



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRAGO**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN  
PSICOLÓGICA**

Programa cognitivo conductual para la depresión en los usuarios  
adolescentes de un centro de salud mental, Pacasmayo 2021:  
Estudio descriptivo - propositivo

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**

Maestra en Intervención Psicológica

**AUTORA:**

Cabanillas Perez, Linda Azucena ([ORCID: 0000-0003-0690-8768](https://orcid.org/0000-0003-0690-8768))

**ASESOR:**

Dr. Rodriguez Vega, Juan Luis ([ORCID: 0000-0002-2639-7339](https://orcid.org/0000-0002-2639-7339))

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Modelo de Intervención Psicológica

**TRUJILLO - PERÚ**

2022

## **Dedicatoria**

A Dios, por haberme dado siempre esta fortaleza para seguir adelante.

A mis padres, por el apoyo constante e incondicional, por brindarme esa buena vibra para lograr mis objetivos.

A mis hermanas, por motivarme a ser cada día mejor y a lograr todo lo que me propongo.

## **Agradecimiento**

A mi asesor de tesis, el Dr. Juan Rodríguez Vega, por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos y experiencia se ha logrado realizar la investigación.

Al Centro de Salud Mental Comunitario “Conectado Vidas” por la facilidad y comprensión en el desarrollo de la investigación.

**LA AUTORA**

## Índice de Contenidos

Carátula .....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas .....	v
Índice de gráficos y figuras.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III. METODOLOGÍA.....	15
3.1. Tipo y diseño de investigación .....	16
3.2. Variables y operacionalización.....	17
3.3. Población.....	18
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	19
3.5. Procedimientos.....	20
3.6. Método de análisis de datos.....	20
3.7. Aspectos éticos.....	20
IV. RESULTADOS.....	22
V. DISCUSIÓN.....	29
VI. CONCLUSIONES.....	33
VII. RECOMENDACIONES.....	34
REFERENCIAS.....	35
ANEXOS	

## Índice de Tablas

Tabla 1. Nivel de Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021.....	22
Tabla 2. Nivel de la dimensión Desmoralización de la Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021.....	23
Tabla 3. Nivel de la dimensión Expresiones emocionales de la Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021.....	24
Tabla 4. Nivel de la dimensión Anhedonia de la Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021.....	25
Tabla 5. Nivel de la dimensión Baja autoestima de la Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021.....	26
Tabla 6. Nivel de la dimensión Somático- Vegetativo de la Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021.....	27

## Índice de Gráficos y Figuras

Figura 1. Nivel de Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021.....	22
Figura 2. Nivel de la dimensión Desmoralización de la Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021.....	23
Figura 3. Nivel de la dimensión Expresiones emocionales de la Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021.....	24
Figura 4. Nivel de la dimensión Anhedonia de la Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021.....	25
Figura 5. Nivel de la dimensión Baja autoestima de la Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021.....	26
Figura 6. Nivel de la dimensión Somático- Vegetativo de la Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021.....	27

## Resumen

La investigación propone un Programa Cognitivo Conductual para la depresión en usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021. Es de tipo aplicada, diseño descriptivo propositivo, no experimental, la muestra consistió en 30 adolescentes entre 13 y 18 años a través del muestro no probabilístico por conveniencia. Para la recopilación de datos, se usó la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) de William Reynolds, adaptada por Nelly Ugariiza & Miguel Escurra (2002). Se realizó un programa de intervención basado en el modelo cognitivo conductual, consistiendo en 15 sesiones, con el objetivo de disminuir y controlar pensamientos distorsionados en los usuarios adolescentes diagnosticados con depresión. Con respecto a los resultados, se obtuvo que los usuarios adolescentes predomina en nivel Leve de Depresión, representado por el 40.0% a la vez en la dimensión Desmoralización de la Depresión, representado por el 56.7%, sin embargo, en la dimensión Expresiones emocionales se predomina un nivel Sin depresión, representado por el 70.0%, en la dimensión Anhedonia se ubica en un nivel Moderado con un 56.7%, junto con la dimensión Baja autoestima con un 40.0% y finalmente, se predomina nivel Severo a la dimensión Somático- vegetativo de la depresión, representada por un 46.7%

**Palabras claves:** Depresión, escala de depresión, programa de intervención cognitivo conductual.

## Abstract

The research proposes a Cognitive Behavioral Program for depression in adolescent users of a Mental Health Center, Pacasmayo 2021. It is of an applied type, purposeful descriptive design, not experimental, the sample consisted of 30 adolescents between 13 and 18 years old through sampling non-probabilistic for convenience. For data collection, the Reynolds Adolescent Depression Scale (EDAR) by William Reynolds, adapted by Nelly Ugariiza & Miguel Escurra (2002), was used. An intervention program based on the cognitive-behavioral model was carried out, consisting of 15 sessions, with the aim of reducing and controlling distorted thoughts in adolescent users diagnosed with depression. Regarding the results, it was obtained that adolescent users predominate in the Mild level of Depression, represented by 40.0% at the same time in the Depression Demoralization dimension, represented by 56.7%, however, in the Emotional Expressions dimension A level without depression predominates, represented by 70.0%, in the Anhedonia dimension it is located at a Moderate level with 56.7%, together with the Low self-esteem dimension with 40.0% and finally, the Severe level predominates in the Somatic-vegetative dimension of depression, represented by 46.7%

**Keywords:** Depression, depression scale, cognitive behavioral intervention program.

## I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una de las etapas más difíciles que vive el ser humano, en ellos presentan distintos cambios evolutivos y constantes, que son producto de la edad de desarrollo en la que se presentan y se describe por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, donde se presentan situaciones problemáticas para el adolescente en el área familiar, social y emocional con fases de sentimientos de tristeza, de soledad, melancolía, desesperación, estrés, preocupaciones y tensiones; a la vez es esta etapa es donde el adolescente descubre su propia identidad así como la autonomía (Cabellos, 2019).

En estos últimos años, el trastorno depresivo es uno de los problemas que abarcar primordialmente dentro del estado emocional de la persona, entorno de todo el mundo según indica (Murray et al., 2012). Según la Organización Mundial de La Salud (2017), también nos refiere que el trastorno depresivo es un problema de salud mental con mayor frecuencia, y es reconocido por la aparición de sentimientos de aflicción y deterioro por ejecutar actividades que normalmente suelen realizan y que alegran su día, que incapacita para llevar a cabo las actividades del día a día durante los 14 días a más.

Conforme a la Organización Panamericana de Salud (2020) nos dice que el peligro genético para las personas con depresión es la consecuencia de la influencia de diferentes genes que hacen junto con los factores del medio ambiente y otros factores que a su vez puede presentarse y generar ciertos cambios. Algunos tipos de problemas depresivos pueden darse en familias; sin embargo, la depresión también puede darse en personas sin antecedentes familiares. Las personas con problemas depresivos no siempre pueden percibir los mismos síntomas, sensación, gravedad, frecuencia y duración.

Para la Organización Mundial de la Salud (2015) indica que; la mayor incidencia a nivel mundial en depresión se encontraba en 4.4% y la mayor incidencia de ansiedad en 3.6% siendo ambos trastornos más frecuentes en

población femenina. En Guatemala se evidencia una prevalencia de 3.7% y 4.2% en trastornos depresivos y de ansiedad respectivamente. También es importante dar a conocer que el trastorno depresivo en la etapa de la adolescencia es un estado progresivo y sumativo, que se caracteriza por ausencia de ganas en los adolescentes.

Como dice Llusent (2007), el trastorno depresivo en el adolescente, no se considera una debilidad o una situación momentánea que presenta, o algo pasajero como parte de los cambios que presentan los adolescentes, al contrario, son situaciones que necesitan atención, abordaje e intervención dándole prioridad a los sucesos y acompañando al tratamiento a largo plazo para evitar consecuencias que generan daño en la salud tanto físico como en su estado emocional (suicidio, autolesiones) en los adolescentes.

Para Saldaña (2001), la adolescencia es un proceso que genera cambios importantes, tanto físicos y psicosociales, los cuales deben enfrentar y sobrellevar todos los adolescentes; en este aspecto se desarrollaran diferentes características personales, se encontrarán importantes habilidades que formaran parte principal y fundamental para afrontar situaciones en la vida adulta, así mismo en esta etapa se pueden presentar crisis donde pueden presentar conductas antisociales.

La necesidad de realizar dicha investigación surge ya que existen varios casos donde evidencio diversas atenciones psicológicas en donde se presentan síntomas de depresión en personas de distintas edades, sexo y/o condición económica, siendo de mayor población a usuarios adolescentes, por ello tenemos como problemática: ¿Cómo sería el programa cognitivo conductual para la depresión en usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021?

Así mimo, se tiene como objetivo general en la investigación es proponer el programa cognitivo conductual para la depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021 en la cual nos permitirá determinar en qué medida el Programa cognitivo conductual

manejaría adecuadamente la depresión en los usuarios; dentro de los objetivos específicos que maneja la investigación tenemos Identificar los niveles de depresión en los usuarios adolescentes, fundamentar el Programa cognitivo conductual para el manejo de depresión, elaborar el Programa cognitivo conductual para el manejo de depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021.

## II. MARCO TEÓRICO

En la ciudad de México, Barrientos & Mendoza (2015), realizan una investigación denominada: “Depresión y tipología familiar en un conjunto de jóvenes procedentes de México”, donde se obtuvo como finalidad poder establecer la proveniencia del trastorno depresivo en un conjunto de adolescentes, donde se logró obtener mayor porcentaje en mujeres que en varones, contando con el 7% de la población que presentan problemas de depresión, por lo tanto, cabe recalcar que es importante detectar que el trastorno depresivo se de a temprana edad para prevenir posibles consecuencias negativas.

Manios & Rosero (2016), en la ciudad de Colombia, ejecutaron una investigación llamada: “Manifestación y grados de depresión en un conjunto de adolescentes de un colegio en un distrito en la ciudad de Colombia”, teniendo como objetivo resolver las manifestaciones y los niveles de depresión en los adolescentes, teniendo como resultado las manifestaciones más concurrentes fueron las de irritabilidad, siguiendo con la autoacusación, luego con menos interés la de insomnio y falta de apetito, concluyendo que el 26% de la población presentan algún grado de depresión.

En una indagación titulada: “Depresión en adolescentes: teniendo como grupo de estudios a estudiantes de la zona sur de España”, con el fin de identificar los síntomas de un grupo de alumnos del nivel secundaria, donde Martínez (2005) obtuvo como resultado que el mayor porcentaje que presenta síntomas depresivos es en mujeres que en hombres.

Tal como lo dice Ugarriza & Escurra (2002), ejecutaron la Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) donde se aplicó a un grupo de adolescentes de instituciones educativas nacionales y privadas del nivel secundaria de ambos sexos en la ciudad de Lima metropolitana, donde se evidencia consistencia en dicha

prueba y obteniendo como resultado con alta apariencia de depresión en el sexo femenino de instituciones nacionales que los del sexo masculino.

Para Ramón y Montero (2016), llevaron a cabo un estudio denominado “Niveles de Depresión en estudiantes de un colegio educativa nacional en Pampas, Huancavelica, 2016”, plantean como finalidad decretar los niveles de depresión en estudiantes de una institución educativa en dicha localidad, teniendo como resultado que el mayor porcentaje con síntomas de depresión se encuentran en adolescente del sexo femenino; estableciéndose que el 35.5% de los jóvenes presentan síntomas depresivos, 32.3% depresión moderada, en un menor porcentaje a 32.3%.

En una investigación realizada por Castro (2007) acerca de: “Depresión y Agresividad en estudiantes de nivel secundario de un colegio nacional de Chimbote”, teniendo como finalidad la determinación entre conexión entre el trastorno depresivo y las conductas agresivas en estudiantes de nivel secundario entre las edades de 12 a 17 años teniendo como resultado que el 46.6% de los adolescentes obtienen un nivel moderado, mientras que el 33.3% a un nivel leve, así mismo se obtiene un 20.2% en un nivel grave.

La adolescencia es una de las etapas donde se generan diferentes cambios, tanto crecientes y perseverantes, generalmente está dirigido al desarrollo de la adultez temprana, y suele caracterizarse por mostrar posturas que generen problemas o conflictivas en los adolescentes dentro de contexto familiar, interfiriendo en su proceso de maduración, con fases que pueden generar cambios emocionales como de tristezas, de melancolía, desesperación, agobia, presiones y distintas cosas que se dificulte en su vida social, personal, familiar y en su estado de ánimo (Caballero, 2014).

Por lo tanto, cuando hablamos de inestabilidad emocional, nos referimos que en el adolescente contribuye en su conducta y en la comunicación con los demás (suelen ser negativas). Según estudios realizados, nos dice, que, se presenta mayor incidencia en estos casos en los adolescentes de 15 años de edad como promedio y se estima en un 54%.

Marquillas (2014) da a conocer, que en la etapa de la adolescencia es fundamental y prioritario el desarrollo psicológico de un adolescente, ya que en esta etapa y periodo es donde se va moldeando su carácter y su temperamento, fortaleciendo su consciencia del yo (que es obtenida en la primera infancia), y se va estableciendo su identidad sexual y va formando su sistema de valores.

