baptista,2014) Es así, que en el presente trabajo se utilizó el diseño cuasiexperimental en razón a la manipulación intencional de una acción para sus posibles resultados (Hernández, 2014, p.129), de tipo cuasi experimental, porque no habrá un absoluto control completo del mismo. Campbell y Stanley (1995 citado en Cazau,2006)

Esquema:

Grupo	Preprueba	Intervención	Posprueba
GE	O1	X	O2
GC	O3	-	O4

Variable independiente (VI)

Programa de atención psicoemocional

Variable dependiente (VD)

La sintomatología depresiva

Población y muestra

La población estuvo constituida por todos los pacientes adolescentes de ambos sexos derivados de los centros de emergencia mujer y del poder judicial, en un período comprendido desde la primera semana de agosto hasta la tercera semana de setiembre del 2019 quienes por ser víctimas de violencia en cualquier modalidad acudieron para recibir atención especializada psicológica: diagnóstica y recuperativa en un servicio de psicología de un hospital público. En el período establecido se registró 60 adolescentes víctimas de violencia en general de los cuáles 37 acudían por ser víctimas de abuso sexual en la modalidad de tocamientos indebidos según Mamis (2019). La muestra quedó constituida por 15 adolescentes para el grupo experimental y 15 para el grupo control. Se aplicó el instrumento Inventario de depresión de Beck (BDI IIA) a ambos grupos y sólo al grupo experimental el programa de recuperación emocional. Se manejaron criterios de inclusión y exclusión considerando el manejo de variables extrañas o intervinientes.

Se aplicó la técnica de la encuesta y se utilizó un inventario de depresión de Beck (BDI II A) adaptado a nuestra realidad por Carranza 2013; cuenta con 21 ítems evalúa dos factores: síntomas afectivos- cognitivos y somáticos, fue sometido a juicio de 5 expertos para dar evidencias de validez mediante el coeficiente V de Aiken con un valor $\geq 0,8$ resultando los ítems aplicables. y estudio piloto para dar evidencias de confiabilidad por coeficiente Alfa de Cronbach de 0,9 con resultados de ajuste en su estructura interna mediante el análisis factorial confirmatorio. Su aplicación es individual o colectiva con una duración de 10 minutos.

El programa de atención psicoemocional validado por el Minsa (2013), con enfoque cognitivo conductual, modalidad grupal, que comprende la aplicación de técnicas cognitivas, emocionales y conductuales. Organizado en 3 fases con un total de 17 sesiones, una frecuencia de dos veces por semana en un aproximado de 8 semanas, con una duración de 75 minutos por sesión. En el presente estudio fue sometido a juicio de 10 expertos quienes dieron por resultado un coeficiente V de Aiken de $\geq 0,8$ y dio como resultado que los criterios del programa eran aplicables en su formato original.

Consideraciones éticas

Las normas vigentes de la Asociación de Psicología Americana, aplicación del formato de consentimiento y asentimiento informado, los permisos de los autores de los instrumentos y los oficios respectivos que avalaron los procedimientos necesarios para la investigación.

Resultados

Recolección de datos

La recolección de la información se realizó en un hospital público de la Región Callao, con este fin se solicitó a la coordinación de post grado las cartas de presentación y las solicitudes de permiso correspondiente al director del hospital. Posteriormente, se procedió con la reunión con los padres para que firmen el consentimiento y asentimiento informados de los participantes. Se aplicó el instrumento a ambos grupos y el programa de tratamiento solo al grupo experimental, mientras que el grupo control recibió la atención psicológica sin la aplicación del mismo. Finalmente se tomó la medida post a los dos grupos.

Análisis de los datos

Para la presentación de resultados descriptivos se usó a la media (M) como medida de tendencia central y a la desviación estándar (DE) como medida de variabilidad. Estas medidas y usó se justifica dado el análisis de las distribuciones de las variables de estudio en el que la asimetría de todas ellas se encontró en los límites usualmente considerados como asimetría no pronunciada con $A < 3.00$ según Kline (2016). Para el análisis inferencial, se realizó un análisis de normalidad inferencial con el objetivo de determinar el uso de estadísticos inferenciales paramétricos o no paramétricos. Este análisis indicó la pertinencia del análisis paramétrico, por lo que se usó la t de Student para el cálculo del valor de significancia estadística de las diferencias entre las puntuaciones pre y post-test. Para el análisis de la significancia práctica de las diferencias se calcularon los tamaños del efecto. En este último procedimiento se consideró los puntos de corte para tamaño del efecto pequeño, moderado y grande, siendo estos de $d = 0.20, 0.50$ y 0.80 respectivamente (Cohen, 1988). Para el procesamiento de datos y análisis estadístico se usó software IBM SPSS Statistics en su versión 25.