Por otro lado, Meléndez (2015), nos dice que en la etapa de la adolescencia es una época donde se generan búsqueda de oposición, de rebeldía, de extremismo, rivalidades, indiferencias, donde los adolescentes no siguen normas e instrucciones y van en contra de todo y de todos sin importar las consecuencias negativas que puede llegar a tener sus actos, y que en el transcurso del tiempo irán construyendo su propio yo fragmentado. Mediante el ciclo de maduración, el cerebro se encuentra muy deplorable al dominio en el entorno que lo rodea, deterioro de autoestima y angustia.

Según Aliño y Pineda (2002) plantean que existen diversas etapas del desarrollo del adolescente; dando a conocer que en la adolescencia temprana se caracteriza en el desarrollo y crecimiento corporal generando preocupación por los cambios físicos desarrollando los caracteres sexuales, generando gran curiosidad sexual, así mismo buscan autonomía, intimidad e independencia. En la adolescencia tardía, es aquella que está cerca de ser un adulto joven en la cual se debe asumir con mayor responsabilidad, se debe tomar decisiones por sí mismo y también se obtiene el control y manejo de impulsos, se refuerza la identidad al nivel sexual. En la etapa de la pubertad es el proceso psicológico social y biológico que interactúan, generando cambios hormonales y somáticos así mismo los órganos sexuales maduran para alcanzar la reproducción, en la juventud se tiene más definido la identidad con sus pares y la responsabilidad.

Todo el proceso de la adolescencia muchas veces lo plantea anteriormente lleva que el adolescente tenga un desajuste emocional que podría caer en la depresión, siendo la depresión la baja del estado de ánimo

y que va a tener la repercusión e su vida social, personal, familiar; así mismo la depresión ha sido definido desde diferente puntos de vista.

Para la Organización Mundial de la Salud (2018), refiere que, el trastorno depresivo es una dificultad que prevalece frente a la sociedad y que deteriora la mentalidad positiva de las personas convirtiéndolas en negativas ocasionando emociones de tristeza, llanto, aislamiento social, pérdida de apetito y de sueño, decaimiento. Teniendo en cuenta que, la depresión puede aparecerse en las diferentes etapas de la vida y que altera el estado anímico y en algunos suele limitar la capacidad para actuar, la relacionarse, o solucionar dificultades que se presenten en su día a día.

Ramírez (2009), nos da a conocer que la depresión genera ciertos cambios, ubicándose en una condición negativa que esto generará una serie de pensamientos, percepciones, ideas y creencias negativas de todo lo que ocurre a su alrededor, generando tristeza, llanto, decaimiento, desinterés por ciertas cosas, que conllevan a la persona a aislarse de su contexto familiar y social, no manteniendo buenas relaciones interpersonales. Para el Manual de psicología clínica y el del adolescente (2004) identifica a la depresión como un problema que genera tristeza, irritabilidad y sensibilidad en quien la padece; a la vez la define como un síntoma que genera dificultades para conciliar el sueño, el apetito y la escasez de interacción.

Para Estalovski (2004), aporta que la causa de la depresión puede ser hereditario, los adolescentes que han sufrido de depresión presentan una mayor probabilidad de padecerla; dichas personas con depresión suelen manifestar desbalances en los neurotransmisores por situaciones conflictivas o que generan estrés; muchas situaciones son considerados difíciles de afrontar como la pérdida de algún miembro de la familia, problemas en el hogar y/o conflictos entre los integrantes de la familia, malas relaciones interpersonales, dificultades económicas y personales.

Haye y Sálesman (2002), nos manifiestan que la sintomatología en los adolescentes más frecuentes que pueden presentar, suele estar más

relacionadas a las alteraciones de estados de ánimo, infelicidad, muestra de tristeza, desesperanza, pesadumbre, se vuelven más irritables, se aíslan, en ocasiones no controlan impulsos y emociones; en algunos casos los adolescentes, se muestran muy locuaz y exhibicionistas. Por otro lado, presentan síntomas físicos, alteraciones del sueño, trastornos alimenticios, cansancio, falta de energía y de apetitos, bajo rendimiento académico y dolencias físicas.

Al nivel social, Hernán Gómez (2000), nos da a conocer que durante la intervención, es de mucha importancia tener en cuenta ciertas técnicas para poder detectar casos con depresión, como es la observación y la entrevista; y ciertas herramientas: entre ellas tenemos, los cuestionarios o test de evaluación, también es importante profundizar con los papas, profesores, amigos, primos y todas las personas con quien interactúa o mantiene comunicación el sujeto evaluado, con el objetivo de poder identificar ciertas situaciones que pueden estar generando desequilibrio emocional al adolescente.

Para Ugarriza y Ecurra (2002), nos dice que la depresión como problema de salud en los adolescentes, ha obtenido un crecimiento alto e importante en el aumento de suicidios en diferentes países, ha incrementado diferentes problemas emocionales, conductuales, consumo de alcohol y drogas, embarazo precoz y el fracaso escolar, por lo tanto, resalta que la causa de la depresión son los pensamientos y creencias específicas que tienen sobre el mundo y sobre sí mismo.

Según Méndez (2014), refiere que, en caso de los niños y adolescentes, la depresión suelen manifestarse a través de gestos o conductas inadecuadas (desacato a la autoridad, poco tolerante a la frustración), su estado de ánimo es deteriorado, la tristeza y la preocupación lo expresan mediante quejas o dolores físicos( como dolor de cabeza, de cuerpo), también manifiestan comentarios negativos mostrándose irritables e inestables ocasionando reacciones explosivas, insultos, peleas y se sienten más vulnerables.

Cornellá (2016) da a conocer que, en el caso de los adolescentes, el trastorno depresivo, es una dificultad para la salud mental, que genera emociones recurrentes de pena, soledad, melancolía y la baja intención e interés de ejecutar tareas o juegos con los demás; aquí el adolescente sienta, se comporte y pueda provocar problemas emocionales. (Autolesión, llanto, pérdida de peso, limitada atención y concentración, bajo rendimiento académico, poca tolerancia a la frustración.

Para Pine (1999) refiere que, en la etapa de la adolescencia, el trastorno depresivo posiblemente se presente de manera balanceada y a la vez crónica, suele darse con un mayor riesgo de dos a cuatro veces en el que la que percibe un adulto con depresión. Por otro lado, Hollon y Beck (1994), manifiestan que la depresión es un conjunto de signos y síntomas que se relacionan diferentes factores al nivel conductual, afectivo, cognitivos y somático; considerando que las distorsiones mentales son por lo general el origen principal de desconcierto.

Pérez, Rodríguez y Ayala (2017), plantean un elemento fundamental con respecto a los componentes socioculturales, como del individuo, familiares y de sociedad de la depresión. Por otro lado, Chinchilla (2008), nos dice que la persona con depresión por lo regular cree que mayormente lo que realiza, lo realiza con imperfección en conjunto de las enormes imposiciones que imputa; las personas con problemas depresivos, observan igualmente en función de lo que debe ser y por lo que es insuficiente de reconocer.

Aaron Beck (1967), en su teoría, nos da a conocer las tres definiciones que nos permite conocer acerca de la depresión, que consta en la triada cognitiva, que se presenta con los esquemas mentales y confusiones en el instante de tramitar información.

Asimismo, conocemos acerca de cada triada cognitiva, donde la primera triada, es aquella que está centrada en la percepción negativa del sujeto sobre sí mismo, a la vez del entorno que lo rodea y también de su futuro,

obteniendo como respuesta la desvaloración de uno mismo, sentimientos de sentirse menos que los demás, detrimento, teniendo en cuenta que carece de necesidades para lograr el gozo, la felicidad y la satisfacción. También tenemos la segunda triada, consiste en la constitución de esquemas del pensamiento, en otras palabras, hay la presencia de desviación de las emociones y pensamientos desfavorables que no se enlazan con ideas racionales o dialécticas, perturbando el presente, que continuamente se van repitiendo con el pasar del tiempo. En la tercera triada, las equivocaciones cognitivas son aquellas que se hacen cargo a las acciones desde otras perspectivas negativas a pesar que obtenga opiniones negativas, esto impidiendo visibilizar diferentes posibilidades.

Por lo tanto, Beck nos aclara que la depresión es un problema que genera cambios en la conducta de los seres humanos, como cambios de humor, desinterés por actividades, pérdida de sueño, entre otros, y a través del modelo cognitivo conductual, ayudará a reestructurar pensamientos y emociones irracionales en adolescentes que padezcan de depresión

Para Brewin (1996), refiere que, el modelo cognitivo conductual dentro de sus bases grupales y completas de pensamientos e ideas negativas de uno mismo y del entorno que los rodea, así mismo se enciende situaciones que generan cambios, por otro lado, con las personas con problemas depresivos se quiere que los pensamientos distorsionados se conviertan en situaciones asertivas.

Beck, (citado por Mendoza, 2001), creador y fundador de la teoría del modelo cognitivo conductual, nos brinda conocimientos sobre la conexión que tiene con la depresión con el enfoque clínico y que está basada en una triada cognitiva que cuenta con tres patrones que contribuye a la teoría del modelo cognitivo conductual: la primera es la percepción de uno mismo, la segunda es la percepción del futuro y la experiencia propia, y finalmente la tercera es lograr proponer que la expectativa sea desfavorable y abominable, esto lograría que los sujetos con depresión ocasionan ciertas alternaciones de

signos de desaliento, desgano, abandono, esto se podría acentuar un comportamiento negativo.

Cornellá (2016), nos dice que, dentro de la teoría del modelo cognitivo conductual, la más convincente es la de Aaron Beck, la cual expone y da a conocer sobre el desánimo en contestación a una alteración emocional profunda en conexión a los contenidos que recibe en el mundo que lo rodea, además dicha teoría se zambulle en la persona y en los sucesos desfavorables, es decir en acciones negativas del ayer, que incentivaron a elaborar una estructura pésima y desesperada de vida.

Con lo que nos sigue refiriendo Aaron Beck que, en la terapia cognitiva conductual, es fundamental determinar, que dicho modelo es muy importante y favorable para las personas que padecen de problemas depresivos y es uno de los más usados en el abordaje e intervención para dichos casos, esto nos da acceso a transformar y cambiar pensamientos, emociones y conductas negativas de ser humano; a la vez, el modelo cognitivo conductual, dentro de las bases teóricas, posee el condicionamiento clásico operante, dicho modelo es un método rápido y eficaz, que va a un sentido, estructurado y de tiempo escaso.

Beck (1967), hace hincapié que el comportamiento se establece por un grupo de cogniciones, posturas que se va evolucionando cuando se van presentado situaciones que anteriormente han vivido, aquí, el profesional debe cooperar y/o apoyar al sujeto a reconocer e identificar sus comportamientos y pensamientos con el fin de que se conviertan más realistas. Por consiguiente, la terapia cognitivo conductual expone un grupo de estrategias con el fin de deslindar y reconocer las creencias irracionales o desadaptadas que impide desenvolverse los seres humanos con tranquilidad ya que estos pensamientos mantienen en stop el poder desenvolverse como sujetos en sus diferentes aspectos de su vida diaria, así mismo se identifica la conexión que presenta entre cognición, afecto y comportamiento con el fin de realizarlo por unos más sensatos.

Para Romero (2006) nos dice que la terapia cognitivo conductual es aquella que une los pensamientos, sentimientos, emociones y acciones del paciente, por otro lado, hace hincapié que la depresión es la causa a la eficacia de herramientas para afrontar sentimientos y emociones, que esto genere bajo déficit en regular las emociones y una posición alterada de uno mismo y de entorno que lo rodea.

Por otro lado, Rosello y Bernal (2007), manifiestan sobre el modelo cognitivo conductual, donde dicen que es el encargado de reconocer los pensamientos, sentimientos y emociones que generan daño en el estado emocional de los sujetos. Por lo tanto, Caro (2013) manifiesta sobre el modelo cognitivo conductual de Aaron Beck, como un tratamiento que ha ayudado en las intervenciones y/o procesos terapéuticos, y es de mayor resultado con personas con trastorno afectivo, haciendo uso de técnicas donde demuestren su efectividad en personas con depresión.

Para Chávez y León (2014), nos dicen que; Aaron Beck, en el transcurso de su participación que va teniendo en el modelo cognitivo conductual, realiza la busca de identidad de las emociones y pensamientos alterados, con el objetivo de que se sustituya por pensamientos más acoplados a la realidad, que esto facilitaría a la reestructuración de la triada cognitiva del modelo cognitivo conductual (Chávez y León, marzo - abril 2014). Para Carol (2014), refiere que Aaron Beck es el pionero y fundador del enfoque cognitivo conductual y es el principal modelo que hace uso de las técnicas para casos de personas con depresión, siendo usados con mucha importancia para la rehabilitación de las personas depresivas.