Presentación de los datos

Contrastación de hipótesis general

H₀: La aplicación del programa recuperación emocional no disminuye significativamente la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la región Callao, 2019.

H₁: La aplicación del programa recuperación emocional disminuye significativamente la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la región Callao, 2019.

Tabla 3

Descriptivos y análisis inferencial de diferencias en la Depresión según la evaluación pre y post test en el grupo de experimental y de control

	Pretest	Post-test			
Mediciones	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Depresión (grupo experimental)	36.5(6.4)	3.9(1.7)	20.34	<.001	5.25
Depresión (grupo de control)	28.3(7.7)	19.7(6.4)	10.95	<.001	2.83

Con respecto Depresión, se observa en la Tabla 3, una disminución en la medición post-test ($M = 3.9$, $DE = 1.7$), en comparación la de pretest ($M = 36.5$, $DE = 6.4$), siendo esta de $d = 5.25$, $p < .001$, lo que corresponde a una diferencia grande y estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye por aceptar la alterna. Además, la primera medición se correspondió dentro del nivel de grave (17 a 63 puntos) y la medición luego de la intervención se correspondió a un nivel de mínimo (0 a 6 puntos). Con respecto al grupo de control se observa una diferencia entre las evaluaciones pre y post-test, $d = 2.83$, que es menor a la del grupo experimental, $d = 5.25$, tal como se esperaba.

Contrastación de hipótesis específicas para el factor Afectivo-cognitivo

H_0 : La aplicación del programa Recuperación emocional no disminuye significativamente la sintomatología depresiva expresado en el factor Afectivo-cognitivo en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la región Callao, 2019.

H_1 : La aplicación del programa Recuperación emocional disminuye significativamente la sintomatología depresiva expresado en el factor Afectivo-cognitivo en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la región Callao, 2019.

Tabla 4

Descriptivos y análisis inferencial de diferencias en el factor Afectivo-cognitivo según la evaluación pre y post test en el grupo de experimental y de control

Mediciones	Pretest	Post-test	t	p	d
	$M (DE)$	$M (DE)$			
Factor Afectivo-cognitivo (grupo experimental)	22.9(4.3)	2.5(1.2)	18.97	<.001	4.90
Factor Afectivo-cognitivo (grupo de control)	18.6(5.1)	13.2(4.4)	9.81	<.001	2.53

Con respecto al factor Afectivo-cognitivo, se observa en la Tabla 4, una disminución en la medición post-test ($M = 2.5$, $DE = 1.2$), en comparación la de pretest ($M = 22.9$, $DE = 4.3$), siendo esta de $d = 4.90$, $p < .001$, lo que corresponde a una diferencia grande y estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye por aceptar la alterna. Con respecto al grupo de control se observa una diferencia en las

evaluaciones pre y post test, $d = 2.53$, que es menor a la del grupo experimental, $d = 4.90$, lo que se encuentra de acuerdo con lo esperado.

Contrastación de hipótesis específica para el factor Somático

H₀: La aplicación del programa Recuperación emocional no disminuye significativamente la sintomatología depresiva expresado en el factor Somático en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la región Callao, 2019.

H₁: La aplicación del programa Recuperación emocional disminuye significativamente la sintomatología depresiva expresado en el factor Somático en adolescentes abusados sexualmente en un hospital público de la región Callao, 2019.

Tabla 5

Descriptivos y análisis inferencial de diferencias en el factor Somático según la evaluación pre y post test en el grupo de experimental

Mediciones	Pretest	Post-test	t	p	d
	M (DE)	M (DE)			
Factor somático (grupo experimental)	13.7(2.8)	1.4(1.2)	17.52	<.001	4.52
Factor somático (grupo de control)	9.7(2.9)	6.5(2.3)	7.91	<.001	2.04

Finalmente, en el factor Somático, se observa en la Tabla 5, una disminución en la medición post-test ($M = 1.4$, $DE = 1.2$), en comparación la de pretest ($M = 13.7$, $DE = 2.8$), siendo esta de $d = 4.52$, $p < .001$, lo que corresponde a una diferencia grande y estadísticamente significativa, por lo que, también, se rechaza la hipótesis nula y se concluye por aceptar la alterna. Finalmente, el grupo de control se observa una diferencia en su evaluación pre y post test, $d = 2.04$, que es menor a la del grupo experimental, $d = 4.52$, tal como se esperaba.

Discusión y conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar de qué manera la aplicación del programa de recuperación emocional influye significativamente en la disminución de la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente de un hospital público de la Región Callao, 2019. La importancia de este estudio es aportar desde

el enfoque de la prevención secundaria en la sistematización de un tratamiento en este caso el programa como estrategia para disminuir el daño psicológico expresado en sintomatología depresiva que pueda afectar a largo plazo la salud mental del adolescente.

Se planteó como hipótesis general de investigación que la aplicación del programa influye significativamente en la disminución de la sintomatología depresiva de estos adolescentes. Los resultados estadísticos arrojaron valores $t= 10.95$ y $d = 5.25$, lo que corresponde a una diferencia grande y estadísticamente significativa, por lo que se rechazó la hipótesis nula y se decide por aceptar la alterna dado que el dato evidenciado resultó significativo, $p <.001$. Este hallazgo coincide con el realizado por Guerra y Barrera (2017) los que reportan un estudio de diseño cuasi experimental, con las mismas características de la población y en un país como Chile que al igual que Perú hay limitadas experiencias en investigaciones de esta índole. Ellos consideran al igual que en el presente estudio que si bien se logró el objetivo debe generarse mayores evidencias. En ese sentido, actualmente el Instituto nacional de Salud asume el liderazgo en la investigación y reporta varios estudios como el de Furukawa, Weitz, Tanaka, Hollon, Hofmann, Andersson, *et al.* (2017) quienes realizan un metaanálisis de varias investigaciones sobre terapias psicológicas y concluyen que la terapia cognitiva conductual es la que tiene mayor eficacia en la disminución de la sintomatología depresiva. Otro estudio reportado es el de Driessen (2019) quién mediante el metaanálisis - revisión de artículos sobre aplicación de tratamiento psicoterapéutico- llega a la conclusión de que la psicoterapia soluciona la problemática depresiva cuando tiene niveles de leve a moderada, lo cual se observó en el presente trabajo.

En ese mismo sentido, se plantearon objetivos específicos orientados a determinar de qué manera la aplicación del programa disminuye la sintomatología afectivo – cognitiva y somática en un grupo experimental a la que se aplicó el tratamiento y un grupo control que no recibió el tratamiento. Es de importancia mencionar que los instrumentos utilizados y la metodología aplicada en la investigación responde a criterios técnicos rigurosos considerando los aspectos éticos al tratarse de una muestra que ha sido víctima de una modalidad de abuso sexual, como lo son los tocamientos indebidos. De acuerdo con el objetivo específico se planteó la hipótesis: la aplicación del programa disminuye significativamente la sintomatología afectivo-cognitiva de la depresión. Los resultados estadísticos arrojaron valores $t= 18.97$ y $d = 4.90$, lo que corresponde a una diferencia grande y estadísticamente significativa, por lo que se rechazó la hipótesis nula y se decide por

aceptar la alterna dado que el dato evidenciado resultó significativo, $p < .001$. Este hallazgo no coincide con algún otro antecedente, sin embargo, se considera al de Raes, Griffith, Van der Gucht, y Williams (2014) que ejecutaron un programa de atención plena encaminado a reducir y prevenir la depresión en adolescentes escolares mediante grupos de control escogidos al azar de 5 escuelas diferentes. Como resultado encontraron que el grupo de ensayo reveló reducciones significativas en depresión sobre el grupo de control siendo esta moderada (D de Cohen $> .30$) tanto para el efecto pre-post y post-seguimiento para los síntomas depresivos en la condición de atención plena. Esto aporta al estudio de la depresión en adolescentes.

Respecto a la hipótesis específica se planteó que la aplicación del programa disminuye significativamente la sintomatología somática de la depresión y esta se puede reflejar en los resultados estadísticos con un resultado de $t=17.52$ y una $d = 4.52$, lo que corresponde a una diferencia grande y estadísticamente significativa, y se decide por rechazar la hipótesis nula y se concluye por aceptar la alterna dado que el dato evidenciado resultó significativo, $p < .001$. Cabe señalar que los antecedentes están más orientados a las manifestaciones conductuales, sin embargo, el reporte de World Health Organization (2019) considera como criterio la presencia de indicadores somáticos como elementos de la depresión y es en ese mismo sentido que otros estudios vinculan la administración de fármacos y la psicoterapia.