Padilla y Puerta (2017), nos manifiestan sobre el modelo cognitivo conductual, es aquel que quiere examinar la causa y sostenimiento de las personas con depresión y a través de ello hacer uso de las técnicas que harán de ayuda para realizar la transformación de los pensamientos alterados, así mismo en la actualidad, el terapeuta hace uso del enfoque cognitivo conductual para realizar el abordaje con personas depresivas desde un punto integrador, donde el terapeuta debe ayudar a la persona que reconozca sobre

sí mismo y sobre la apreciación de su entorno, ya que en ocasiones esta se halla alterada.

Para Ruiz (2012), en el enfoque cognitivo conductual, refiere que es el modelo que reconoce aquellos pensamientos que hacen mal funcionamiento y se indaga cual es el motivo de su comiendo, luego a dar inicio a la intervención, se realizar objetivos de que es lo que se va a obtener en un corto y largo plazo, como primer paso, es dirigida a la eliminación o extracción de pensamientos o creencias irracionales; como segundo paso es preparar aquellas destrezas que serán de uso con el transcurso del tiempo, ya que esto será de útil para que la persona con depresión ponga en práctica todo lo adquirido en la intervención para que logre tener un opinión más funcional.

Puerta, Padilla (2017), hacen de conocimiento que la terapia cognitivo conductual presentan buenas alternativas de solución y rehabilitación a personas con depresión durante la intervención terapéutica, a la vez coinciden con lo que dice Aaron Beck, que es aquella que aspira a querer reducir pensamiento fallidos e irracionales, a la vez refuerza sus capacidades para desarrollarse y desenvolverse con tu entorno, también para resolver situaciones problemáticas.

Chávez, León y otros refieren que, la terapia de la modelo cognitiva conductual es exitosa por las técnicas que se realizan en las intervenciones y también por la buena conexión entre el sujeto (persona con depresión) y el terapeuta, y que cumplen un papel fundamental, brindando seguridad, estableciendo un apropiado rapport, plasmar buena empatía con el paciente y con lo que siente, mantiene adecuada comunicación con fluidez y coherencia, a la vez debe contar con un ambiente seguro, donde el paciente cuente con la confiabilidad del caso con el objetivo de obtener una intervención exitosa.

Knapp y Beck (2008), dan a conocer que, los modelos cognitivos conductuales trabajan los trastornos mentales refiriendo el proceso de como los hechos que influyen en el comportamiento de los sujetos que padecen de

problema depresivos. Para Mahoney y Arnkoff (1978), plantea ciertas técnicas que siguen siendo válidos en proceso de rehabilitación durante la intervención terapéutico; entre ellas tenemos:

La reestructuración cognitiva; es aquella que facilita la identidad de los pensamientos y/o sentimientos insensatos y absurdos, las frases repetidas negativas, conllevando que la dificultad e inconveniente continúe vigente; en este proceso se contribuye con la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis (1962).

También tenemos la técnica de Manejo de situaciones, es aquella que hace que la persona con problemas depresivos, busque por uno mismo cuáles son sus destrezas y afrontamientos con el fin de conocer

cómo resolver situaciones que lo agobian. De este modo, la contribución de Meichenbaum (1971), hacen uso de la preparación de las autoinstrucciones.

Para la técnica de Solución de problemas, están determinadas a reconvertir la forma en que los sujetos con depresión solucionen las situaciones conflictivas que presentan, donde en terapia se hace uso de estrategias y las más empleadas se insertan en la Terapia de Solución de problemas D'Zurilla y Golfried (1971), subsiguiente renombra a manera de Terapia de solución de problemas sociales, también la Terapia de solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure (1974) y la Ciencia personal de Mahoney (1974).

En cambio, no obstante, de la validez de la terapia del modelo cognitivo conductual en la terapia con personas con problemas mentales, se ha realizado ciertos interrogantes puesto en lo siguiente:

Desde la posición de Avila y Hagerman (1985), cuestionan la semejanza de la terminación de contenidos, como: cognitivos, procesos y estructuras cognitivas. Como expresa Seligman (1988), desde su punto de vista, señala sobre la escasa eficiencia de exposición de entendimiento con respecto a la

psicología cognitiva, como lo hace notar Mahoney (1955), al señalar que al no reconocer que el enfoque cognitivo conductual para el crecimiento tecnológico de la psicología, porque esto apareció en el transcurso de la historia del modelo cognitivo conductual de Aaron Beck.

Por otro lado, Ruiz (1993) indica que, con el pasar del tiempo, la terapia cognitiva conductual, ha mostrado su eficiencia mediante las distintas bases teóricas; Mahoney, Gabriel, Perkins (1987) sin embargo refieren que, no logran pasar por alto, el enfoque epistemológico constructivista, donde ha facilitado contribuciones elocuentes para su crecimiento.

Teniendo en cuenta lo descrito líneas arriba, dicha investigación, reconoce e identifica la necesidad de realizar una intervención a las personas con depresión con el modelo cognitivo conductual de Aaron Beck, que será de mucha ayuda a los usuarios del centro de salud mental porque ayudará a identificar y reestructurar pensamientos irracionales en la intervención según el modelo cognitivo conductual para la depresión; con el objetivo de sustituir por pensamientos más estables, del mismo modo se hace uso de las distintas técnicas del modelo cognitivo conductual para la eliminación de síntomas depresivos.

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

##### **3.1.1. Tipo de investigación**

Para Hernández y Mendoza (2018), refiere que la presente investigación, según su finalidad, el tipo de investigación es aplicada, que se distingue por utilizar los conocimientos adquiridos, así como se obtienen otros conocimientos a partir de implementación o sistematización de un programa o variable que se pretende que influya positivamente en otra variable de estudio.

(Hernández et al. 2014). Según el alcance, es de tipo descriptivo propositivo: Descriptivo porque se busca detallar las características y/o propiedades de la unidad de estudio; es decir, pretende recolectar información en tono de la variable de estudio. Propositivo, porque diseñará una propuesta que contiene actividades basadas en la terapia cognitivo conductual.

Según su enfoque, es cuantitativo; (Hernández et al. 2014), da a conocer que se utiliza dicho enfoque para la recopilación de datos para probar hipótesis, con base a la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

##### **3.1.2. Diseño de investigación**

Para dicha investigación, el diseño de investigación es no experimental, transversal, descriptivo propositivo, ya que este estudio está basado en un diseño de investigación no experimental el cual requiere de estudios que se realizan sin

manipulación deliberada de las variables y en los que observan solamente los fenómenos en su ambiente natural.

Esquema:



**Dónde:**

**M:** Muestra de estudio

**O:** Observación de la línea base

**D:** Diagnóstico y evaluación

**Tn:** Fundamentación teórica

**P:** Propuesta del plan de intervención

### 3.2. Variables y operacionalización

**Variable independiente:** Programa cognitivo conductual

Definición Conceptual: Beck (1967) da a conocer que el programa cognitivo conductual, es un método, activo, directivo, estructurado y con cierto tiempo, y que es usada para la rehabilitación de cambios mentales como es el trastorno depresivo, con la objetivo de establecer y determinar cogniciones y constatar con la realidad, sentimientos y comportamientos desadaptativas; y así mismo sustituirlas por ciertas medidas más pragmática en relación a los problemas psicológicos, eliminando los síntomas.

Definición operacional: La teoría de Aaron Beck aporta en el programa del modelo cognitivo conductual que consta de 15 sesiones, con una duración aproximadamente de cuatro meses, dichas sesiones van dirigidas a 30 usuarios diagnósticos con trastorno depresivo del Centro de Salud Mental, Pacasmayo;

previo a la primera sesión se realizará una evaluación con un pre test.

Dimensiones: Cognitiva, Afectiva, Conductual.

Escala de Medición: Valoraciones y procesos.

**Variable dependiente:** Depresión

Definición conceptual: Según la Organización Mundial de Salud (2011), define a la depresión como el estado emocional triste, desconsolado, decaído o una rigidez de la sintomatología depresiva, que altera que transforma negativamente las diferentes áreas emocionales, conductual, somática y cognitivo, de la persona que sufre con depresión.

Definición operacional: Es una alteración emocional que genera alteraciones y cambios de temperamento, retraimiento, alteración en la alimentación, dificultad para conciliar el sueño, problemas para atención y concentración, deterioro de ejercicio físico, agotamiento y colera.

Dimensiones: Desmoralización, Expresiones de emociones (colera y tristeza), Anhedonia, Baja autoestima, Somático-Vegetativo.

Escala de Medición: Ordinal

**3.3. Población:**

**3.3.1. Población:** Está conformada por 30 usuarios adolescente de ambos sexos del Centro de Salud Mental, Pacasmayo que han sido diagnosticado con trastorno depresivo.

Se ha considerado como muestra a la totalidad de la población, debido a que la cantidad total de usuarios diagnosticados con depresión es baja.

**3.3.2. Criterios de inclusión:** Usuarios adolescentes del Centro de Salud Mental Pacasmayo diagnosticados con depresión, que participen de forma voluntaria que tengan el consentimiento a partir de los 13 a 18 años.

**3.3.3. Criterios de exclusión:** Usuarios adolescentes con otros diagnósticos que no sea de depresión.

**3.3.4. Unidad de Análisis:** Usuarios adolescentes diagnosticados con trastorno depresivo.

#### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La Escala de Depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR), fue adaptado por Nelly Ugariiza & Miguel Escurra en el año 2002 en Lima; es una prueba breve de fácil aplicación desarrollada para evaluar la sintomatología depresiva en adolescentes cuyas edades fluctúan entre los 13 y 18 años, aunque puede ser usados en personas fuera de este rango de edades. Permite determinar niveles clínicos relevantes de la sintomatología depresiva en adolescentes y es útil para identificar a las personas que denotan depresión.

La escala contiene 30 ítems y utiliza una forma de respuesta tipo Likert de cuatro alternativas: casi nunca, rara vez, algunas veces y casi siempre, el adolescente debe elegir y marcar la alternativa cuyo contenido se siente más identificado. Esos reactivos se califican de modo inversa, es decir la respuesta “casi nunca” recibe un puntaje de 4; “rara vez” 3 puntos; “alugas veces”: 2 puntos; y “nunca “: 1 punto.

**Confiabilidad:** La confiabilidad del instrumento con que se medirá la variable de los estudiantes es de  $r= 0.829$  lo que permite inferir que el instrumento a utilizar es CONFIABLE.

**Validez:** La validez extrema del instrumento se determinó mediante el juicio de dos expertos.

### **3.5. Procedimientos**

Para el procedimiento, se solicitó el permiso al Centro de Salud Mental a través de una carta de presentación, haciendo de conocimiento los objetivos de dicha investigación, luego de la aprobación por parte de la institución y el consentimiento de los usuarios, se realiza la aplicación del instrumento con el fin de recolectar la información; posteriormente se recolectará información como: antecedentes, conceptos teóricos y teorías, que nos permitirá corroborar los resultados encontrados.

Se planteó realizar un programa de intervención basado en el modelo cognitivo conductual de Aaron Beck, basado en 15 sesiones, que finalmente se busca intervenir a los usuarios adolescentes del Centro de Salud Mental diagnosticados con depresión, consiguiendo conjuntamente los resultados y examinarlos mediante estrategias estadísticas, dando por culminar con su discusión, conclusión y sus recomendaciones.

### **3.6. Método de análisis de datos**

Para analizar los datos, se iniciará con la codificación y clasificación de los mismos vía el Programa de Excel, siendo trasladados al programa SPSS versión 25 donde se realizará el análisis descriptivo correspondiente, es decir, se realizará en análisis de las frecuencias, porcentajes y niveles en que se manifiesta la variable depresión junto a sus dimensiones, identificando con ello la línea base a considerar para la realización de la propuesta de intervención.

### **3.7. Aspectos éticos**

En el presente estudio, es importante velar por el derecho a la libertad a decidir de la participación ya que es de forma voluntaria, como lo plantean en el Código de Ética Profesional del Psicólogo Peruano (2014), en su título XI, manifestando en los artículos 79 y 87 estableciendo acuerdos

claros entre el investigador y el participando, como también dar a conocer que toda información brindada es de manera confidencial, excepto haya acuerdos previos para la brindar información a terceros.

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Descripción en la muestra total de la depresión

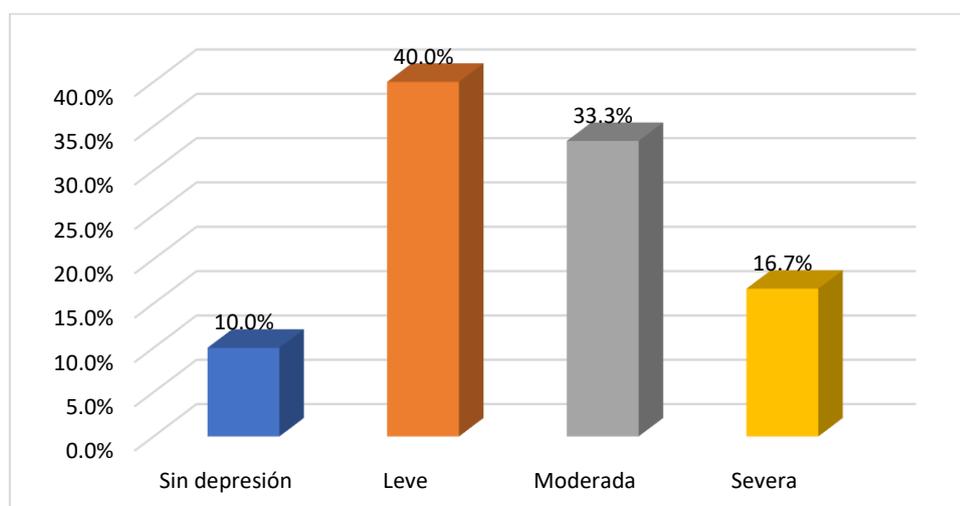
**Tabla 1**

*Nivel de Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021*

Nivel	N	%
Sin depresión	3	10.0
Leve	12	40.0
Moderado	10	33.3
Severo	5	16.7
Total	30	100.0

Fuente: Resultados alcanzados por la muestra

En la tabla 1, se aprecia una predominancia de nivel Leve de Depresión, representado por el 40.0% de los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021, que evidencia este nivel; seguido del 33.3% que presenta nivel Moderado; el 16.7% que manifiesta nivel Severo; y el 10.0% no presenta depresión, vale decir que uno de cada diez adolescentes mantiene un buen estado de ánimo.



**Figura 1.** *Nivel de Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021*

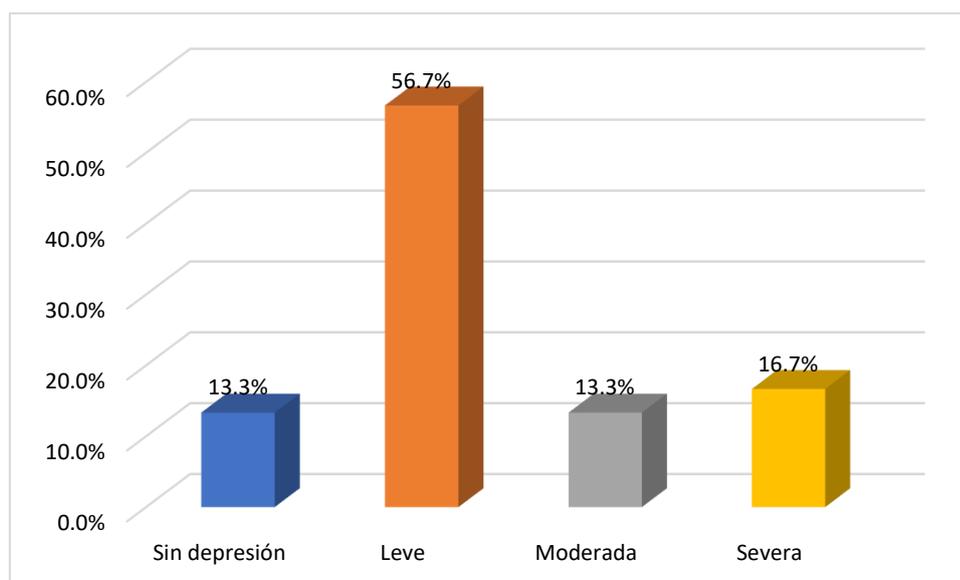
**Tabla 2**

*Nivel de la dimensión Desmoralización de la Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021*

Nivel	N	%
Sin depresión	4	13.3
Leve	17	56.7
Moderado	4	13.3
Severo	5	16.7
Total	30	100.0

Fuente: Resultados alcanzados por la muestra

En la tabla 2, se aprecia una predominancia de nivel Leve en la dimensión Desmoralización de la Depresión, representado por el 56.7% de los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021, que evidencia este nivel; seguido del 16.7% que presenta nivel Severo; y el 13.3% que ostenta nivel Sin depresión y nivel Moderado, respectivamente el grupo que tiene depresión, el desánimo es más marcado en los que tienen depresión leve.



**Figura 2.** *Nivel de la dimensión Desmoralización de la Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021*

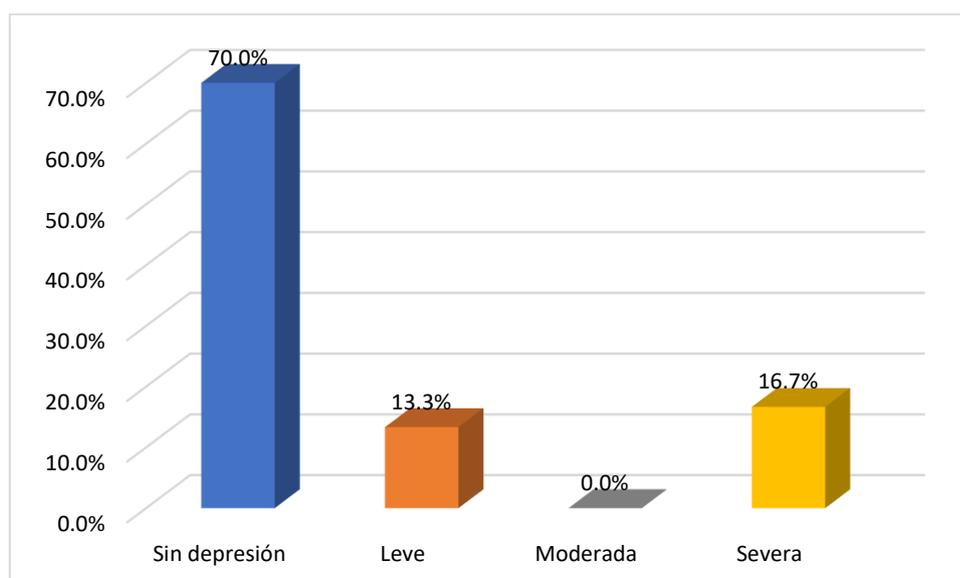
**Tabla 3**

*Nivel de la dimensión Expresiones emocionales de la Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021*

Nivel	N	%
Sin depresión	21	70.0
Leve	4	13.3
Moderado	0	0.0
Severo	5	16.7
Total	30	100.0

Fuente: Resultados alcanzados por la muestra

En la tabla 3, se aprecia una predominancia de nivel Sin depresión de la dimensión Expresiones emocionales de la Depresión, representado por el 70.0% de los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021, que evidencia este nivel; seguido del 16.7% que presenta nivel Severo; el 13.3% que manifiesta nivel Leve; y el 0.0% que ostenta nivel Moderado, cabe señalar usencia de expresiones emocionales en el grupo con depresión moderada.



**Figura 3.** *Nivel de la dimensión Expresiones emocionales de la Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021*

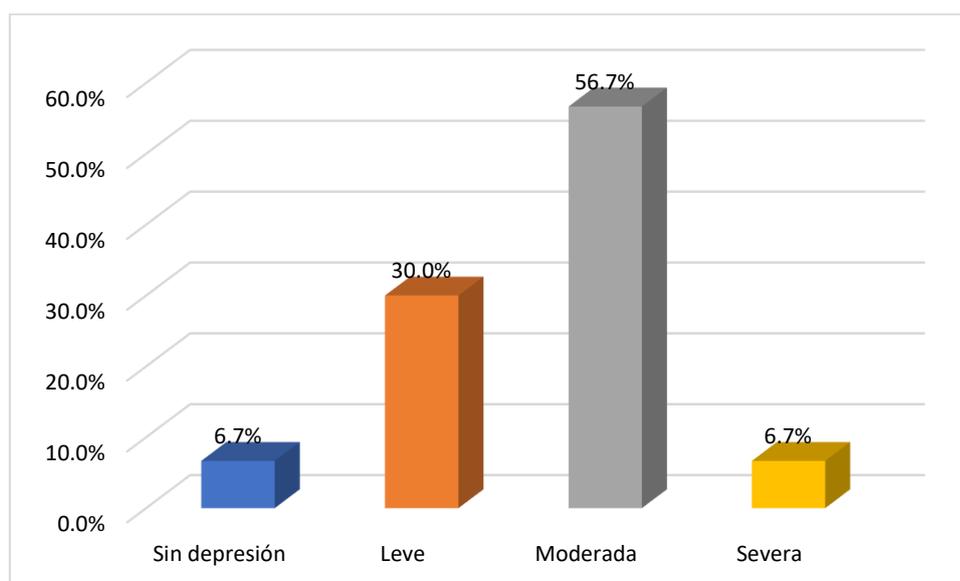
**Tabla 4**

*Nivel de la dimensión Anhedonia de la Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021*

Nivel	N	%
Sin depresión	2	6.7
Leve	9	30.0
Moderado	17	56.7
Severo	2	6.7
Total	30	100.0

Fuente: Resultados alcanzados por la muestra

En la tabla 4, se aprecia una predominancia de nivel Moderado de la dimensión Anhedonia de la Depresión, representado por el 56.7% de los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021, que evidencia este nivel; seguido del 30.0% que presenta nivel Leve; y el 6.7% que manifiesta nivel Moderado y Sin depresión, respectivamente, la pérdida de interés o expectativa para la vida se da en más de la mitad en las personas que tienen depresión.



**Figura 4.** *Nivel de la dimensión Anhedonia de la Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021*

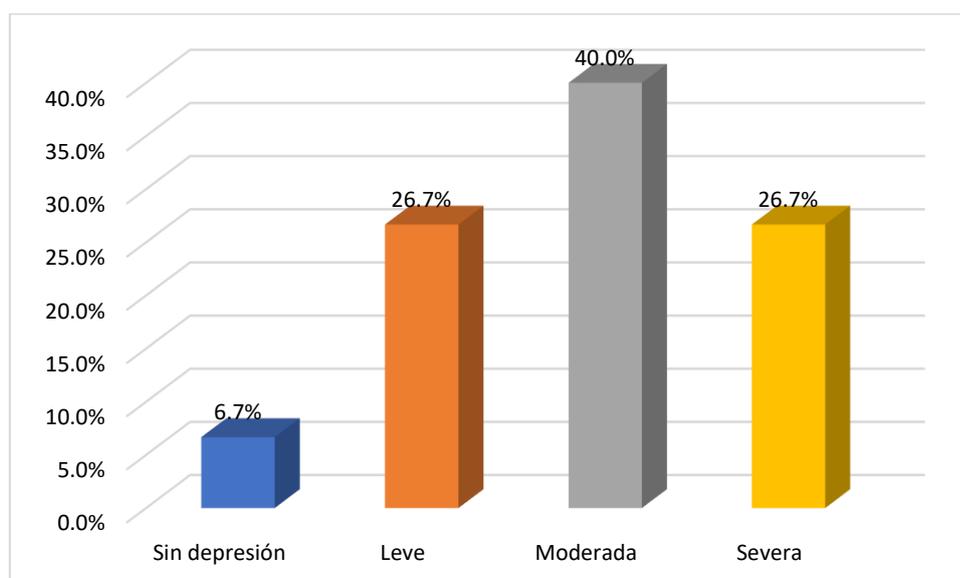
**Tabla 5**

*Nivel de la dimensión Baja autoestima de la Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021*

Nivel	N	%
Sin depresión	2	6.7
Leve	8	26.7
Moderado	12	40.0
Severo	8	26.7
Total	30	100.0

Fuente: Resultados alcanzados por la muestra

En la tabla 5, se aprecia una predominancia de nivel Moderado de la dimensión Baja autoestima de la Depresión, representado por el 40.0% de los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021, que evidencia este nivel; seguido del 26.7% que presenta nivel Leve y nivel Severo, respectivamente; y el 6.7% que manifiesta nivel Sin depresión. Es notorio que más de la mitad de los adolescentes evaluados evidencia problemas de autoaceptación, falta de confianza en si mismos, exagerado temor a equivocarse y dificultades para tomar decisiones.



**Figura 5.** *Nivel de la dimensión Baja autoestima de la Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021*

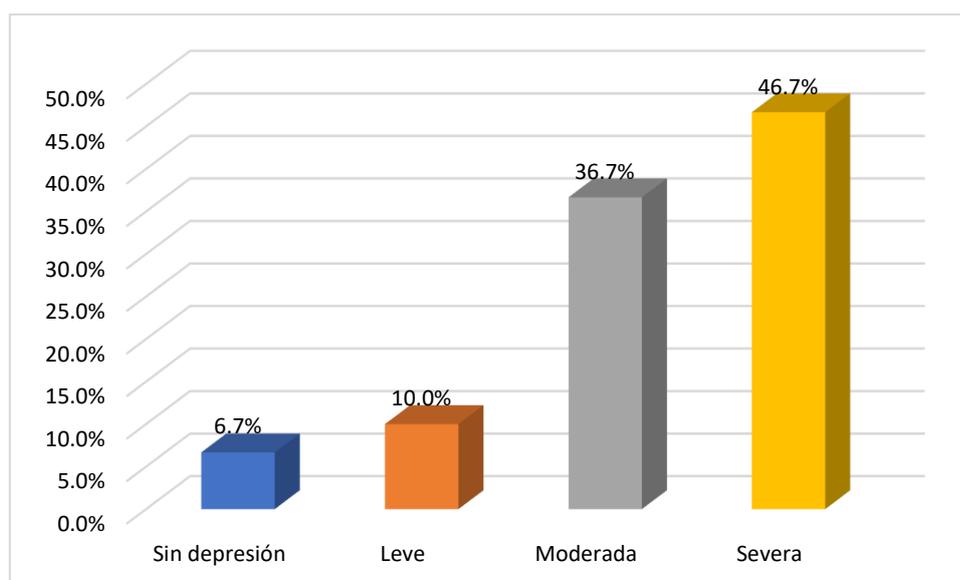
**Tabla 6**

*Nivel de la dimensión Somático - Vegetativo de la Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021*

Nivel	N	%
Sin depresión	2	6.7
Leve	3	10.0
Moderado	11	36.7
Severo	14	46.7
Total	30	100.0

Fuente: Resultados alcanzados por la muestra

En la tabla 6, se aprecia una predominancia de nivel Severo de la dimensión Somático - Vegetativo de la Depresión, representado por el 46.7% de los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021, que evidencia este nivel; seguido del 36.7% que presenta nivel Moderado; el 10.0% que manifiesta nivel Leve; y el 6.7% que ostenta nivel Sin depresión, es decir, la mayoría de los adolescentes evaluados tiende a presentar de forma frecuente alteraciones del sueño, alteraciones en su apetito y queja somática.



**Figura 6.** *Nivel de la dimensión Somático - Vegetativo de la Depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021*

**4.2. Diseño del programa:** El programa de intervención está dirigido a usuarios adolescentes diagnosticados con depresión, que consta de 15 sesiones, con una duración de 30 a 45 minutos en un periodo de cuatro meses, dichas sesiones pueden realizarse de manera individual o grupal, teniendo como objetivo disminuir la sintomatología depresiva a través de técnicas del modelo cognitivo conductual que ayudará a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas. Así mismo dicho programa se encontrará en la parte de anexos (Anexo 9)

**4.3. Fundamentación teórica:** Para la elaboración del programa de intervención, está basada en la teoría de Aaron Beck que es el encargado de buscar e identificar patrones cognitivos – conductuales, que permitirá un apropiado desempeño en el sujeto, a la vez trabaja en base a una triada cognitiva con personas que padecen problemas clínicos como las alternaciones del comportamiento, las emociones y los pensamientos como es con las personas que padecen depresión.

## V. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como principal objetivo determinar en qué medida el Programa de terapia cognitivo conductual manejaría adecuadamente la depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021. Con el propósito de cumplir con lo estipulado, se consideró realizar el análisis del primer objetivo específico, y a continuación, se detalla:

En primera instancia, respecto a la Depresión, se aprecia una predominancia de nivel Leve, representado por el 40.0% de los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021, que evidencia este nivel. A partir de estos resultados, se puede interpretar que la mayor parte de los sujetos de estudio, eventualmente tienden a interpretar sus experiencias de forma negativa, a la par de mantener una visión negativa acerca del futuro, desesperanza, baja autoestima, irritabilidad, colera, incapacidad para experimentar placer, pérdida de interés, motivación e satisfacción en casi todas las actividades que realiza. Esto es apoyado por Cornellá (2016), quien refiere que, en los adolescentes, la depresión es uno de los problemas de salud mental que genera un sentimiento recurrente de tristeza y la pérdida de interés por realizar diferentes actividades; aquí el adolescente sienta, se comporte y pueda provocar problemas emocionales. (Autolesión, llanto, pérdida de peso, limitada atención y concentración, bajo rendimiento académico, poca tolerancia a la frustración. De igual manera, Pine (1999) refiere que, en la etapa de la adolescencia, la depresión puede presentarse de manera balanceada y a la vez crónica, suele darse con un mayor riesgo de dos a cuatro veces en el que la que percibe un adulto con depresión.

Estos resultados son corroborados por Manios y Rosero (2016), quienes, al evaluar un grupo de adolescentes de una institución educativa distrital de Colombia, concluyeron que el 26% de los evaluados presenta algún grado de depresión. Asimismo, Ramón y Montero (2016) encontraron que el 35.5% de adolescentes de una institución educativa de Huancavelica presentan

síntomas de depresión. También, Castro (2007) encontró que el 33.3% de adolescentes de una institución educativa nacional de Chimbote presento un nivel leve de Depresión. Siendo así, es notoria la preponderancia de niveles leves y moderados de depresión en los adolescentes, entendiendo que los cambios a nivel bio-psico-social que son parte de su etapa de desarrollo, a la par de las exigencias académicas, familiares y sociales que, afrontando, tienden a predisponerlos a experimentar sintomatología depresiva.

Respecto a la dimensión Desmoralización de la Depresión, predomina el nivel Leve, representado por el 56.7% de los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021. A partir de estos resultados, se puede interpretar que la mayor parte de los sujetos de estudio, eventualmente tienden a experimentar desesperanza, percibir falta de aprecio de parte de las personas que le rodean, desvalorización personal, soledad, abatimiento, llanto y poca satisfacción por las actividades que anteriormente le resultaban interesantes. Esto es apoyado por Haye y Sálesman (2002), quienes manifiestan que la sintomatología en los adolescentes más frecuentes que pueden presentar, suele estar más relacionadas a las alteraciones de estados de ánimo, infelicidad, muestra de tristeza, desesperanza y pesadumbre. Asimismo, Cornellá (2016), refiere que la teoría de depresión de Aaron Beck, la cual explica el desaliento en respuesta de una perturbación emocional en relación a la información que percibe el entorno que lo rodea, dicha teoría se sumerge en la persona y en los acontecimientos negativos del pasado que la motivaron a desarrollar una estructura desesperanzada de vida.

En cuanto a la dimensión Expresiones emocionales de la Depresión, predomina el nivel Sin depresión de la dimensión Expresiones emocionales de la Depresión, representado por el 70.0% de los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021. Estos resultados permiten inferir que la mayor parte de este grupo de adolescentes tiende a expresar de manera adecuada sus emociones, evitando manifestar irritabilidad y colera, siendo poco probable que, ante situaciones o circunstancias difíciles, actúen de forma impulsiva o agresiva. Esto es corroborado por Méndez (2014), quien refiere que, en caso de los niños y adolescentes, la depresión suelen

manifestarse a través de gestos o conductas inadecuadas (desacato a la autoridad, poco tolerante a la frustración), su estado de ánimo es deteriorado, la tristeza y la preocupación lo expresan mediante quejas o dolores físicos( como dolor de cabeza, de cuerpo), también manifiestan comentarios negativos mostrándose irritables e inestables ocasionando reacciones explosivas, insultos, peleas y se sienten más vulnerables.

Por otro lado, se logró establecer la existencia de una predominancia de nivel Moderado de la dimensión Anhedonia de la Depresión, representado por el 56.7% de los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021. Estos datos, evidencian que la mayor parte de los adolescentes, de forma recurrente presenta incapacidad para experimentar placer, pérdida de interés, motivación y satisfacción en casi todas las actividades que realiza cotidianamente.

Se considera una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros. En base algunas investigaciones realizadas, se puede indicar que las personas que han tenido Anhedonia es debido a un cuadro clínico de depresión, ya que es tomada en cuenta como el síntoma principal para determinar el trastorno antes mencionado y Olivares (1995) refiere: "(...) la singular indiferencia de estos pacientes hacia sus relaciones anteriores, la extinción del afecto hacia familiares y amigos, de satisfacción en su trabajo y vocación, en el ocio y en los placeres. Asimismo, Pérez (2014) considera a la anhedonia como insensibilidad al placer, o falta de placer, o déficit de la capacidad para experimentar placer, anteriormente se obligaba a los especialistas no sólo a diagnosticarla como un síntoma frecuente, incluso como un síndrome negativo, en los depresivos, sino también a considerarla, en una reflexión más amplia, en relación al hedonismo como filosofía del placer y al eudemonismo, la filosofía de la felicidad.

También, se logró establecer la existencia de una predominancia de nivel Moderado de la dimensión Baja autoestima de la Depresión, representado por el 40.0% de los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021. Estos datos, evidencian que la mayor parte de los

adolescentes evaluados, de forma continua, tienden a ejercer una crítica destructiva sobre de sí mismos, anteponiendo sus debilidades por encima de sus posibles fortalezas, evidenciando así, falta de amor propio. Esto es apoyado por Meléndez (2015), quien manifiesta que la adolescencia es una época donde se generan búsqueda de oposición, de rebeldía, de extremismo, rivalidades, indiferencias, donde los adolescentes no siguen normas e instrucciones y van en contra de todo y de todos sin importar las consecuencias negativas que puede llegar a tener sus actos, y que en el transcurso del tiempo irán reconstruyendo su propio yo fragmentado. Durante el periodo de madurez, el cerebro se encuentra muy sensible a la influencia de su entorno, a la baja autoestima y ansiedad.

Finalmente, se encontró una predominancia de nivel Severo de la dimensión Somático - Vegetativo de la Depresión, representado por el 46.7% de los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021. Estos resultados evidencian que la mayor parte de los adolescentes experimentan de manera frecuente alteraciones del sueño, alteraciones en su apetito y queja somática. Esto es apoyado por Hollon y Beck (1994), manifiestan que el trastorno depresivo es un conjunto de signos y síntomas que se relacionan diversas características al nivel conductual afectivo, cognitivos y somático; considerando que las desviaciones cognitivas son por lo general el origen principal de desconcierto. Asimismo, para el Manual de psicología clínica y el del adolescente (2004) identifica a la depresión como un problema que genera tristeza, irritabilidad y sensibilidad en quien la padece; a la vez la define como un síntoma que genera dificultades para conciliar el sueño, el apetito y la escasez de interacción.

## **VI. CONCLUSIONES**

1. En los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo, predomina nivel Leve de Depresión, representado por el 40.0%.
2. En los sujetos de estudio, predomina el nivel Leve de la dimensión Desmoralización de la Depresión, representado por el 56.7%.
3. En los adolescentes evaluados, predomina el nivel Sin depresión de la dimensión Expresiones emocionales de la Depresión, representado por el 70.0%.
4. En los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, predomina el nivel Moderado de la dimensión Anhedonia de la Depresión, representado por el 56.7%.
5. En la muestra representativa, predomina el nivel Moderado de la dimensión Baja autoestima de la Depresión, representado por el 40.0%.
6. En los adolescentes evaluados, predomina el nivel Severo de la dimensión Somático – Vegetativo de la Depresión, representado por el 46.7%.

## VII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las autoridades de Centro de Salud Mental, incorporar dentro de su plan de intervenciones, la propuesta del Programa de terapia cognitivo conductual consignado en la presente investigación, con el propósito de que brindar un adecuado abordaje a la sintomatología depresiva que presentan los usuarios adolescentes de la institución.
- Se recomienda los profesionales del Centro de Salud Mental, el diseño y ejecución de talleres y programas amparados en una visión holística, que considere técnicas de intervención de los distintos enfoques terapéuticos, con la finalidad de brindar un encuadre integral a los niveles de la depresión y sus dimensiones. Asimismo, es necesario realizar evaluaciones psicológicas permanentes a los adolescentes de la muestra, integrando dentro de la batería de pruebas a la Escala de Depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR), la cual, permitirá establecer la variabilidad de la sintomatología depresiva en los adolescentes de la institución.
- Se sugiere a los estudiantes de psicología y profesionales psicólogos, utilizar el Programa de terapia cognitivo conductual, para el desarrollo de estudios experimentales con adolescentes, con el propósito de dar a conocer la efectividad de la metodología propuesta en la presente investigación, como tratamiento preventivo y de intervención ante la depresión.

## REFERENCIAS

- Chávez – León, E., Benítez – Camacho, E., y Uribe, M.O. (marzo - abril del 2014). La terapia cognitiva conductual. Salud mental. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S018](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018)
- Beck, A., Rush, A, Shaw, B., Emery, G. (1967). Terapia cognitiva de la depresión. Biblioteca de psicología [Terapia Cognitiva de la depresión TX 20ed.indd \(edesclee.com\)](#)
- Barrientos – Mendoza (2015). Depresión y tipología familiar en un grupo de adolescentes mexicanos
- Organización Mundial de Salud (2017). “Depresión: hablemos” [Page not found - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)
- Cabellos (2019). “La depresión en adolescentes de una asociación en una localidad nacional de una provincia de bajo recursos económicos”. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7054139>
- Maníos – Rosero (2016). Manifestaciones y grados de depresión en un grupo de adolescentes en una institución educativa de Colombia.
- Martínez (2005). “La depresión en la adolescencia en alumnos de la zona sur de España”.
- Ugarriza & Ecurra (2002). Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana. Universidad de Lima. Perú.
- Ramon y Montero (2016). “Niveles de depresión en escolares de una Institución Educativa Nacional en Pampas- Huancavelica, 2016”.
- Murray (2012). Participación de los padres en el Sistema de juicio penal y el desarrollo del robo, uso de marihuana, depresión y deficiente desempeño académico en los jóvenes. Obtenido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1745-9125.2011.00257.x>

- Organización Panamericana de Salud (2020). Riesgo genético de la depresión. [https://who.canto.global/s/HK4BT?viewIndex=0&from=fitView&display=c  
uratedView](https://who.canto.global/s/HK4BT?viewIndex=0&from=fitView&display=c<br/>uratedView)
- Castro (2007). "Depresión y Agresividad en escolares de nivel secundario de una institución educativa nacional de Chimbote"
- Meléndez, F. (2015). El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Colegio de Psicólogos del Perú (2014). Código de ética profesional del psicólogo peruano. Consejo Directivo Regional de Lima. Perú: Morzan.
- Chinchilla, A. (2008). La Depresión y sus Mascaras. Aspectos Terapéuticos. España: Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Depresión. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Clasificación de los trastornos Mentales y del Comportamiento CIE- 10.
- Carol, G. (2014). Presente y futuro de las psicoterapias cognitivas. Revista de psicoterapia. [https://www.researchgate.net/publication/268369150 Presente y futuro de las psicoterapias cognitivas](https://www.researchgate.net/publication/268369150_Presente_y_futuro_de_las_psicoterapias_cognitivas).
- Meichenbaum, D., & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self- control. Journal of abnormal psychology, 77, 116-126. Obtenido de: <https://doi.org/10.1037/h0030773>
- Caro, G. (2013). El estudio de la personalidad en el modelo cognitivo de Beck: Reflexiones críticas. Boletín de Psicología. Obtenido de: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N109-2.pdf>
- D´Zurilla, T., Golfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFG/Analisis-y-modificacion-de-la-conducta>.
- Cabellos, L. (2019). *Los cambios que genera la adolescencia [Tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo]*. Repositorio institucional.

Aliño, M. y Pineda, S. (2002). Manual de prácticas clínicas para la salud integral en la adolescencia. La Habana: MINSAP. Recuperado de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/manual\\_de\\_practicas\\_clinicas\\_par\\_a\\_la\\_atencion\\_integral\\_a\\_la\\_salud\\_de\\_los\\_adolescentes.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/manual_de_practicas_clinicas_par_a_la_atencion_integral_a_la_salud_de_los_adolescentes.pdf).

Pine, D., Cohen, E., Cohen, P., Brook, J. (1999). Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: Moodiness or mood disorder? American Journal of Psychiatry.

Hernán Gómez, L. (2000). ¿Por qué estoy triste? Guía para conocer y afrontar la depresión. Málaga, España, Ed. Aljibe.

Hollon, S., & Beck, A. (1994). Cognitive and cognitive – behavior therapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (p.428-466). John Wiley & Sons.

Organización Mundial de la Salud (2016). La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. [http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2016/mental\\_health\\_day\\_20121009/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2016/mental_health_day_20121009/es/).

Ruiz, M., Diaz, M. y Villalobos, A. (1993). Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales. Bélgica: Desclée de Brouwer.

Mahoney, M.J. y Arnoff, D. (1978). Cognitive and self-control therapies. <http://www.psicothema.com/pdf/316.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010). Metodología de la investigación científica. México: Mc Graw- Hill.

Puerta, J., Padilla, D. (2017). Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Como tratamiento para la depresión: Una revisión para el estado del arte. Revista sacada de la Facultad de Ciencias de la Salud. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3903329>

Rosello, J. y Bernal, G. (2007). Manual de tratamiento para la terapia Cognitiva - Conductual de la Depresión. [http://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales\\_tara/individual\\_participante\\_esp.pdf](http://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales_tara/individual_participante_esp.pdf)

Romero, G. (2006). Tratamiento cognitivo conductual de Un caso de depresión en la tercera edad. Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán.

<http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/8%20TRATAMIENTO%20COGNITIVO-CONDUCTUALDE.pdf>

Knapp, P., Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceituales, aplicaciones e investigación de terapia cognitiva. Revista Brasileira de Psiquiatría, 30 (s2), 54-64. DOI:10.1590/S1516-44462008000600002

Caballero, A. (2014). Modelo de intervención en mujeres con depresión. Universidad Autónoma del Estado de México.

Cornellá J. (2016). Estrategias de intervención educativa para la formación de promotores pares sobre la conducta suicida en la adolescencia, 2016. <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/614>

Pérez A., Rodríguez G., Dussan E., y Ayala A. (2017). Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes. Obtenido de <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/4444/6943>.

Estalovski, B. (2004). Como vencer la depresión. Buenos Aires: Ziel. [https://books.google.com.pe/books/about/C%C3%B3mo\\_Vencer\\_la\\_Depresi%C3%B3n\\_ziel.html?hl=es&id=Bkvv4NJvUJsC&redir\\_esc=y](https://books.google.com.pe/books/about/C%C3%B3mo_Vencer_la_Depresi%C3%B3n_ziel.html?hl=es&id=Bkvv4NJvUJsC&redir_esc=y)

Haye, & Sálesman. (2002). Como alejar la depresión, la tristeza empieza por el mas genio. México: Paulinas.

Organización Mundial de la Salud (2018). Depresión y otros trastornos mentales comunes. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Hernández & Mendoza (2018). Metodología de la investigación científica. Obtenido de: <https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>

## ANEXOS

### ANEXO 1: Variable y operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE DIMENSIÓN
<b>PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL</b>	Aaron Beck (1967) da a conocer que el programa cognitivo conductual, es un método, activo, directivo, estructurado y con cierto tiempo, y que es usada para la rehabilitación de cambios mentales como es el trastorno depresivo, con el objetivo de establecer y determinar cogniciones y constatar con la realidad, sentimientos y comportamientos desadaptativas; y así mismo	La teoría de Aaron Beck aporta en el programa del modelo cognitivo conductual que consta de 15 sesiones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cognitiva</li> <li>• Afectiva</li> <li>• Conductual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relajamos nuestro cuerpo</li> <li>• Pensamos diferente</li> <li>• Identificamos nuestros problemas</li> <li>• Nos reconocemos</li> <li>• Pensamiento, emoción y conducta en sí mismo.</li> <li>• Nos valoramos</li> <li>• Girando a 180°</li> <li>• Girando a 360°</li> <li>• Nos comunicamos mejor</li> <li>• Con una mejor visión</li> <li>• Yo puedo</li> <li>• Yo sí puedo</li> <li>• Nuevas oportunidades</li> </ul>	Valoración y procesos

	sustituirlas por ciertas medidas más pragmática.			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empiezo a ser yo</li> <li>• Solucionamos nuestros problemas</li> </ul>	
<b>DEPRESIÓN</b>	OMS (2011), define a la depresión como el estado de ánimo deprimido o una severidad de la sintomatología depresiva, que altera de forma negativa las áreas (emoción, conducta, somática y cognitivo) de la persona que lo sufre.	Trastorno emocional que crea cambios de temperamento, aislamiento, alteración en la alimentación, poca actividad del sueño, problemas para concentrarse y disminución de la actividad física, cansancio e irritabilidad.	<b>DESMORALIZACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No sentirse apreciado</li> <li>• Bajo estima personal</li> <li>• Abatimiento</li> <li>• Sentimientos de desesperanza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordinal</li> </ul>
			<b>EXPRESIONES EMOCIONALES (CÓLERA Y TRISTEZA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desánimo</li> <li>• Tristeza</li> <li>• Colera e irritabilidad</li> </ul>	
			<b>ANHEDONIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidad para experimentar placeres</li> </ul>	
			<b>BAJA AUTOESTIMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crítica desvalorizada de sí mismo</li> <li>• Aislamiento</li> </ul>	
			<b>SOMÁTICO - VEGETATIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones de sueño</li> <li>• Alteraciones de apetito y queja somática</li> </ul>	

## ANEXO 2: Instrumento

### ESCALA DE DEPRESIÓN PARA ADOLESCENTES DE REYNOLDS (EDAR)

**Nombre del instrumento** : Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR)

**Autor** : William Reynolds

**Año** : 1987

**Adaptado** : Nelly Ugariiza & Miguel Escurra (2002)

**N° de ítems** : 30 Ítems

**Duración** : De 5 a 10 minutos

**Finalidad** : Evaluar la sintomatología depresiva en adolescentes entre los 13 a 18 años

**Materiales** : Manual de aplicación, cuestionario y plantilla de calificación.

#### **Estructura**

Este instrumento evalúa 5 dimensiones: I. Desmoralización (ítem 20,9,12,4,13, 14, 1, 30,3,8,5); II. Expresiones emocionales: colera y tristeza (ítem 22, 16, 28, 7,26,17,18); III. Anhedonia (ítem 25,10,23); IV. Baja autoestima (ítem 19,15,21,6,2); V. Somático vegetativo (ítem 24,11,27,29). Para obtener el puntaje de cada dimensión se suman las puntuaciones de cada ítem correspondiente para luego obtener el puntaje total.

#### **Propiedades psicométricas**

**Confiabilidad:** La confiabilidad del instrumento con se medirá la variable de los estudiantes es de  $r = 0.829$  lo que permite inferir que el instrumento a utilizar es CONFIABLE. **Validez:** La validez extrema del instrumento se determinó mediante el juicio de dos expertos.

#### **Observaciones**

Las puntuaciones obtenidas con la aplicación del instrumento se agruparán según el grado de la sintomatología: SINTOMATOLOGIA NO SIGNIFICATIVA [30-76]; SINTOMATOLOGIA SIGNIFICATIVA [77- 120]. Estas puntuaciones se considerarán para el análisis de resultados.

## Sobre mí mismo por William Reynolds

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Instrucciones

A continuación, se presenta una lista de oraciones sobre como te sientes. Lee cada una y decide sinceramente cuán a menudo te sientes: Casi nunca, Rara vez, Algunas veces o Casi Siempre. Marca el circulo que está debajo de la respuesta que mejor describe cómo te sientes realmente. Recuerda, que no hay respuestas correctas ni equivocada. Solo escoge la respuesta que dice como te sientes generalmente.

N°	Ítems	Casi Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre
1	Me siento feliz				
2	Me preocupa el colegio				
3	Me siento solo				
4	Siento que mis padres no me quieren				
5	Me siento importante				
6	Siento ganas de esconderme de la gente				
7	Me siento triste				
8	Me siento con ganas de llorar				
9	Siento que no le importo a nadie				
10	Tengo ganas de divertirme con los compañeros				
11	Me siento enfermo				
12	Me siento querido				
13	Tengo deseos de huir				
14	Tengo ganas de hacerme daño				
15	Siento que no les gusto a los compañeros				
16	Me siento molesto				
17	Siento que la vida es injusta				
18	Me siento cansado				
19	Siento que soy malo				
20	Siento que no valgo nada				
21	Tengo pena de mí mismo				
22	Hay cosas que me molestan				
23	Siento ganas de hablar con los compañeros				
24	Tengo problemas para dormir				
25	Tengo ganas de divertirme				
26	Me siento preocupado				
27	Me dan dolores de estomago				
28	Me siento aburrido				
29	Me gusta comer				
30	Siento que nada de lo que hago me ayuda				

ANEXO 3: Ficha de presentación de la Escuela de Posgrado

**POSGRADO**

UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

**“AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA”**

Trujillo, 11 de octubre de 2021

**CARTA N° 113-2021-UCV-VA-EPG-SI.01/J**

Srta. Katherine Lissette Gonzáles Vásquez

Jefe

Centro de Salud Mental Comunitario "Conectando Vidas"

Presente. -

**ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA APLICAR INSTRUMENTOS PARA EL DESARROLLO DE TESIS**

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y al mismo tiempo presentar a la estudiante **LINDA AZUCENA CABANILLAS PÉREZ**, del programa de **MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**, de la Escuela de Posgrado Trujillo de la Universidad César Vallejo.

La estudiante en mención solicita autorización para aplicar los instrumentos necesarios para el desarrollo de su tesis denominada: **“PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN LOS USUARIOS ADOLESCENTES DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL, PACASMAYO 2021”**, en la institución que usted dirige.

El objetivo principal de este trabajo de investigación es determinar en qué medida el programa de terapia cognitivo conductual manejaría adecuadamente la depresión en los usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021.

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

Atentamente. -



Dr. Emilio Alberto Soriano Paredes  
Jefe de la Escuela de Posgrado-Trujillo  
Universidad César Vallejo

ADJUNTO:

- Instrumentos de recolección de datos.



## ANEXO 4: Autorización de aplicación de instrumento



**GERENCIA REGIONAL  
DE SALUD**



### **“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”**

San Pedro de Lloc, 15 octubre del 2021

Lic. Linda Azucena Cabanillas Pérez

**Presente.-**

#### **ASUNTO: AUTORIZACION PARA APLICAR INSTRUMENTOS PARA EL DESARROLLO DE TESIS**

Por intermedio del presente hago llegar mi cordial saludo y hacer de conocimiento que el Centro de Salud Mental Comunitario “Conectando Vidas” de la provincia de Pacasmayo, autoriza la aplicación de instrumento necesario para el desarrollo de tesis denominada: “Programa de terapia Cognitivo Conductual para la depresión en usuarios adolescentes de un Centro de Salud Mental, Pacasmayo 2021”, teniendo en consideración las medidas a tomar para la prevención del Covid 19.

Sin otro particular, es propicio la ocasión para expresarles las muestras de consideración y estima personal

Atentamente,

KLGV/jj/v/CSMO  
Adjunto: 01 FOLIO



**ANEXO 5: Consentimiento informado**

**AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN PARA ADOLESCENTES DE REYNOLDS (EDAR)**

Yo, \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_,  
madre, padre o apoderado del adolescente

\_\_\_\_\_, usuario(a) del Centro de Salud Mental "Conectando Vidas", doy la autorización para que mi menor participante en la investigación: **PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN USUARIOS ADOLESCENTES DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL PACASMAYO, 2021**: estudio descriptivo - propositivo que realizará la señorita Linda Azucena Cabanillas Pérez. Para la participación del proyecto refiero que se me ha informado de los objetivos que persigue dicho trabajo, además soy conocedor(a) de que no afectará en modo alguno la integridad de mi menor hijo(a), como producto de la evaluación que se ha de realizar. También soy consciente de que no he de recibir ningún tipo de dinero u otros estímulos para participar en dicha investigación.

Para mayor constancia, firmo este compromiso informado.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombres:** \_\_\_\_\_

**D.N.I:** \_\_\_\_\_

## ANEXO 6: Imágenes



## Anexo 7:

### Programa Cognitivo Conductual

#### Objetivo:

- ✚ Disminuir a través de técnicas del modelo cognitivo conductual ayudar a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que producen emociones y conductas contra prudentes.

#### Dirigido a:

- ✚ Usuarios adolescentes diagnosticados con depresión del Centro de Salud Mental Comunitario “Conectando Vidas”.

#### Responsable:

- ✚ Linda Azucena Cabanillas Pérez



## SESIÓN 1:

<b>TÍTULO</b>	“Relajamos nuestro cuerpo”
<b>OBJETIVO</b>	Dicha sesión tiene como fin, el poder hacer sentir al usuario relajado de las situaciones tensionales de las que presenta y a la vez relajar las acumulaciones tensiones.
<b>DESARROLLO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Al dar inicio a nuestra sesión, es importante ubicarnos en un lugar apropiado para realizar dichas actividades, debe ser un lugar amplio, sin distractores o ruidos extraños que perturbe la tranquilidad del usuario.</li><li>✚ Luego hacemos de conocimiento al usuario del objetivo de la sesión y el beneficio que puede adquirir de ello. Es importante generar empatía entre el terapeuta y el usuario.</li><li>✚ Se realiza el feedback con el usuario para saber si ha logrado comprender lo explicado.</li><li>✚ Una vez ubicado en el lugar correcto y con la postura adecuada, se da inicio a los ejercicios de respiración (inhalar y exhalar), teniendo en cuenta que el usuario debe realizar de manera adecuada para poder estimular una manera correcta de una respiración profunda, es recomendable realizarlo 2 a 3 veces con los ojos cerrados en compañía de algún sonido musical.</li><li>✚ Con el pasar de los minutos, debemos detectar las zonas de energía acumulada y trabajar con mayor profundidad con el fin de contraer los músculos tensionados con una adecuada respiración profunda.</li><li>✚ Para finalizar, cuando se ha detectado las zonas de tensión, continuamos con la respiración en tres tiempos abriendo los ojos lentamente, teniendo contacto con la realidad.</li></ul>
<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Silla</li><li>✚ Parlante</li><li>✚ Música de relajación</li></ul> 
<b>TIEMPO</b>	De 20 a 30 minutos, en caso sea necesario más tiempo, es considerable.

## SESIÓN: 2

<b>TÍTULO</b>	“Pensamos diferente”
<b>OBJETIVO</b>	Reestructurar pensamientos y sentimientos que están generando emociones perturbadoras en el usuario para lograr establecer su estado emocional
<b>DESARROLLO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ En esta sesión es importante conocer el estado en el que se encuentra el usuario y si ha notado algún cambio con la sesión anterior.</li><li>✚ Luego le pedimos que nos comente acerca de la situación que hace que genere en ella/el triste, llanto o dolor, y hacer de conocimiento que toda información brindada es confidencial; nadie sabrá de los hechos.</li><li>✚ Después de haber narrado dicha situación tensional, estructuramos la situación actual, el pensamiento, la emoción y la conducta; para luego invertir y convertir la situación tensión en situaciones de aprendizaje con sentimientos positivos.</li><li>✚ Para finalizar, se le pide al usuario identificar cuáles son las situaciones que están generando emociones perturbadoras para trabajar con la mayor profundidad e ir convirtiéndolas en situaciones positivas.</li><li>✚ Por último, se le pide al usuario trabajar dichas actividades en casa en un cuaderno hasta la próxima sesión.</li></ul>
<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Papel bond</li><li>✚ Lápiz</li><li>✚ Borrador</li></ul> 
<b>TIEMPO</b>	Entre 20 a 30 minutos

### SESIÓN 3:

<b>TÍTULO</b>	“Identificamos nuestros problemas”
<b>OBJETIVO</b>	Identificar el problema que está generando sentimientos de tristeza y llanto, y también conocer en qué momento empezó los cambios que afectaban a su estado emocional.
<b>DESARROLLO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ En esta sesión ya se habrá generado mayor confianza entre el usuario y el terapeuta y a la vez haber identificado la problemática.</li><li>✚ A continuación damos inicio a la sesión, pidiendo al usuario realizar una línea de tiempo; dando la siguiente indicación: En una papel bond, realiza un línea horizontal y divídela en dos partes, luego se le pide que en la parte de en medio de la línea, identificar el problema actual, así mismo en la parte izquierda (lado A) de la hoja, identificar desde cuando se dio las situaciones que generaban perturbación en el/ella y como se fue dando, luego continuar en la parte derecha (lado B) identificando como se está dando actualmente su proceso.</li><li>✚ Una vez ya identificado desde cuando se generó la perturbación del estado emocional, y haber obtenido mayor información de sucesos positivos y negativos.</li><li>✚ Durante la elaboración de la línea de tiempo, se prosigue a realizar preguntas para lograr identificar esquemas mentales que alteran el comportamiento del usuario.</li><li>✚ Finalmente, se le pide identificar lo que ha sentido durante el proceso del lado A, con el proceso del lado B, facilitando aclarar sentimientos en su estado actual.</li></ul>
<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Papel bond</li><li>✚ Lápiz Borrador</li><li>✚ Regla (en caso sea necesario)</li></ul> 
<b>TIEMPO</b>	30 a 35 minutos.

## SESIÓN 4:

<b>TÍTULO</b>	“Nos reconocemos”
<b>OBJETIVO</b>	Reconocer e identificar las cualidades positivas que el usuario presenta diariamente para reestructurar los pensamientos negativos.
<b>DESARROLLO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Ya teniendo el panorama más claro, se dialoga con el usuario para saber cómo se ha estado sintiendo durante estos días y que cambios ha generado en el/ella.</li><li>✚ Se interactúa de manera sonriente y calmada para brindar mayor seguridad.</li><li>✚ Luego se le pide que me describa cuales son las cualidades positivas que considera que el/ella tiene.</li><li>✚ Una vez que manifiesta sus cualidades, se le pide que en un papel bond las describa.</li><li>✚ Luego de ellos, se analiza cada cualidad que describe identificando en las actividades que realiza a diario y que antes no las hacía y lo que está generando actitudes positivas en el/ella.</li></ul> <p>Finalmente, se le indica al usuario: Dicha actividad trabajada el día de hoy, realizar la actividad en casa en un cuaderno, donde se especifica las cualidades positivas que en el transcurso del día considera que tiene.</p>
<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Papel bond</li><li>✚ Lápiz</li><li>✚ Borrador</li><li>✚ Cuaderno</li></ul> 
<b>TIEMPO</b>	20 a 25 minutos.

## SESIÓN 5:

<b>TÍTULO</b>	“Pensamiento, emoción y conducta en sí mismo”
<b>OBJETIVO</b>	Reconocer e identificar pensamientos irracionales que el usuario presenta.
<b>DESARROLLO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Para dar inicio a la sesión, es importante brindar un saludo emotivo, a la vez se debe generar mayor conexión entre el terapeuta y el usuario.</li><li>✚ En esta sesión, haremos uso de la técnica ABC, donde debemos de tener en cuenta cualquier situación identificada; donde A es el pensamiento, B la emoción y C la conducta.</li><li>✚ Dicha técnica también permitirá identificar la triada cognitiva que consiste en la visión negativo de si mismo, de su entorno y sobre su futuro.</li><li>✚ Es importante plantear ejemplos de situaciones en donde en conjunto pueda identificar y reconocer la técnica ABC.</li><li>✚ Finalmente, esta técnica se podrá identificar el tipo de distorsiones cognitivas que presenta, como: interferencia arbitraria (sostener afirmaciones, siendo aun cuando hay evidencia contraria), maximización (maximizar errores que se comete), minimización (subestimación – valoración de la persona), abstracción selectiva (afirmar conclusiones que comprueben su inutilidad); todas ellas propias de la depresión.</li></ul> <p style="text-align: center;">A= pensamiento B= emoción C= conducta</p>
<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Papel bond</li><li>✚ Lapiceros</li></ul> 
<b>TIEMPO</b>	No requiere de tiempo especifico

<b>SESIÓN 6:</b>	
<b>TÍTULO</b>	“Nos valoramos”
<b>OBJETIVO</b>	Generar la reestructurar cognitiva, logrando que el usuario note la importancia de que sus estados generan el cambio en su estado de ánimo y que el usuario obtenga pensamientos flexibles.
<b>DESARROLLO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Continuamos con la sesión 6, en esta sesión, es de mucha importancia preguntarle al usuario como se ha estado sintiendo durante las sesiones anteriores, si hay alguna mejora que note, si sus pensamientos y emociones están generando acciones positivas en ella/el.</li> <li>✚ Damos inicio a la sesión, preguntándole al usuario lo siguiente: ¿Recuerdas como llegaste el primer día a terapia? Y luego pedirle que lo describa en un papel o en un papelote.</li> <li>✚ Una vez descrito lo indicado; se le pedirá que: en un papel en blanco, describa un listado de virtudes y defectos que considera que tiene, estos nos ayudarán a conocer más sus fortalezas y debilidades</li> <li>✚ Luego se debe elegir las palabras del listado que más considere dentro de sus virtudes y fortaleza, para pasar a definir las y poner rescatar las acciones positivas que tiene.</li> </ul>
<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Pizarra</li> <li>✚ Plumón</li> <li>✚ Borrador de pizarra</li> </ul> <div style="text-align: right;">  </div>
<b>TIEMPO</b>	25 a 30 minutos.

## SESIÓN 7:

<b>TÍTULO</b>	"Girando a 180°"
<b>OBJETIVO</b>	Identificar y corregir pensamientos negativos (reestructuración cognitiva).
<b>DESARROLLO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Teniendo en cuenta la sesión N° 5 en donde se pretende reducir y eliminar las perturbaciones negativas, aquí analizaremos la lista de acontecimientos y describirlos a manera de ejemplos, también se pueden incluir vivencias propias, que debe ser sustituida por situaciones racionales.</li><li>✚ A continuación, se da inicio a la explicación de la técnica ABCDE donde: A (acontecimiento activador), B (creencia irracional), C (consecuencia emocional o conductual), D (cuestionamiento de la creencia irracional), E (creencia racional alternativa), F (nueva consecuencia emocional o conductual).</li><li>✚ Aquí se reunirán en pequeños grupos, donde se le entregará al azar situaciones cotidianas donde se haga uso de la técnica. También es importante incluir la técnica de la auto descripción como: plantear frases direccionadas a como pensar, actuar y ejecutar ciertas actividades; es decir, esto ayudará a cómo afrontar problemas, esto debe ser utilizada con frecuencia, es decir, repetirlas para hacer utilizada en situaciones concretas y que se repitan a diario.</li><li>✚ Una vez que cada usuario haya logrado realizar la frase de auto descripción; se realizará un sorteo de todas las frases descrita, y una de ellas deberán utilizarla en el transcurso de la semana y la próxima sesión compartirán como fue su experiencia.</li><li>✚ Para finalizar, hacemos de conocimientos a los participantes, que la técnica de auto descripción es importante porque ayuda a reemplazar de un estilo inadecuado a un estilo adecuado.</li></ul>
<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Papel bond</li><li>✚ Lapicero</li></ul> 
<b>TIEMPO</b>	No hay tiempo definido.

## SESIÓN 8:

<b>TÍTULO</b>	“Girando a 360°”
<b>OBJETIVO</b>	Reforzar los pensamientos y emociones ya identificadas en la sesión anterior.
<b>DESARROLLO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Aquí se trabajará en grupo pequeños, como en la sesión anterior, iniciaremos diciendo: “Muy bien, espero todos aquí se encuentren muy bien, con una actitud muy diferente, una actitud que los llene de alegría y felicidad”.</li><li>✚ Damos inicio a la sesión: Es importante recordar que es lo que se trabajó en la sesión anterior y preguntar cómo se han sentido cada uno de ellos con la aplicación de la técnica de auto descripción; aquí reforzaremos lo realizado en la sesión 7.</li><li>✚ Se pide de voluntarios contar como ha sido su experiencia desde la sesión anterior hasta la actualidad, que pensamientos negativos han pasado en ellos y que acciones han tomado.</li><li>✚ Una vez que todos los usuarios han compartido su experiencia, se les pide que se reúnan de dos y se retroalimenten reforzando las cualidades positivas que cada uno tiene.</li></ul>
<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Sillas </li></ul>
<b>TIEMPO</b>	No hay tiempo definido

## SESIÓN 9:

<b>TÍTULO</b>	“Nos comunicamos mejor”
<b>OBJETIVO</b>	Entrenar al usuario en las habilidades sociales con el fin de una comunicación asertiva.
<b>DESARROLLO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Damos inicio a la sesión preguntando al usuario: ¿cómo te has sentido en estos días?, ¿sientes que estas mejorando en algo?</li><li>✚ El día de hoy hablaremos de la comunicación asertiva, ¿Saben que son las habilidades sociales?</li><li>✚ Se le pregunta al usuario si conoce o ha escuchado en que consiste las habilidades sociales.</li><li>✚ Luego se comienza a hablar y explicar a través de papelotes sobre las habilidades sociales: definición de las habilidades sociales, los tipos de comunicación y las formas de como comunicarse.</li><li>✚ Finalmente, se le pide al usuario que identifique con cuál de los tipos de comunicación se identifica que es tratado en la actualidad.</li></ul>
<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Papelógrafo</li><li>✚ Plumones</li></ul> 
<b>TIEMPO</b>	Entre 25 a 30 minutos.

**SESIÓN 10:**

<b>TÍTULO</b>	"Con una mejor visión"							
<b>OBJETIVO</b>	Identificar pensamientos, sentimientos negativos y permitir observarlo desde otra perspectiva.							
<b>DESARROLLO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Para realizar esta sesión, debemos de motivar a los usuarios a hacer uso de su imaginación.</li> <li>✚ Se debe explicar sobre la importancia de identificar los pensamientos negativos que apoderan de la mente de cada uno de ellos después una situación desagradable.</li> <li>✚ A continuación, brindarle como alternativa que existen otras posibilidades de ver la misma situación, pero de otra manera (más funcional), que ayudarán a su vez eliminar progresivamente su malestar.</li> <li>✚ También se debe explicar al usuario de la importancia de utilizar preguntas como: ¿Cómo la vería?, ¿Cuáles son las ventajas de verla desde esta nueva perspectiva?</li> <li>✚ Finalmente, trasladar las respuestas a un cuadro que se presenta a continuación:</li> </ul> <table border="1" data-bbox="403 1296 1445 1962" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td data-bbox="403 1296 762 1630" style="width: 33%; padding: 5px;"> <p><b>¿Cómo veo actualmente que está pasando (pensamientos y sentimientos negativos, etc.)</b></p> </td> <td data-bbox="762 1296 1098 1630" style="width: 33%; padding: 5px;"> <p><b>Como lo vería desde mi ventana.</b></p> </td> <td data-bbox="1098 1296 1445 1630" style="width: 33%; padding: 5px;"> <p><b>Ventajas de verlo desde mi ventana.</b></p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="403 1630 762 1962" style="padding: 5px;"> <p><b>Tras la situación que se ha asignado, responder los cuestionamientos entre todo el equipo de trabajo.</b></p> </td> <td data-bbox="762 1630 1098 1962" style="padding: 5px;"> <p>Debatirlo en todo el equipo de trabajo.</p> </td> <td data-bbox="1098 1630 1445 1962" style="padding: 5px;"> <p>Debatirlo entre todos los participantes.</p> </td> </tr> </table>		<p><b>¿Cómo veo actualmente que está pasando (pensamientos y sentimientos negativos, etc.)</b></p>	<p><b>Como lo vería desde mi ventana.</b></p>	<p><b>Ventajas de verlo desde mi ventana.</b></p>	<p><b>Tras la situación que se ha asignado, responder los cuestionamientos entre todo el equipo de trabajo.</b></p>	<p>Debatirlo en todo el equipo de trabajo.</p>	<p>Debatirlo entre todos los participantes.</p>
<p><b>¿Cómo veo actualmente que está pasando (pensamientos y sentimientos negativos, etc.)</b></p>	<p><b>Como lo vería desde mi ventana.</b></p>	<p><b>Ventajas de verlo desde mi ventana.</b></p>						
<p><b>Tras la situación que se ha asignado, responder los cuestionamientos entre todo el equipo de trabajo.</b></p>	<p>Debatirlo en todo el equipo de trabajo.</p>	<p>Debatirlo entre todos los participantes.</p>						

<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Lápiz</li><li>✚ Borrador</li><li>✚ Hacer entrega de una copia de formato a cada equipo para trabajar en base a un caso que se le otorgue.</li></ul> 
<b>TIEMPO</b>	30 a 35 minutos.

<b>SESIÓN 11:</b>	
<b>TÍTULO</b>	“Yo puedo”
<b>OBJETIVO</b>	Monitoreo para evaluar la funcionalidad de los usuarios posterior a las sesiones realizadas y de esta manera determinar si puede cuidar de si mismo en situaciones críticas o similares trabajadas durante las sesiones
<b>DESARROLLO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ En esta sesión, es necesario hacer uso del formulario de BATD, allí se encontrará una tabla dividida entre horario en cuestión a rutinas, descripciones acompañadas de una puntuación de disfrute e importancia, así como su estado de ánimo general durante el día (escala de 1 al 10).</li> <li>✚ Del mismo modo este formato evalúa además algunas áreas de vida, entre ellas: ámbito social, académico, recreación e intereses, espiritualidad, responsabilidades diarias, se omite algunas responsabilidades en caso no corresponda.</li> <li>✚ Por otro lado, permite una jerarquización de dificultad al momento de realizar alguna de las tareas en mención (donde 1 es menos difícil y 15 equivale a más difícil). Este indicador es fundamental para determinar qué tan preparado se encuentra el usuario para afrontar situaciones complejas.</li> </ul>
<b>MATERIALES</b>	✚ Hojas de trabajo para casa (Formato de BATD)
<b>TIEMPO</b>	No se especifica tiempo límite.

## SESIÓN 12:

### TÍTULO

“¡¡Yo sí puedo !!”

### OBJETIVO

Lograr crear conciencia al usuario que el también puede afrontar situaciones por más difíciles que sea, haciendo uso de sus recursos de afrontamiento

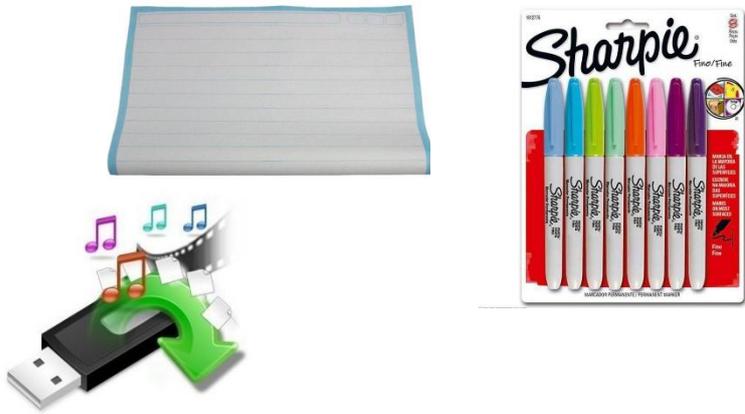
### DESARROLLO

- ✚ Identificar aquellas situaciones que se haya creído “no poder resolver”, aquí se hará uso de la técnica de lluvia de ideas.
- ✚ Imaginar a la vez, aquellas personas alrededor suyo que hayan pasado por situaciones similares o aún peores.
- ✚ Motivarlos haciéndoles saber que existen maneras de pensar más útiles y funcionales, para luego realizar la siguiente pregunta.
- ✚ ¿Qué puedo hacer para afrontar de la misma manera que lo hicieron los demás?, presentar lista de posibilidades.
- ✚ Para resolver el cuestionamiento, se hace uso de un recuadro que nos permitirá a ordenar de mayor a menor aquello que genere malestar o le aqueja.
- ✚ La elaboración del recuadro es importante realizarlo en equipo para poder aprender a identificar situaciones, también se le recomiendo practicar esta actividad en casa individualmente y compartirlo en la siguiente sesión para evaluar el nivel de dificultad.

Describa la situación actual, lo que lo aqueja o genera malestar	¿Qué otra persona ha experimentado algo como esto?	¿Cómo vio esta situación como la afrontó?	¿Qué aprendizaje obtuvo?

<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Hoja se formato</li><li>✚ Lápiz</li><li>✚ Borrador</li></ul> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"></div>
<b>TIEMPO</b>	Entre 30 a 35 minutos.

### SESIÓN 13:

<b>TÍTULO</b>	“Nuevas oportunidades”
<b>OBJETIVO</b>	Identificar que existen otras posibilidades de sentirse bien a pensar de las difíciles circunstancias que se le pueden presentar.
<b>DESARROLLO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Con música de fondo, damos inicio a la sesión preguntando: ¿Qué estamos aprendiendo y que nos hace sentir bien?, las respuestas las pueden dar de manera voluntaria</li><li>✚ A continuación, se le pide a cada uno de los usuarios pensar en la importancia de poder disfrutar de aquellos momentos donde disfruten de tiempo de bienestar (que se le asigna un tiempo determinador para poder pensar).</li><li>✚ Después del tiempo asignado, se divide en pequeños equipos para que puedan compartir sus experiencias.</li><li>✚ Luego, se les pide hacer uso de su creatividad, donde deben realizar el mapa de oportunidades y alternativas, donde se indicará aquellas situaciones que genere bienestar, también aquellos sueños que quedan por cumplir y finalmente cuales serían los pasos para poder cumplir los sueños o metas establecidas.</li><li>✚ Finalmente, se debe elegir a un representante para compartir la experiencia con los demás usuarios.</li></ul>
<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Papelógrafo</li><li>✚ Plumón</li><li>✚ USB- Música</li></ul> 
<b>TIEMPO</b>	No cuenta con tiempo límite.

## SESIÓN 14:

<b>TÍTULO</b>	“Empiezo a ser Yo”
<b>OBJETIVO</b>	Redescubrir en cada uno de los usuarios su esencia, tomando como en cuenta sus fortalezas y recursos personales.
<b>DESARROLLO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Se les pide a los usuarios, que en esta sesión es importante tener una fotografía que sea de su gusto, y también fotografías de su entorno que genere satisfacción (familiares, amigos, pareja, etc).</li><li>✚ Luego se les pide a los usuarios que en cada fotografía ejemplifiquen algunos mensajes.</li><li>✚ A continuación, con los mensajes y las fotografía, se plasme todo lo aprendido en sesiones anteriores y además como lo aprendido durante las sesiones les será útil en el transcurso de su vida diaria y de las personas que las rodea.</li><li>✚ Siguiendo con la sesión, se les facilitará unas tarjetas de colores las cuales tendrán palabras claves (pautas y/o recomendaciones) para que así mismo puedan plasmarlo en un álbum y de esta manera puedan utilizarlo solo en momentos que sea necesario para el/ella.</li><li>✚ Finalmente, se les pide que de manera voluntaria compartir sus experiencias y de esta manera aprender a dar darse cuenta de los cambios y logros que se han cumplido.</li></ul>
<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Fotografía</li><li>✚ Tarjetas de colores</li><li>✚ Lapicero</li></ul>   
<b>TIEMPO</b>	No tiene tiempo limite

## SESIÓN 15:

<b>TÍTULO</b>	“Solucionamos nuestros problemas”															
<b>OBJETIVO</b>	Entrenar al usuario en Solución de Problemas como estrategia para afrontar dificultades que se presente en su entorno.															
<b>DESARROLLO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Hacemos de conocimiento a los usuarios que ya estamos por culminar con las sesiones, donde aquí aprenderemos a solucionar los problemas que a futuros se pueden presentar.</li><li>✚ Se dará inicio con la sesión a través de 5 pasos: paso 1: Se define que es un problema, paso 2: Buscar alternativas de solución, paso 3: Evaluar las alternativas de solución, paso 4: Elegir situaciones más adecuadas y llevarla a cabo y paso 5: Evaluamos los resultados.</li><li>✚ Luego, se le pide al usuario realizar alguna situación que considere que es un problema para el/ella.</li><li>✚ Finalmente, se les pregunta que tan factibles les ha parecido esta actividad y pedirles que lo pongan en práctica cuando consideren que tienen un problema.</li></ul> <table border="1"><thead><tr><th>Problema</th><th>Alternativas</th><th>Ventajas</th><th>Desventajas</th><th>Solución</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Problema	Alternativas	Ventajas	Desventajas	Solución										
Problema	Alternativas	Ventajas	Desventajas	Solución												
<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Papel bond</li><li>✚ Lapicero</li></ul> 															
<b>TIEMPO</b>	25 a 30 minutos.															