Dados los resultados de investigación y considerando que la adolescencia es una etapa de vida donde hay vulnerabilidad tal como lo mencionan los autores Papalia y Wendkos (2017) y lo desarrolla Bronfenbrenner y Morris, (1998) cuando explican el proceso de desarrollo de una persona. En ese sentido, cuando se plantean diseños cuasiexperimentales de dos grupos pre y posprueba en sujetos con las características anteriormente mencionadas, el investigador se enfrenta al manejo de las variables extrañas o intervinientes; en este estudio se controló la ambientación, las mismas condiciones de horarios, escenario, se realizó la homogeneización de los sujetos y la equivalencia de los grupos experimental y control en base a las puntuaciones del test. Asimismo, la participación de la coterapeuta, limitada al registro de asistencias y coordinación con los padres y del terapeuta investigador que se ciñó estrictamente a la aplicación del programa, sin embargo, es factible que pueda presentarse alguno de ellos, por ello Hernández *et al.*, (2014) recomienda ampliar a más grupos o que el investigador no sea el que haga la intervención con el grupo experimental con la finalidad de mejorar la validez interna.

Se concluye en la presente investigación:

Primera

La aplicación del programa de recuperación emocional influye significativamente en la disminución de la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente de un hospital público de la Región Callao, 2019, lo que se evidencia mediante la comparación de los resultados pre y post test; encontrándose un valor $t= 10.95$ $d = 5.25$, $p < .001$, lo que corresponde a una diferencia grande y estadísticamente significativa.

Segunda

La aplicación del programa de recuperación emocional influye significativamente en la disminución de la sintomatología afectivo - cognitiva de la depresión en adolescentes abusados sexualmente de un hospital público de la Región Callao, 2019, lo que se evidencia mediante la comparación de los resultados pre y post test; encontrándose un valor $t= 18.97$, $d = 4.90$, $p < .001$, lo que corresponde a una diferencia grande y estadísticamente significativa,

Tercera

La aplicación del programa de recuperación emocional influye significativamente en la disminución de la sintomatología somática de la depresión en adolescentes abusados sexualmente de un hospital público de la Región Callao, 2019. lo que se evidencia mediante la comparación de los resultados pre y post test; encontrándose un valor $t= 17.52$, $d=4.52$ y un $p= <.001$ lo que corresponde a una diferencia grande y estadísticamente significativa,

Referencias

- Aiken, L. (1980). Content Validity and Reliability of Single Items or Questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*, 40, 955-959.
- American Psychological Association. (2010). *Publication of the American Psychological Association*. (6.^a ed.). Washington, DC: Author.
- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid, España: S.L.U. Espasa Libros.
- Bandura, A. y Walters, R. H. (1974). *Aprendizaje social y teoría de la personalidad*. USA: Alianza Editorial.

- Beck, AT, Epstein, N. & Harrison, R. (1983). Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1 (1), 1–16.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. (19.^a ed.). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). *The ecology of developmental processes*. In W. Damon, & R. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology. Theoretical models of human development* (5th ed., pp. 993–1028). New York, NY: John Wiley & Sons
- Carranza, R. (2013). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck en universitarios de lima. *Revista Psicológica de Trujillo/Journal of Psychology*, 15(2), 170-182. Recuperado de <https://n9.cl/vr6a>
- Cazau, P. (2006). *Investigación en las ciencias sociales*. (3a ed.). Buenos Aires, Argentina.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hilldale, NJ: Lawrence Erlkbaum.
- Dirección Regional de Salud del Callao (2017). *Audiencia Regional Anual 2017*. Recuperado de <https://bit.ly/2RBGU4f>
- Driessen, M., Schulz, P., Jander, S., Ribbert, H., Gerhards, S., Neuner, F., & Koch-Stoecker, S. (2019). Effectiveness of inpatient versus outpatient complex treatment programs in depressive disorders: a quasi-experimental study under naturalistic conditions. *BMC Psychiatry*, 19(1), NA. Retrieved from <https://bit.ly/38nN6Dq>
- Ellis, R. (2003). *Task-based language learning and teaching*. Oxford: Oxford University Press.
- Furukawa, TA, Weitz, ES, Tanaka, S., Hollon, SD, Hofmann, SG, Andersson, G., y Mergl, R. (2017). Initial severity of depression and efficacy of cognitive-behavioral therapy: individual-participant data meta-analysis of pill-placebo-controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 210 (3), 190-196.


- Guerra, C., & Barrera, P. (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. *Revista de Psicología* (Santiago), 26(2), 16–28.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6.^a ed.). México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Hoffman, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Revista Reserch Gate*, 36(5), 427-440.
- Kline, R. (2016). Principles and practice of structural equation modelling (4th ed.). New York: The Guilford Press.
- Hospital Nacional Víctor Larco Herrera – Instituto Nacional de Salud (2017). *Guía de práctica clínica para tratamiento de la depresión en pacientes adultos – versión extensa* – Lima: INS, Unidad de análisis y generación de evidencias; Serie Guía práctica No 04.
- Martínez, V., Hernández, M., Godínez, T. (2012). Depresión en un grupo de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en una Clínica Regional del municipio de Jilotepec, México. *Revista Atención Familiar*, 3, 58-60. Recuperado de <https://tinyurl.com/ua5qa7m>
- Ministerio de Salud (2015). Memoria Institucional 2013: Unidad Ejecutora 123 – Programa de apoyo a la Reforma del sector salud PARSALUD II / Compilado por Patricia D. Altamirano. (1a Ed) Lima, Perú.
- Módulo de Maltrato infantil y del adolescente en salud (2019). *Estadística registrada a agosto 2019* por Oficina de estadística e informática del Hospital Carrión Callao.
- Murillo, W. (2008). *La investigación científica*. Ed. Semphis, Madrid, España.
- Papalia, D., & Wendkos, S. (2017). *Desarrollo Humano*, (12a Ed). The McGraw-Hill companies, Inc.
- Raes, F., Griffith, J. W., Van der Gucht, K., & Williams, J. M. G. (2014). School-based prevention and reduction of depression in adolescents: A cluster-randomized

controlled trial of a mindfulness group program. *Mindfulness*, 5(5), 477-486.
Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-013-0202-1>

Vázquez, C., Hervás, G., Hernán, L., & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología conductual*, 18(1), 139.

World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). Recuperado de <https://icd.who.int/>

Anexo 13: Acta de aprobación de originalidad de tesis

	ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS	Código : F06-PP-PR-02.02 Versión : 10 Fecha : 10-06-2019 Página : 1 de 1
---	--	---

Yo, Juan Méndez Vergaray, docente de la Escuela de posgrado de la Universidad César Vallejo, sede Lima este, revisor de la tesis titulada:

“Programa de recuperación emocional para disminuir la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente, 2019”, de la estudiante Chero Ballon De Alcantara, Elizabeth Sonia, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 19% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó 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.

Lima 27 de enero del 2020



Firma

Dr Juan Méndez Vergaray

DNI: 09200211

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

Anexo 14: Print page de Turnitin

feedback studio | Programa de recuperación emocional para disminuir la sintomatología... /0

Resumen de coincidencias

19 %

Rank	Source	Percentage
1	Entregado a Universidad... Trabajo del estudiante	10 %
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	2 %
3	tesis.pucp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
4	Entregado a Pontificia... Trabajo del estudiante	<1 %
5	dooplayer.es Fuente de Internet	<1 %
6	recursosbiblio.uni.edu.gt Fuente de Internet	<1 %
7	repositorio.usa.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
8	Entregado a Universidad... Trabajo del estudiante	<1 %
9	scielo.org Fuente de Internet	<1 %
10	repositorio.unival.edu... Fuente de Internet	<1 %

19

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
Programa de recuperación emocional para disminuir la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente, 2019
TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Doctora en psicología
AUTOR:
Mgtr. Elizabeth Santos Chero Brillo de Alcantara
(ORCID: 0000-0002-4523-3209)
ASESOR:
Dr. Juan Mendo Vergara
(ORCID: 0000-0001-7286-0534)
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
Violencia
Lima, Perú
2019

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
COMANDO EN JEFE
INVESTIGACIÓN DE POSGRADO

Página: 1 de 42 | Número de palabras: 13659 | High Resolution | Text-only Report | Activado

Anexo 15: Autorización de publicación en repositorio institucional

 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV	Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 10 Fecha : 10-06-2019 Página : 1 de 1
--	--	---

Yo CHERO BALLON DE ALCANTARA, ELIZABETH SONIA identificada con DNI No 25657516 egresada del Programa Académico de Doctorado en Psicología de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, autorizo (X) , No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado " Programa de recuperación emocional para disminuir la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente, 2019" ; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....


FIRMA

DNI: 25657516

FECHA: 27 de enero del 2020

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

Anexo 16: Autorización de versión final del trabajo de investigación



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE
POSGRADO, MGTR. MIGUEL ÁNGEL PÉREZ PÉREZ

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

CHERO BALLON DE ALCANTARA, ELIZABETH SONIA

INFORME TÍTULADO:

PROGRAMA DE RECUPERACIÓN EMOCIONAL PARA DISMINUIR LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA
EN ADOLESCENTES ABUSADOS SEXUALMENTE, 2019

PARA OBTENER EL GRADO DE:

DOCTORA. EN PSICOLOGÍA

SUSTENTADO EN FECHA: 18 de enero del 2020

NOTA O MENCIÓN: 17 (Diecisiete)



Mig. Alpey

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN