



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

### **INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN UNA ADOLESCENTE**

**Línea de investigación:  
Salud mental**

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad  
Profesional en Terapia Cognitivo Conductual

#### **Autora**

Jara Asca, Carmen Milagros

#### **Asesor**

Campana Cruzado, Frey Antonio

ORCID: 0000-0003-2828-4554

#### **Jurado**

Salcedo Angulo, Elena

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Del Rosario Pacherras, Orlando

**Lima - Perú**

**2025**



# INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN UNA ADOLESCENTE

## INFORME DE ORIGINALIDAD

28%

INDICE DE SIMILITUD

28%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://repositorio.unfv.edu.pe">repositorio.unfv.edu.pe</a> Fuente de Internet	19%
2	<a href="https://repositorio.usil.edu.pe">repositorio.usil.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
3	<a href="https://doku.pub">doku.pub</a> Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
5	<a href="https://repositorio.udh.edu.pe">repositorio.udh.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
6	<a href="https://docplayer.es">docplayer.es</a> Fuente de Internet	<1%
7	<a href="https://repositorio.usmp.edu.pe">repositorio.usmp.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Universidad TecMilenio Trabajo del estudiante	<1%
9	<a href="https://vsip.info">vsip.info</a> Fuente de Internet	



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN UNA**  
**ADOLESCENTE**

**Línea de Investigación:**

Salud mental

Trabajo Académico para Optar el Título de Segunda Especialidad en Terapia Cognitivo  
Conductual

**Autora:**

Jara Asca, Carmen Milagros

**Asesor:**

Campana Cruzado, Frey Antonio  
ORCID: 0000-0003-2828-4554

**Jurado:**

Salcedo Angulo, Elena  
Mendoza Huamán, Vicente Eugenio  
Del Rosario Pacherres, Orlando

**Lima – Perú**

**2025**

### **Pensamiento**

“La clave para cambiar cómo se siente la gente  
es ayudarles a cambiar la forma en que piensan.”

Aaron T. Aaron T. Beck

## **Agradecimientos**

A Dios, a mi padre que desde el cielo siempre me ilumino, y mi madre que en vida me brindó toda la fuerza y ejemplo para continuar esforzándome y superándome cada día, y hoy desde el cielo me acompaña en cada paso que doy. A mis pacientes que han sido fuente de inspiración y motivación durante este camino. Siempre estaré agradecida por cada experiencia que decidieron compartir conmigo.

## Índice

Resumen	09
Abstrac	10
I. INTRODUCCIÓN.....	11
1.1 Descripción del problema.....	11
1.2 Antecedentes.....	12
1.2.1 Antecedentes Nacionales.....	12
1.2.2 Antecedentes internacionales.....	15
1.2.3 Fundamentación Teórica.....	17
1.3 Objetivos.....	24
1.4 Justificación.....	24
1.5 Impactos esperados del trabajo académico.....	25
II. METODOLOGÍA.....	26
2.1 Tipo y diseño de investigación.....	26
2.2 Variables de investigación y variable de control .....	26
2.3 Participante.....	27
2.4 Evaluación Psicológica.....	27
2.4.1 Observación .....	27
2.4.2 Entrevista.....	28
2.4.3 Test o pruebas aplicadas.....	33
2.4.4 Análisis e interpretación de los resultados de la evaluación psicológica, conclusión diagnóstica, y recomendaciones.....	39
2.5 Intervención.....	43
2.5.1 Objetivos.....	43
2.5.2 Plan de intervención.....	43

2.5.3	Programa de intervención.....	47
III.	RESULTADOS.....	68
3.1	Análisis de los resultados.....	68
3.2	Discusión de resultados.....	74
3.3	Seguimiento.....	75
IV.	CONCLUSIONES.....	77
V.	RECOMENDACIONES.....	78
VI.	REFERENCIAS .....	79
VII.	ANEXOS.....	88

## Índice de tablas

Tabla 1	Análisis funcional conductual.....	39
Tabla 2	Análisis funcional de la conducta depresiva del paciente .....	45
Tabla 3	Análisis funcional cognitivo .....	46
Tabla 4	Criterios según el CIE-10 para Episodio Depresivo Moderado.....	47
Tabla 5	Plan de intervención y calendarización.....	49
Tabla 6	Primera sesión – Entrevista Psicológica, motivo de consulta y problemática....	50
Tabla 7	Segunda sesión – Evaluación psicológica y aplicación pruebas psicométricas...51	
Tabla 8	Tercera sesión – Evaluación psicológica y aplicación de pruebas psicométricas..52	
Tabla 9	Cuarta sesión – Entrega de informe, contrato conductual y psi coeducación.....53	
Tabla 10	Primera sesión – Técnica de respiración diafragmática y objetivos de terapia...54	
Tabla 11	Segunda sesión – Psicoeducación de la depresión y actividades de agrado.....55	
Tabla 12	Tercera sesión – Psicoeducación de emociones y activación conductual.....56	
Tabla 13	Cuarta sesión – Psicoeducación de eventos activadores y pensamientos negativos.....	57
Tabla 14	Quinta sesión – Reestructuración cognitiva y técnica detención de pensamiento.....	58
Tabla 15	Sexta sesión – Reestructuración cognitiva y entrenamiento en auto instrucciones.....	59
Tabla 16	Séptima sesión – Reestructuración cognitiva y pensamientos alternativos.....60	
Tabla 17	Octava sesión – reestructuración cognitiva y encontrar pensamientos alternativos.....	61
Tabla 18	Novena sesión – Reestructuración cognitiva y uso de fichas de auto registro...62	
Tabla 19	Decima sesión – Reestructuración cognitiva y fichas de auto registro.....63	
Tabla 20	Decima primera sesión – Técnica de Ensayo conductual.....	64

Tabla 21 Decima segunda sesión – Técnica de Actividades de Dominio.....	65
Tabla 22 Décima tercera sesión – Técnica en Solución de Problemas.....	66
Tabla 23 Decima cuarta sesión – Técnica en Solución de problemas.....	67
Tabla 24 Decima quinta sesión – Técnicas de afrontamiento.....	68
Tabla 25 Decima sexta sesión – Seguimiento.....	69
Tabla 26 Decima séptima sesión – Seguimiento.....	70
Tabla 27 Registro de frecuencia de pensamientos del paciente pre y post test.....	72
Tabla 28 Registro de frecuencia e intensidad de emociones pre y post test.....	74
Tabla 29 Registro de aplicación del cuestionario de depresión infantil pre y post test.....	76

## **Índice de Figuras**

Figura 1 Registro de frecuencia de pensamiento del paciente pre y post test.....	73
Figura 2 Registro de frecuencia de emociones negativas pre y post test.....	75
Figura 3 Registro de intensidad de emociones negativas pre y post test.....	75
Figura 4 Puntaje del Cuestionario de Depresión infantil pre y post test.....	76

## **Resumen**

Se presenta un estudio de caso psicológico en una pre adolescente mujer de 11 años, la cual viene presentando sintomatología depresiva moderada. El objetivo es analizar los síntomas depresivos mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual que permita disminuir los síntomas depresivos, permitiendo el desarrollo de nuevos pensamientos, emociones y conductas más saludables para la menor. La evaluación se realizó con ayuda de diferentes instrumentos, entre ellos el Cuestionario de depresión infantil (CDI), el Inventario Clínico para adolescentes MILLON (MACI) y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). En la intervención se utilizaron diferentes técnicas cognitivas conductuales, iniciando por la psicoeducación a lo largo de la intervención, activación conductual, respiración diafragmática, auto instrucciones, detención del pensamiento, actividades de dominio o agrado, y reestructuración cognitiva. La intervención demostró una reducción significativa en los síntomas depresivos, tal como se evidencia al comparar los resultados obtenidos en el pre-test y el post-test, cumpliendo así con el objetivo principal del estudio. Por último, se analizaron los resultados de la intervención, los cuales respaldan la efectividad de la terapia cognitivo-conductual como un enfoque adecuado para el tratamiento.

*Palabras clave:* salud mental, depresión, terapia cognitivo conductual

## **Abstract**

A psychological case study is presented in a 14-year-old male adolescent with depressive symptoms, through the intervention of cognitive behavioral therapy. The general objective is to reduce depressive symptoms through the application of a cognitive behavioral intervention program that facilitates the acquisition of thoughts, emotions and behaviors that are functional in order to be able to integrate and develop in all spheres in a healthy way; for this purpose, a single case experimental design was carried out. A cognitive-behavioral clinical history was taken and different instruments were applied, including the Beck Depression Inventory BDI Y (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock and Erbaugh, 1961), the MILLON Clinical Inventory for Adolescents (Pearson) and the State-Trait Anxiety Questionnaire (STAI). In addition, a psychological evaluation was carried out taking into account the ICD10 diagnostic criteria for depression. A treatment program of 3 evaluation sessions, 15 treatment sessions and 2 follow-up sessions, each lasting 60 minutes, was designed. Cognitive and behavioral techniques were included in each session, including programming of pleasant activities, mastery activities, diaphragmatic breathing technique, Jacobson's muscle relaxation technique, among others. The results obtained in the post-test evaluation show a lower depressive symptomatology, which would confirm the effectiveness of the therapy.

*Keywords:* mental health, depression, cognitive behavioral therapy

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Descripción del problema

En los últimos años se ha podido apreciar en diferentes espacios la creciente cantidad de niños y adolescentes diagnosticados con depresión, siendo este uno de los trastornos que ha ido en aumento dentro de este grupo etario, así como la edad en la que inicia según (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

Según la O.M.S. (2013), la depresión es un trastorno que se caracteriza por la tristeza, alteración del sueño y del apetito, sensación de cansancio, dificultad en la concentración, afectando el área social, académica o laboral, y la capacidad para afrontar situaciones diarias. Según el Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF, 2021), es en América Latina donde existe mayor índice de este trastorno, alcanzando casi 16 millones de adolescentes entre los 10 y 19 años, equivalente a un 15% del total de la población a nivel mundial.

El Ministerio de Salud (MINSA, 2023) identificó 280 917 casos atendidos por depresión en el 2023. Del total de atenciones, el 75.5% corresponden a mujeres y el 16.5% a menores de edad.

Orihuela también señaló que los signos y síntomas que se manifiestan varían según las características y la edad del niño. En este sentido, el niño puede mostrar un estado de ánimo más irritable o triste, junto con anhedonia, baja motivación para realizar actividades que antes disfrutaba y tendencia al aislamiento. Además, puede experimentar sentimientos de culpa, inutilidad, disminución de energía, dificultades en sus actividades diarias, bajo rendimiento escolar, posible inicio en el consumo de sustancias psicoactivas, pensamientos negativos e incluso ideación suicida.

El presente estudio de caso clínico hace referencia a una adolescente de 12 años que reside en la ciudad de Lima, ubicado en el distrito de Ancón y, asiste al internado de nombre; “Colonia de Niños de Ancón N°2 – Niñas”. La adolescente recientemente ha sido diagnosticada

por el psiquiatra de la institución con depresión, y la elección de este diagnóstico es por la alta incidencia que ha tenido en el último año, al menos 5 casos en cada grado.

La terapia cognitivo-conductual resalta su importancia y uso como un enfoque terapéutico respaldado para el tratamiento de la depresión demostrando su eficacia en la remisión de la depresión y en la prevención de recaídas en adolescentes (Rodríguez de Cossío y Granada Jiménez, 2007). Este caso clínico busca explorar la aplicación de técnicas y estrategias de la terapia cognitivo conductual con el objetivo de mejorar el bienestar emocional y la calidad de vida de la paciente.

A través del análisis de este caso clínico, se espera contribuir al conocimiento y la comprensión de los factores de riesgo y los mecanismos subyacentes implicados en la depresión infantil, así como a la eficacia de la terapia cognitivo-conductual como intervención terapéutica.

## **1.2 Antecedentes**

### ***1.2.1 Antecedentes Nacionales***

Llamo (2022) llevó a cabo una investigación en el Callao con el objetivo de reducir los síntomas depresivos en una joven adulta mediante la terapia cognitivo-conductual. El estudio se desarrolló utilizando un diseño experimental de caso único. El proceso comenzó con una evaluación basada en entrevistas, observación y el uso de instrumentos psicométricos, como el Inventario de Depresión de Beck (BID-II), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y el Inventario Multiaxial de Millon II (Millon II). Posteriormente, se desarrolló una línea base mediante entrevistas conductuales, autorregistros y análisis funcional, lo que permitió definir los objetivos específicos de la intervención. Se emplearon técnicas como psicoeducación, asignación de tareas, actividades de dominio y agrado, relajación progresiva, respiración diafragmática, ensayo conductual, imaginación racional emotiva y entrenamiento en

habilidades sociales. Después de 13 sesiones, los resultados mostraron una reducción significativa de los síntomas depresivos, reflejada en la disminución de los puntajes de los instrumentos utilizados. Además, hubo una mejora notable en las áreas emocional, conductual y cognitiva, lo que favoreció la adaptación de la participante en los ámbitos.

García. (2021) llevó a cabo un estudio en Lima con el objetivo principal de reducir los niveles de depresión en una mujer joven, utilizando la terapia cognitivo-conductual. Para ello, empleó un diseño experimental de caso único, dado que la participante presentaba dificultades emocionales relacionadas con conflictos en su relación de pareja y con sus hijos. Durante el estudio, se aplicaron diversas pruebas psicológicas, como el Cuestionario sobre la Historia de Vida de A. Lazarus, el Inventario de Depresión de Beck II (IDB-II), el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II). Posteriormente, se implementó un programa de intervención cognitivo-conductual que incluyó técnicas como psicoeducación, activación conductual, entrenamiento en relajación, autoinstrucción para afrontamiento, asertividad, resolución de problemas y reestructuración cognitiva. Los resultados mostraron una reducción de los síntomas depresivos: en la evaluación inicial (línea base), la participante presentaba una depresión moderada, pero al final del tratamiento se observó la desaparición de los síntomas depresivos, junto con una disminución de ideas irracionales y de los niveles de ansiedad, lo que evidenció la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual.

Asimismo, Rojas (2020) realizó un estudio de la ciudad de Lima a un joven, quien acudió a consulta porque tenía ideas de suicidio, debido a que su ex pareja lo maltrato física y verbalmente después de quedar embarazada y esta se fue del hogar, a raíz de estos acontecimientos, el evaluado empezó a presentar las siguientes sintomatologías: tristeza profunda, melancolía, disminución del placer, pérdida de peso sin realizar una dieta, problemas de concentración, por ende se realizaron las siguientes pruebas psicológicas: Inventario de

Depresión de Beck, Escala de Ideación Suicida de Beck, Escala de Observación Reforzamiento Ambiental (EROS), Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADSD), por tal motivo, el autor diagnóstico al hombre con Depresión Mayor moderada, de episodio único. Los resultados obtenidos, luego de 18 sesiones, muestra una disminución en la sintomatología depresiva post tratamiento, reflejándose en la disminución de los puntajes en el post-test, así mismo, se presentó una mejoría significativa en el área afectiva, conductual y cognitiva mejorando su adaptación en el área personal y familiar del consultante. (p.53).

Flores (2019) realizó un proyecto de investigación titulado: Estudio De Caso Clínico: Programa De Intervención Cognitivo - Conductual En Un Caso De Depresión En La Adolescencia Temprana, es un estudio de caso único con un programa de intervención de 14 sesiones, realizando una evaluación pre y post para medir la eficacia mediante el cuestionario de depresión infantil, lista de chequeo de ansiedad en niños, el inventario clínico multiaxial para adolescentes (MACI), y la escala de inteligencia de Weschler para niños – revisada (WISC-R). Se planteó como objetivo principal: mejorar el estado emocional y afectivo de la paciente mediante la reestructuración de sus pensamientos, generando una mejor interacción social, y personal, sus objetivos específicos fueron: dar a conocer su problemática a la paciente desde la TCC para un mejor entendimiento, establecer la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta para reestructurar sus creencias, promover valoraciones positivas de sí misma, toma de conciencia de la relación de sus actividades y su estado de ánimo, entrenar a la paciente en habilidades sociales, identificar los estados de tensión y ansiedad para lograr disminuirlos, y prevenir recaídas con solución de problemas y realizar un seguimiento. Los resultados señalan que: se logró una disminución significativa de la sintomatología depresiva, no se evidencian manifestaciones de ansiedad asociadas a la depresión, mejoró sus habilidades sociales generando calidad en sus relaciones familiares, personales y sociales.

Sánchez (2019) llevó a cabo un proyecto de investigación titulado "Intervención

Cognitivo-Conductual Aplicada a un Caso de Depresión en una Adolescente con Rasgos de Personalidad Esquizoide". El estudio consistió en un caso único con un programa de intervención de 15 sesiones, en el que se realizaron evaluaciones antes y después del tratamiento mediante el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), la Lista de Chequeo de Ansiedad en Niños y el Inventario Clínico Multiaxial para Adolescentes (MACI). El objetivo principal fue mejorar el estado afectivo del paciente promoviendo pensamientos más adaptativos y desarrollando habilidades sociales para facilitar su adaptación al entorno. Se emplearon técnicas como la programación de actividades, la técnica de dominio y agrado, la asignación de tareas graduales, el entrenamiento en asertividad, el role playing, la práctica cognitiva, la reestructuración cognitiva y la retribución cognitiva. Los resultados mostraron una disminución de los síntomas depresivos según las mediciones psicométricas. Además, la psicoeducación favoreció una mayor adherencia al tratamiento, la reestructuración cognitiva resultó clave para modificar la interpretación de las experiencias, la programación de actividades ayudó a retomar actividades placenteras, la técnica de retribución permitió asumir la responsabilidad de manera realista, y el entrenamiento en habilidades sociales facilitaron la resolución de conflictos diarios.

### ***1.2.2 Antecedentes Internacionales***

Rodríguez y Gonzales (2020) llevaron a cabo un trabajo que integró la terapia cognitivo-conductual y la terapia centrada en soluciones en un caso de depresión mayor en México. El objetivo fue comparar la efectividad de una intervención basada en ambas terapias en un paciente de 23 años diagnosticado con depresión mayor, a lo largo de 16 sesiones. Al finalizar la intervención, se obtendrá una mejora significativa en la modificación de pensamientos relacionados con el trastorno, así como un aumento en la asertividad y autoestima del paciente. Se concluyó que la combinación de la terapia cognitivo-conductual y la terapia centrada en soluciones es eficaz en el tratamiento de la depresión, incluso sin el uso de

fármacos.

Gonzales (2020) realizó un estudio titulado "Intervención Cognitivo-Conductual en Mujeres Víctimas de Violencia Psicológica con Depresión en Panamá", cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de un programa basado en el modelo cognitivo-conductual en tres mujeres víctimas de violencia. Se utilizaron diversos instrumentos de evaluación, aplicados tanto antes como después de las 12 sesiones de intervención. Los resultados mostraron que las sesiones fueron efectivas para un manejo adecuado de la depresión; Sin embargo, se resalta la importancia de complementar este enfoque con el modelo humanista para aumentar su efectividad.

Cruz (2019) llevó a cabo un estudio en Bolivia sobre un joven de 17 años con diagnóstico de depresión recurrente y un episodio depresivo grave sin signos psicóticos. Se diseñó un proceso de intervención cognitivo-conductual de 10 sesiones, empleando técnicas como la reestructuración cognitiva, la detención y control de pensamientos automáticos, la psicoeducación y la resolución de problemas. Para la evaluación del caso, se utilizaron la entrevista clínica, la observación conductual, la Escala de Riesgo Suicida y el Inventario de Depresión de Beck. Los objetivos del tratamiento se cumplieron en su totalidad, y se realizó un seguimiento a los quince días y dos meses después de la intervención, evidenciándose una disminución de los síntomas depresivos. Los resultados reafirman la efectividad.

Ballesteros (2018) llevó a cabo un proyecto de investigación titulado "Intervención Psicológica desde el Modelo Cognitivo-Conductual en un Caso de Trastorno Depresivo Mayor". Este estudio de caso único se realizó en Colombia y consistió en un programa de intervención de 14 sesiones, que incluyó evaluaciones pre y post tratamiento a través del Inventario de Depresión de Beck II, el Inventario Multiaxial de Millon II, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala de Estrategias de Afrontamiento. El objetivo principal fue describir el proceso de análisis e intervención de un trastorno depresivo mayor desde la

perspectiva del modelo cognitivo-conductual. Durante la fase de tratamiento, se utilizaron diversas técnicas, tales como psicoeducación, detección y control de pensamientos automáticos, control de la respiración, resolución de problemas, biblioterapia, reestructuración cognitiva y tareas para realizar en casa. Los resultados indicaron una reducción en los síntomas del estado de ánimo a través de la terapia cognitivo-conductual, un aumento en la autonomía del paciente y un regreso a sus actividades habituales. Además, se logró una buena adherencia al tratamiento, lo que permitió continuar con la implementación de las estrategias tras la finalización del mismo, y la creación de redes de apoyo contribuyó a un mayor progreso.

Acevedo y Gélves (2018) presentó un caso en Bolivia sobre una mujer de 35 años con un trastorno de depresión persistente, quien había experimentado diversos eventos traumáticos tanto con personas cercanas como consigo misma, lo que la llevó a sentimientos de tristeza, minusvalía y desesperanza. . Se implementó un programa de intervención basado en la terapia cognitivo-conductual, que consistió en 14 sesiones y se desarrolló en cuatro fases: evaluación, intervención, cierre y seguimiento. Los resultados fueron favorables, ya que se logró identificar y modificar los pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales, disminuir el diálogo negativo y auto culpabilizador, así también, la formación de nuevos esquemas como prevención de recaída.

### ***1.2.3 Fundamentación teórica***

A. **Conceptos de depresión.** Según Beck (citado en Hernández, 2010, p.35) la depresión se describe como un trastorno del estado de ánimo que se origina a partir de distorsiones cognitivas, es decir, la presencia de pensamientos incorrectos y angustiantes sobre uno mismo, y además creer que son ciertos.

Llacta y Jonis (2013) señalan que la depresión es una enfermedad que impacta los aspectos físicos, psicológicos y sociales de una persona si no se trata a tiempo. Sin embargo, con una intervención temprana y adecuada, es posible revertir los efectos negativos que esta

condición puede generar.

Coryell (2020) señala que la depresión es un trastorno caracterizado por la presencia de tristeza, falta de interés en actividades, cambios en el sueño, dificultades para concentración, disminución del apetito, reducción del deseo sexual y fatiga, lo que afecta diversas áreas de la vida personal. Su tratamiento incluye psicoterapia y medidas generales, aunque en casos de depresión moderada o grave es necesario combinar la psicoterapia.

**B. La Adolescencia.** Definir los límites temporales de la adolescencia puede ser complicado, pero la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021b) propone definiciones convencionales, señalando que esta etapa abarca desde los diez hasta los diecinueve años. Esta fase se divide en dos periodos: el primero va de los diez a los catorce años y el segundo abarca desde los quince hasta los diecinueve años.

No obstante, hay autores como Ben y Zur (2015) que clasifican la adolescencia en tres etapas: la adolescencia temprana, que abarca de los 11 a los 14 años; la adolescencia intermedia, que corresponde a la franja de 15 a 18 años; y la adolescencia tardía, que va de los 19 a los 21 años (citados en Casas y Gonzáles, 2018.p.45)

Entre los diversos factores que afectan a los jóvenes, destaca la alta prevalencia de depresión en las mujeres, especialmente durante la adolescencia. En este período, los adolescentes tienden a preocuparse excesivamente por mantener una buena apariencia y, al mismo tiempo, por lograr un buen desempeño en sus actividades. (Feldman, 2007).

En nuestro país, el Ministerio de Salud (MINSA, 2009) emitió la Resolución Ministerial N.º 538-2009/MINSA, en la cual se establece que el periodo de adolescencia abarca a los jóvenes de doce (12) a diecisiete (17) años, once (11) meses y veintinueve (29) días, para que estén en concordancia con las normas establecidas (Código de NNA).

De igual manera, Méndez (2013) sostiene que la adolescencia es un proceso en el cual el joven deja atrás la imagen infantil que tenía de sí mismo y comienza a desarrollar nuevos

conceptos sobre su identidad, proyectando su futuro como adulto. Para este autor, la identidad adulta se fundamenta en cuatro pilares esenciales: el cuerpo biológico, que determina sus necesidades; la búsqueda de lo que puede satisfacer esas demandas; las estrategias de cambio; y la forma en que debe abordar su yo para alcanzar la satisfacción. Una vez que se produce el encuentro con el objeto deseado, el individuo puede evaluar si se siente satisfecho con él, disfrutando de la experiencia y desarrollando la capacidad de descubrir nuevas cosas.

C. **Depresión en los adolescentes.** El trastorno depresivo está caracterizado por la presencia de diferentes síntomas que tienen que ver con la tristeza, alteraciones cognitivas y síntomas somáticos. Los adolescentes que presentan depresión experimentan una disminución del ánimo, que a diferencia de los adultos se manifiesta principalmente por irritabilidad, incapacidad para disfrutar las actividades que les gustan, dificultad para estar concentrados en comparación con el funcionamiento previo, fallas de atención, ideas de ser menos valioso que otros, aislamiento, disminución del rendimiento escolar, pérdida o aumento notable del apetito, labilidad emocional, llanto frecuente, alteraciones del sueño y la energía, dificultad para pensar en el futuro y cuando es grave puede a ver intentos suicidas o síntomas de psicosis, consistentes en alucinaciones o delirios. La duración de los síntomas es de al menos dos semanas y presentar un malestar importante para el adolescente con un deterioro en varias de las áreas de la vida (Cárdenas et. al., 2018, p.11).

Según el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (2021b), los niños mayores y los adolescentes que padecen depresión pueden enfrentar dificultades en el ámbito escolar, tener baja autoestima, o mostrarse callados, frustrarse con facilidad o sentirse inquietos. Además, pueden presentar síntomas de otros trastornos, como ansiedad, trastornos alimentarios, o déficit de atención con hiperactividad, así como problemas de consumo de drogas. Estos niños y adolescentes también tienen una mayor probabilidad de experimentar

somnolencia excesiva (denominada hipersomnias) y un aumento del apetito (conocido como hiperfagia). Durante la adolescencia, las niñas tienden a desarrollar depresión con mayor frecuencia que los niños, lo cual puede atribuirse a factores biológicos, hormonales y de ciclo vital que son específicos.

**D. Consecuencias de la depresión.** Los síntomas mentales de la depresión son alteraciones en la vida psíquica normal que se manifiestan en la frecuencia e intensidad de ciertas emociones, pensamientos y comportamientos. A pesar de las promesas de cambio, todavía estamos en la era del DSM-V, donde la única forma de diagnóstico sigue siendo la observación y escucha de lo que el paciente expresa y cómo se comporta, para determinar si sufre de depresión y evaluar si padece o no depresión, y cuál es su gravedad (García, 2018)

Por otro lado, la OMS (2021c) informa que a nivel mundial se estima que entre el 10% y el 20% de los adolescentes presentan deficiencias en lo que respecta a su salud mental y que la mitad de los trastornos que afectan la salud mental de las personas se dan al inicio de los 14 años, no siendo identificados oportunamente ni tratados con el sentido de urgencia que ameritan, quedando expuestos al desarrollo de patologías como la ansiedad, excesiva irritabilidad, conductas de frustración y enojo que pueden desencadenar en conductas violentas que le impidan relacionarse de una manera sana; además están los trastornos alimenticios, adicciones, psicosis, el suicidio y las autolesiones, siendo mundialmente los trastornos depresivos la causa principal de enfermedades mentales y discapacidad en la etapa de la adolescencia, con un alto índice de comorbilidad con otros trastornos mentales; así como comportamientos de riesgo que hagan peligrar el sano desarrollo integral del adolescente.

**E. El modelo cognitivo de la depresión.** Para realizar la disminución de la sintomatología depresiva se llevarán a cabo distintas estrategias derivadas de la TCC. Según Beck et al. (2010b): Para modificar las ideas inadecuadas o distorsionadas asociadas con las

áreas problemáticas, el terapeuta expone brevemente el modelo cognitivo de la depresión. Entre los puntos más importantes a exponer se encuentra el de la íntima relación entre los pensamientos de una persona acerca de sí misma, de su entorno y de su futuro (la tríada cognitiva) y sus sentimientos, motivaciones y conductas. El terapeuta subraya el efecto negativo que ejercen los pensamientos inadecuados o distorsionados sobre los sentimientos y la conducta del paciente. Sin embargo, decirle al paciente que “piensa de una manera irracional” puede ser contraproducente. Los pacientes depresivos están profundamente convencidos de que ven las cosas “tal como son en realidad”. Así pues, el terapeuta debe proporcionar al paciente evidencia de que su modo de pensar o de ver las cosas contribuye a mantener la depresión y que sus observaciones y conclusiones pueden ser “incorrectas” (no “irracionales”). El terapeuta puede hacer notar, por ejemplo, que, cuando son posibles varias interpretaciones de un mismo fenómeno, el paciente selecciona sistemáticamente la más negativa (pp.138-139)

F. **Tratamiento cognitivo conductual.** Según Leahy (2018a) el abordaje cognitivo conductual está orientado a la conducta, se enfoca en los problemas presentes, e implica autoayuda y el compromiso del paciente de mantener una relación de cooperación con el terapeuta. Por lo tanto, la TCC está interesado en lo que quiere cambiar. Su pensamiento, su conducta, su forma de relacionarte con los demás, su tendencia a rumiar, su desesperanza, estos son aspectos que se intentan cambiar. El énfasis con que se busca identificar los pensamientos problemáticos y cómo afrontarlos, sugiriendo luego que existe otra alternativa, constituye el principio fundamental de cualquier abordaje mediante TCC.

Beck et al. (2010c) menciona que las técnicas conductuales son un conjunto de herramientas que tienen como fin comprobar las hipótesis formuladas por los pacientes, mediante la realización de ciertas conductas, además menciona que dichas técnicas son un medio para lograr el objetivo terapéutico.

Así mismo, Leahy (2018b) afirma que las técnicas de la TCC sirven para comprobar los pensamientos negativos. Por ejemplo, la planificación de actividades y la asignación de tareas graduadas entre muchas otras constituyen intervenciones de carácter conductual que le permiten al paciente probar sus creencias negativas, tales como “No disfruto nada” o “Estoy siempre deprimido”. En cierto modo, si escuchamos y aprendemos de aquellos a quienes ayudamos, podremos elaborar una terapia más apropiada para otros pacientes. La terapia no es una tarea abstracta y teórica. Se experimenta en tiempo real, con gente real, que enfrenta dificultades reales.

#### **G. Técnicas cognitivas conductuales aplicadas en la depresión.**

***Psicoeducación.*** La psicoeducación consiste en una explicación concisa del modelo teórico a utilizar, brindando al paciente información sobre su diagnóstico, dificultades y opciones de tratamiento. Esto suele ser muy útil, ya que busca mejorar la adherencia al tratamiento, lo cual es esencial para el éxito terapéutico. (Camacho, 2003).

***La Respiración Diafragmática.*** La respiración diafragmática es un tipo de respiración relajante que usa el diafragma el cual se sitúa debajo de las costillas y arriba del estómago. Se debe colocar una mano sobre el vientre y otra sobre el pecho para observar cuál es la mano que se levanta al realizar la respiración. Si la mano situada en el pecho es la que se levanta, sabrás que tu respiración habitual está siendo incompleta y que ello puede potenciar la aparición de episodios de ansiedad. Al inspirar el aire debe llegar hasta la base de los pulmones inflando la barriga y al espirar, la barriga se mete y se desinfla. (López, 2017)

***Reestructuración Cognitiva.*** Es una técnica utilizada en la terapia cognitiva que se enfoca en cambiar los esquemas de pensamiento. Primero, se trata de comprender qué son las

distorsiones cognitivas, es decir, aquellos pensamientos negativos e irracionales que influyen en el estado de ánimo y el comportamiento. Luego, implica tomar conciencia de esos pensamientos, aprendiendo a reconocer las distorsiones propias. A continuación, se registran los pensamientos: se anota la situación, el pensamiento que surge, la emoción asociada y la conducta resultante. Finalmente, se busca un pensamiento alternativo que sea más funcional y saludable que el distorsionado. (Badia, 2022).

***Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales.*** Se enfoca en desarrollar la capacidad de expresar y comunicar emociones positivas, lo que se conoce como asertividad positivo, así como en defender los propios derechos e intereses, lo que se denomina asertividad negativo. Además, incluye el aprendizaje de habilidades conversacionales que permiten iniciar, mantener y finalizar una conversación. (Caballo, 1997).

***La asignación de tareas graduales.*** Bandura (1986) afirma que esta estrategia permite evaluar y descartar las creencias generalizadas de incapacidad, proporcionando confianza al paciente para llevar a cabo tareas más desafiantes, lo que incrementa su sensación de autoeficacia. La estrategia se centra en que el paciente, de manera gradual, realice actividades que consideren complicadas, eliminando la creencia de que así es.

## **1.3 Objetivos**

### ***1.3.1. Objetivo General***

- Disminuir los síntomas depresivos mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual en un adolescente.

### ***1.3.2. Objetivos Específicos***

- Determinar el nivel de los síntomas depresivos en un adolescente para establecer una línea base.
- Disminuir las respuestas fisiológicas asociadas a la depresión mediante el programa

de intervención cognitivo conductual.

- Disminuir las respuestas emocionales asociadas a la depresión con técnicas cognitivas conductuales
- Disminuir la frecuencia de pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas asociadas a la depresión mediante el programa de intervención cognitivo conductual.
- Aumentar la frecuencia de actividades de disfrute y conductas funcionales del paciente mediante la programación de actividades de tareas graduales.

#### **1.4 Justificación**

La aplicación del programa de terapia cognitivo conductual se justifica por ser uno de los enfoques terapéuticos con mayor efectividad en el tratamiento de la depresión en jóvenes. La adolescencia es una etapa de transición crítica en el desarrollo, marcada por fuertes cambios físicos, emocionales y sociales que aumentan la vulnerabilidad de los adolescentes en desarrollar síntomas depresivos. La depresión afecta negativamente el bienestar emocional del adolescente afectando áreas importantes en la vida personal.

La terapia cognitiva conductual se basa en la premisa de que los pensamientos, las emociones y los comportamientos están interrelacionados, por lo que es importante identificar y modificar los pensamientos automáticos negativos, las creencias irracionales y los comportamientos desadaptativos que contribuyen a la depresión. Además, este enfoque terapéutico ayuda al adolescente a desarrollar habilidades de afrontamiento más saludables, a manejar sus emociones de manera más efectiva, causando un efecto positivo en su estado de ánimo.

Esta terapia incluye técnicas específicas como la reestructuración cognitiva, la activación conductual y la resolución de problemas, que son esenciales para reducir los síntomas depresivos. Además, se le enseña al adolescente a identificar sus pensamientos negativos, mejorar sus habilidades sociales, y fomentar un comportamiento más activo.

## **1.5 Impactos esperados del trabajo académico**

El propósito fundamental de este trabajo es generar un impacto positivo en el bienestar emocional, social y cognitivo de la adolescente diagnosticada con depresión, quien actualmente se ve afectada por una serie de síntomas que interfieren considerablemente con su funcionamiento diario. La depresión, en su caso, ha repercutido negativamente en su capacidad para enfrentar las exigencias cotidianas, afectando tanto su rendimiento académico como sus relaciones interpersonales y su autoimagen. A través de la implementación de un programa de terapia cognitivo-conductual, se espera no solo reducir los síntomas depresivos, sino también promover el desarrollo de habilidades de afrontamiento que le permitan mejorar su calidad de vida y su capacidad para manejar los desafíos emocionales y sociales.

Además, se prevé que este programa de intervención sirva como un modelo útil para otros profesionales de la salud mental, en particular aquellos que trabajan en el tratamiento de la depresión en adolescentes. Al demostrar la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en este contexto específico, se pretende ofrecer una herramienta viable para el abordaje de esta condición en jóvenes, un grupo vulnerable que, a menudo, no recibe la atención especializada que requiere. De esta manera, el trabajo no solo tiene un impacto directo en la persona tratada, sino que también puede contribuir a enriquecer el conocimiento y la práctica profesional en el campo de la psicología clínica, promoviendo enfoques más efectivos y adaptados a las necesidades particulares de los adolescentes.

Este enfoque integral tiene como fin último ofrecer una alternativa terapéutica que no solo alivie los síntomas de la depresión, sino que también fortalezca el bienestar general de los adolescentes, proporcionándoles recursos emocionales y cognitivos que los ayuden a enfrentar las adversidades de manera más saludable y resiliente.

## II. METODOLOGÍA

### 2.1 Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación empleada en este estudio de caso fue la aplicada, ya que se basa en los conocimientos de la investigación básica para llevarlos a la práctica, según lo señala Kerlinger (2002).

El diseño de investigación utilizado es un diseño preexperimental de caso único, el cual permite demostrar el control experimental. Esto implica evidenciar que una intervención específica genera un cambio en el comportamiento de un solo individuo, quien actúa tanto como su propio control como participante experimental. En otras palabras, en este tipo de diseño, conocido como de caso único o de  $n=1$ , se realizan mediciones repetidas de la variable de respuesta durante una fase de control y una fase experimental para un único individuo (Kennedy, 2005a, p.12)

### 2.2 Variable de investigación

#### *2.2.1 Variable dependiente: Depresión*

Según Beck et al. (2010) bajo la perspectiva de la Terapia Cognitiva, la depresión es principalmente una alteración del pensamiento, la cual se caracteriza por presentar: a) una triada cognitiva, b) esquemas cognitivos, e) errores en el procesamiento de la información. Estos tres aumentan la frecuencia e intensidad de los pensamientos automáticos negativos acerca de uno mismo y/o sobre sucesos externos e internos

#### *2.2.2 Variable independiente: Terapia cognitiva conductual:*

Beck (1993) Refiere que la Terapia Cognitivo Conductual es una disciplina científica que se basa en los pensamientos y las conductas motoras, y se centra en cómo se percibe el mundo que nos rodea, las respuestas fisiológicas y emocionales, a consecuencia de una percepción y/o creencia irracional. A si mismo los desórdenes emocionales son causa de contingencias ambientales de acuerdo con las leyes del condicionamiento

### **2.2.3 Variables de control:**

2.2.3.1 El establecimiento donde acude el consultante

2.2.3.2 Las sesiones se realizan bajo las mismas condiciones

2.2.3.3 La asistencia: una vez a la semana

2.2.3.4 Tiempo de las sesiones: 60 minutos.

### **2.2.4 Variables extrañas:**

2.2.4.1 Problemas de salud de la consultante

2.2.4.2 Problemas económicos del consultante

2.2.4.3 Problemas laborales del apoderado de la consultante.

## **2.3 Participante**

Paciente de género femenino, de 11 años. Natural de Lima, actualmente vive en el distrito de Ancón junto a su hermana menor y su padre, su estatus económico medio bajo, tez trigueña, contextura delgada, estatura de 1.50 cm aproximadamente, actividad actual estudiante de 6to grado de primaria, sin experiencia previa en psicoterapia.

## **2.4 Evaluación psicológica (caso clínico psicológico)**

### **2.4.1 Observación psicológica**

Paciente de sexo femenino, tez trigueña, aparenta su edad cronológica, 1.50 cm de estatura y con un peso aproximado de 50kg. Presenta adecuado aseo y cuidado personal, su vestimenta es acorde a la estación, género, edad y nivel socioeconómico. Ingresa a consulta con una marcha normal, adopta una postura encorvada, movimiento de manos y pies, evita el contacto visual; actitud poco colaboradora durante las

sesiones.

Se encuentra lucida, orientada en cuanto a persona, espacio y tiempo. La atención inicialmente es dispersa, pasando a ser flexible, responde a todas las preguntas del examinador. Su memoria se ve conservada, puesto que puede evocar información fácilmente de su infancia y de experiencias desagradables experimentadas recientemente.

No aparenta presentar alteraciones en la percepción puesto que no refiere oír voces, ni ver cosas que los demás no ven. Su pensamiento es de tipo catastrófico y pesimista. Presenta un lenguaje coherente, de ritmo lento acompañando de un tono de voz bajo, la mayor parte del tiempo evita el contacto visual con el evaluador. En cuanto a la afectividad se puede observar que el paciente presenta un ánimo decaído, en algunos momentos de la evaluación la menor solloza cuando recuerda hechos de violencia por parte de sus padres, se muestra preocupada e impaciente dándose una congruencia entre las expresiones faciales y su discurso.

#### **2.4.2 Entrevista (antecedentes históricos o anamnesis)**

##### **Datos de filiación**

Nombres y apellidos	:	Carmín Espinoza
Edad	:	12
Sexo	:	Femenino
Lugar de residencia	:	Ancón
Grado de Instrucción	:	Primaria
Ocupación	:	Estudiante
Evaluador	:	Carmen Milagros Jara Asca
Fecha de informe	:	30 de enero del 2022

**Motivo de consulta:** Paciente acude a consulta en compañía de su papá, quien refiere que su hija tiene problemas para manejar sus emociones, que se encierra constantemente en su cuarto para llorar o permanecer ahí todo el tiempo, tiene cambios bruscos en su estado de ánimo pasando fácilmente de la calma a la colera, grita e insulta a su hermana, especialmente cuando se le acerca y quiere realizar alguna actividad con ella.

Además, reporta una disminución considerable en el rendimiento escolar de la menor reflejada en sus notas más bajas en el último trimestre, lo que ha incrementado su sensación de tristeza y vergüenza. El padre expresa que si hija se muestra visiblemente desmotivada ante las actividades que solían interesarle, y que la mayor parte del tiempo se encuentra triste, fatigada y en algunos casos, con una actitud pesimista hacia su futuro.

Al entrevistar a la menor, manifiesta “La mayor parte del día me siento triste, quiero llorar, no tengo ganas de hacer mis cosas”, “quisiera quedarme en cama todo el día, no tengo ganas de peinarme o de cambiarme de ropa para salir”. Permaneciendo en silencio después de expresar como se siente, agrega “no se si tenga sentido venir hasta aca, no creo que usted pueda entenderme”.

**Problema actual.** El consultante presenta problemas en su estado de ánimo, siendo la tristeza, la desmotivación, la anhedonia, la pérdida de interés en actividades de su agrado, y culpa, los síntomas más frecuentes. Actualmente esto se ve reflejado en el bajo rendimiento escolar que ha venido presentando en el último trimestre, en su dificultad para socializar, y en la disminución para realizar actividades que antes eran de su agrado. Asimismo, en la convivencia con su padre y su hermana menor, *“Me da colera cada vez que vienen y me tocan la puerta pidiéndome que salga, yo no sé qué hacer si salgo, no tengo ganas de jugar, prefiero quedarme encerrada”*. Ante esta situación su papá refiere “Prefiero no molestarla, porque si le insisto se pone peor, solo le aviso que se levante y haga sus cosas” Además, la paciente menciona que en los últimos meses ha aumentado su malestar físico entre ellos los dolores de

cabeza, la dificultad para concentrarse en sus tareas y la dificultad para conciliar el sueño.

Por otro lado, la paciente expresa: *“No tengo ganas de salir porque no sé cómo hacer para jugar con mis primos, no tengo ganas de jugar, me siento cansada, prefiero estar en mi cama sin hacer nada”*

En relación con su hermana la paciente menciona que *“No es que no la quiera, pero no sé cómo jugar con ella. Tengo pocas ganas de jugar o no tengo ganas, y estar haciendo las mismas cosas que antes hacíamos juntas. Cuando no quiero jugar con ella, a veces se pone a llorar y yo me siento mal, me siento triste y con culpa”*. Agrega que su papá le insiste frecuentemente en que comparta con su hermana, que le deje acercarse y estar juntas.

Con relación a su madre la paciente refiere: *“Mi mamá no me quiere, si me quisiera no me hubiera dejado chiquita... y ahora, cada vez que viene solo lo hace para discutir con mi papá. A veces, creo que es por mi culpa. Actualmente agrega que no mantiene una comunicación fluida con su mamá a menos que sea por algo urgente, o que ella tenga que pedirle algo que necesite.*

**Desarrollo Cronológico del problema.** La primera experiencia de tristeza que conto la paciente a su padre fue cuando sus padres se separaron a la edad de 6 años, recuerda que a esa edad su mamá se fue de la casa por una semana y su padre no sabía cómo explicarle las razones del por qué, cada vez que ella preguntaba le cambiaba la conversación, más no le daba una respuesta. También recuerda a su hermanita llorando, preguntando por su mamá y su papá tratando de calmarla. Agrega: *“Recuerdo que trataba de acercarme a mi papá, pero el estaba como que molesto, no sabía si era por mi culpa, yo estaba triste extrañaba a mi mamá pese a que siempre gritaba, quería que este en la casa”*

A la edad de 8 años, recuerda que en el colegio hubo una actividad por el día de las madres, y ella quería que su mamá vaya, aunque agrega que se sentía molesta con su mamá porque se había ido de la casa sin despedirse. Además, que en los días que llegaba de visita a

la casa, eran peleas y gritos por parte de su mamá, para su papá como para ella, por no hacer las cosas bien, y no ser una buena hermana mayor. “No sabía cómo expresar lo que sentía”. La paciente refiere que no sabe cómo describir lo que sentía.

A los 10 años, recuerda que su mamá llegó después de varios meses a visitarla a su casa, y lo que pensó sería un encuentro agradable, terminó siendo una pelea entre sus papás y llamadas de atención por parte de su mamá, reclamándole que porque no es una buena hermana, que no hace las cosas bien. Asimismo, menciona que después de que se retiró su mamá de la casa su papá se quedó enojado por la discusión que había tenido, y él al querer hacer las cosas como su mamá las había dicho empezó a llamarle la atención, con gritos y reclamos a la paciente, que no hacía bien las cosas y que eso le traía más problemas con su mamá. Esta situación, causó en la menor sentimientos de tristeza, pensando que era una mala hija y que no hacía las cosas bien, además de llanto hasta quedarse dormida,

Actualmente, el paciente expresa preocupación por sus bajas notas en el colegio, pero siente que no sabe cómo mejorar su rendimiento académico, a pesar de tener algunas ideas. Manifiesta una falta de motivación para implementar cambios, como estudiar más, organizar su espacio personal o modificar su rutina diaria. En sus últimos exámenes, sus notas han disminuido, lo que incrementa su frustración. Además, ha notado un distanciamiento social: los otros niños del aula no se acercan a ella, y ella tampoco siente deseos de relacionarse con ellos en el recreo, salvo con una amiga con quien mantiene contacto desde la pandemia. Sin embargo, socializar con otros compañeros de su misma edad y salón le resulta difícil, lo que le genera sentimientos de ira y tristeza. Esto la lleva a cuestionarse: “¿Por qué no puedo ser como los demás chicos de mi edad?”.

**Historia personal.** Padre de la entrevistada refiere que la gestación no fue planificada, y que durante la gestación existieron diferentes conflictos entre ambos padres, porque no se ponían de acuerdo en los principales cambios, de donde irse a vivir y en que invertir sus

ahorros. El parto se dio de forma natural sin complicaciones.

**Desarrollo psicomotor.** Al año de edad, empezó a dar sus primeros pasos, y al año y tres meses a pronunciar sus primeras palabras. A los dos años y medio empezó a controlar sus esfínteres.

**Enfermedades y/o accidentes.** La entrevistada no recuerda haber sufrido enfermedades graves, o haber estado internada en algún momento, a comparación de su hermana que constantemente la llevaban al hospital

**Escolaridad.** La entrevistada refiere que su promedio académico los primeros años de la primaria fueron de regular a buenos. Sin embargo, expresa que este año sus notas se han visto más bajas en comparación de los años anteriores, y se muestra triste y preocupada por no saber qué hacer.

**Datos familiares.** Padre Cesar Román JA. de 40 años; muestra una relación distante a sus hijas, no existe una comunicación fluida, ni la confianza en poder expresar sus pensamientos y emociones sin temor, por el contrario, la paciente cree que su padre le gritará o llamará la atención por están pensando en “cosas sin importancia”. Asimismo, menciona que en varias oportunidades cuando no logran tener un acuerdo con su papá, éste termina por alzarle la voz, y decirle frases como; “no sabes hacer las cosas, todo te sale mal, ni tu hermana que es más pequeña es tan tonta”. Además, menciona la paciente que la relación con su mamá es igual o aún más distante, ya que solo va a visitarla de forma esporádica, y que en cada ocasión se ocupa de revisar que las cosas estén bien hechas, las tareas y el orden del cuarto, por ende, suelen terminar peleando ya que su mamá le llama constantemente la atención.

Asimismo, con la abuelita paterna no existe una relación de confianza y cercanía, más es una relación de ayuda en momentos en los que la paciente expresa siente la necesidad de que alguien le apoye y no cuenta con nadie cerca, se expresa de su abuela con cariño y ternura, pero no siente la confianza de poder acudir a ella en cualquier momento por vergüenza a

incomodarla. Sin embargo, en los últimos meses han aumentado las discusiones con su padre ya que expresa él le exige mucho y que no la entiende.

**Hábitos e intereses.** Desde muy pequeña expresa haber sentido interés por la pintura, y el dibujo y que hasta la actualidad se dedica a crear dibujos y personajes en su celular y cuaderno en sus ratos libres. Agrega que también le gustaba pasar sus tardes en compañía de su perrito de nombre Chocolate, el que duerme en la falda de su cama.

**Desarrollo Psicosexual.** Entrevistada refiere que, desde inicios de año menstrua, y que al inicio sentía mucha vergüenza hablar de esos temas con su padre, y que con su abuelita o su tía no siente la confianza para poder preguntarles además que no están siempre a su disposición, menciona también que con la madre no tiene confianza y ni interés en hacerle participe de las cosas que a ella le vienen ocurriendo.

**Antecedentes familiares psicopatológicos.** La entrevistada refiere que su padre no presenta enfermedades significativas, algunas veces ha notado que se enoja fácilmente, y alza la voz, lo mismo ocurre con su mamá, la que no presenta enfermedades significativas. Agrega que, después de su nacimiento su mamá sufrió de depresión post parto. No agrega antecedentes de enfermedades mentales en la familia.

### **2.4.3 Test o pruebas aplicadas**

#### **(a) Fichas de Auto registros**

Consiste en el registro diario de sucesos. El registro diario es útil para poder evaluar las conductas que la paciente menciona a la hora de ser evaluada y como se relaciona este con su ambiente social, y de los reforzadores que recibe por parte de su entorno. Es importante ya que nos ayuda a identificar la conducta problema, el origen y la línea base, así como el conocer la variable dependiente a fin de conocer los efectos del tratamiento hasta la culminación de las sesiones (Buela-Casal y Sierra, 2004). Para la presente investigación se usaron los siguientes

auto registros que fueron creados solo para la consultante.

- Auto registro de pensamiento (anexo 1)
- Auto registro de emociones negativas (anexo 2)

**(b) Evaluación psicométrica**

***Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)***

El Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), desarrollado por María Kovacs, es una herramienta diseñada para evaluar síntomas depresivos en niños y adolescentes de 7 a 17 años, se compone de 27 ítems que evalúan aspectos emocionales, cognitivos y conductuales asociados a la depresión.

Es un instrumento ampliamente utilizado por su facilidad de aplicación y capacidad para detectar señales tempranas de depresión, facilitando intervenciones oportunas. En el contexto peruano, el CDI ha sido validado, mostrando confiabilidad y adaptabilidad cultural. Es ideal para complementar la evaluación clínica y guiar la planificación del tratamiento.

***Cuestionario de ansiedad estado – rasgo (STAI)***

La prueba posee dos áreas con 20 preguntas cada una. La primera evalúa un estado emocional temporal, sentimientos conscientemente percibidos, de atención y aprensión y la hiperactividad del sistema nerviosa autónomo. La segunda señala que tan ansioso puede ser, ya que esta es una característica de estos individuos, percibir situaciones como amenazadoras. Las puntuaciones van de 0 a 60 puntos respectivamente, y ellos mismos se pueden evaluar de 0 a 3 en cada una de las afirmaciones.

***Inventario Clínico de Adolescentes El Millón (MACI)***

Este inventario evalúa diferentes áreas de la vida del adolescente, incluyendo su interacción social, su comportamiento frente a la adversidad, y sus posibles predisposiciones hacia trastornos como la ansiedad, la depresión y la conducta agresiva. El MACI es ampliamente utilizado en contextos clínicos y educativos debido a su capacidad para

proporcionar un análisis detallado del bienestar psicológico de los adolescentes. Ha sido validado en múltiples estudios y es conocido por su confiabilidad, aunque los expertos recomiendan complementarlo con otras herramientas diagnósticas para un panorama más completo del paciente.

Este inventario es especialmente útil para detectar desajustes emocionales y psicológicos comunes durante la adolescencia, ayudando a los profesionales a identificar riesgos y tratar problemas desde una etapa temprana.

#### ***2.4.4 Análisis e interpretación de resultados de la evaluación psicológica, conclusión diagnóstica y recomendaciones (para la usuaria y familia).***

Nombres y apellidos	: K.E.
Edad	: 11 años
Sexo	: Femenino
Lugar de residencia	: Ancón
Grado de instrucción	: 6to grado
Ocupación	: Estudiante
Evaluador	: Carmen Milagros Jara Asca
Fecha de informe	: 30 de enero 2022

#### **Motivo de consulta:**

Paciente acude a consulta en compañía de su padre el cual menciona de la menor que es una preadolescente, que tiene dificultad en expresar sus emociones, que suele encerrarse en su cuarto y querer permanecer la mayor parte del día ahí, dejando de hacer actividades que antes eran de su agrado, muchas veces la escuchar llorar y siempre está de un ánimo decaído, además de la disminución de su rendimiento académico

Al entrevistar a la paciente, expresa que casi todo el tiempo estoy sin ganas de hacer

nada, quiero llorar y dormir cuando estoy en mi cuarto”, “prefiero pasar el tiempo en mi cuarto que tener que salir de ahí, a veces me da ganas de quedarme en pijama todo el día”. Mientras se mantenía en silencio, evitando el contacto visual, dijo: “no creo que usted me pueda ayudar, no creo que tenga sentido venir aquí”.

### **Observaciones generales y de conducta**

Paciente de sexo femenino, tez clara, aparenta su edad cronológica, 1.50 cm de estatura y 50 kg aproximadamente. Se presenta con un adecuado aliño personal, su vestimenta es acorde a su edad, genero, estación y nivel socioeconómico. Desde el inicio de las sesiones aparenta una marcha normal, inicialmente adopta una postura recta, posteriormente se torna encorvada, tiene movimientos de manos y pies intermitentes, evita el contacto visual; pese a ello se muestra atenta a las consultas y colabora en responder las preguntas. Además, se muestra lucida, orientada en tiempo, espacio y persona. Su atención es inicialmente dispersa, luego pasa a ser atenta en las sesiones, su actitud es colaboradora en las sesiones, su memoria aparenta estar conservada, evoca fácilmente información respecto a su infancia y otros hechos recientes. No aparenta alteración en su percepción puesto que no menciona oír voces o ver cosas. Su pensamiento es de tipo catastrófico y pesimista. Emplea un lenguaje coherente, de ritmo normal, con un tono de voz bajo. En cuanto a su afectividad se observa en la paciente que siente preocupación y poca tolerancia lo cual va acorde a sus expresiones faciales.

### **Técnicas e instrumentos aplicados**

- Observación de conducta
- Entrevista psicológica
- Fichas de registro
- Inventario para adolescentes de Millón
- Cuestionario de Depresión Infantil
- Cuestionario de ansiedad estado – riesgo.

## **Análisis de resultados**

**Personalidad.** La paciente presenta características de una personalidad evitativa, ya que casi siempre está atenta, como estrategia para adaptarse a situaciones que puedan ser novedosas, sintiendo cierto temor y desconfianza en el entorno. Asimismo, muestra algunos rasgos personales esquizoides, entre ellos la ausencia del deseo de realizar actividades placenteras, o sentir disfrute con la realización de alguna actividad placentera externa. Además, muestra indicadores pasivo-agresivos, lo cual evidencia un patrón de terquedad y estados explosivos junto a sentimientos de culpa y vergüenza. Asimismo, durante la evaluación realizada se puede apreciar cierta preocupación de sus resultados, aparentemente tensa, dubitativa respecto a lo que espera en un futuro, lo aprecia como incierto.

**Estado de Ánimo.** Emocionalmente muestra una depresión de nivel moderado, acompañado de ansiedad que se caracteriza con pensamientos negativos, anticipados a un futuro incierto, sentimientos de culpa y vergüenza y tristeza, lo cual expresa diciendo “siempre me siento mal, estoy triste todo el tiempo” “No quiero salir de mi cuarto, prefiero quedarme ahí” “no tengo ganas de hacer nada”. Además, que cognitivamente muestra una visión negativa de sí misma, y de su entorno “Soy una mala hija, soy una mala hermana, hago sentir mal a los demás”. Conductualmente solloza casi todos los días, tiene pocos deseos de hacer sus actividades diarias, sedentarismo, se aísla de su entorno tanto en la escuela como en la casa de su familia, no siente motivación ni interés en desarrollar las actividades escolares, expresa es una obligación, responde de forma violenta con un tono de voz fuerte y desagradable a sus familiares cuando llaman a su habitación.

**Pensamiento:** En esta área de evaluación, la paciente impresiona con un nivel promedio, emplea un lenguaje fluido, sus ideas las expresa de forma ordenadas y aparenta conservada su memoria. Asimismo, recuerda experiencias dolorosas vivenciadas desde muy niña por sus padres, lo que aumenta su malestar, y reforzando su pensamiento que siempre

estarán presente hechos igual de dolorosos, esto aumenta su preocupación constante y estado de alerta a pasar situaciones fuertes, refuerza su desconfianza e inseguridad en sus propias estrategias para la solución de problemas y búsqueda de ayuda en sus redes, lo cual fomenta vínculos débiles en sus relaciones más cercanas.

### **Conclusiones:**

Luego de analizar la información obtenida de la historia personal de la paciente con el uso de instrumentos psicométricos y técnicas psicológicas, se puede concluir lo siguiente:

- Los rasgos de personalidad que resaltan en la paciente son de evitación, que vienen acompañados de rasgos ansiosos.
- Emocionalmente impresiona con una depresión moderada.
- Su pensamiento se caracteriza por rumiaciones constantes de contenido catastrófico con una visión negativa del futuro. Trae fácilmente a la memoria experiencias dolorosas de su infancia.

**Tabla 1***Diagnóstico Funcional: conductual*

<b>Exceso</b>	<b>Debilitamiento</b>	<b>Déficit</b>
-Aislamiento social.	-Cumplir con las tareas de la escuela	-Habilidades
-Retraimiento.	-Actividad física.	sociales.
-Fatiga.	-Ingerir los alimentos (almuerzo, cena).	-Expresar afecto
-Dormir/ somnia.ncia.	-Conversar con sus compañeros.	a su familia.
-Llorar.	-Cuidado en su higiene personal.	-Cumplir con las
-Pasar mucho tiempo con el celular.	-Interés en realizar las actividades que antes disfrutaba	tareas del hogar. -Comunicación asertiva.

**Tabla 2***Análisis funcional de la conducta depresiva del paciente*

Estímulo discriminativo	Conducta	Estímulo reforzador y consecuencias
<p>Interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuando hay actividades escolares en las que están presentes las mamás de los otros niños.</li> <li>- Cuando observa que sus padres empiezan a discutir frente a ella y su hermana.</li> <li>- Cuando intenta comunicarse con su mamá, pero ésta no le responde.</li> <li>- La indiferencia de su papá cuando no le responde sus llamados.</li> <li>-</li> </ul>	<p>Motor: Aislarse de su grupo de compañeros del aula</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Retirarse de la IE en las actividades escolares</li> <li>- No querer salir de su cuarto</li> </ul> <p>Emocional: Tristeza 8/10</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Culpa 9/10</li> <li>- Colera 8/10</li> <li>- Ansiedad 9/10</li> <li>- Vergüenza 8/10</li> </ul> <p>Fisiológico: Llanto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolores de cabeza</li> <li>- Inapetencia</li> </ul>	<p>Refuerzo externo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar los recuerdos penosos por la ausencia de su mamá.</li> <li>- Que su cuidadora, la acompañe para que no esté sola.</li> <li>- Que su papá deje de tocarle la puerta, y no se vea obligada a salir de su cuarto.</li> <li>- Evita responder las preguntas que le realiza su papá, u otro adulto respecto a su estado de animo.</li> <li>- Quedarse en el cuarto con su mascota.</li> </ul>
<p>Externo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actuación por el día de las madres en el I.E.</li> <li>- Llamada de atención por parte de sus padres.</li> </ul>	<p>Cognitivo: “Hago sentir mal a los demás”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “No creo que alguien pueda ayudarme”</li> <li>- “Porque no soy como las demás chicas de mi edad”</li> <li>- “No sirve de nada ir al psicólogo”</li> <li>- “Todo me sale mal”</li> </ul>	<p>Refuerzo interno</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tranquilidad al quedarse en casa y/o su cuarto.</li> <li>- Alivio después de no contestar las llamadas telefónicas de la mamá.</li> </ul>

**Tabla 3***Análisis funcional cognitivo*

<b>Situación (A)</b>	<b>Pensamiento (B)</b>	<b>Emoción y conducta (C)</b>
Externo	“No quiero salir porque no sé	Se encierra en su cuarto
Cuando su hermana le llama para jugar.	jugar con mi hermana, ella no me entiende y yo no sé qué conversarle”	- Ansiedad 8/10 - Vergüenza 7/10 - Tristeza 8/10
Cuando su pap á la llama para que asean la casa juntos”	“No entiendo para que me llama, si yo no sé limpiar bien la casa”	Contesta con gritos - Culpa 8/10 - Colera 7/10
<b>INTERNO</b>	“Mi mamá no me quiere”	Permanece en su cuarto y llora.
Pensar y recordar las peleas de sus padres	“No soy la hija que espera”	- Culpa 8/10 - Tristeza 9/10 - Ansiedad 8/10
Sentir que tiene menos valor que las demás chicas de su edad.	“Soy un bicho raro” “Nunca seré como las demás chicas”	Encerrarse en su cuarto - Culpa 7/10 - Tristeza /10

## Diagnóstico Psicológico Tradicional: Cie-10

### *Criterios según el CIE 10 para Episodio Depresivo Moderado*

<b>Criterios Cie – 10</b>	<b>Presentes en el paciente</b>
<p>A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32)</p> <p>Estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse esta reducida y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves a menudo están ideas de culpa, o inutilidad. El estado de ánimo bajo varia poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas.</p>	<p>Síntomas del apartado A:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Estado de ánimo bajo constantemente</li><li>- Concentración reducida</li><li>- Autoestima reducida</li><li>- Ideas de culpa</li></ul>
<p>B. Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas.</li><li>2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.</li><li>3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad</li></ol>	<p>Síntomas del apartado B:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Humor depresivo en el paciente por tres meses</li><li>2. Ya no desea salir de su cuarto a interactuar.</li><li>3. No aplica</li></ol>
<p>C. . Presencia de síntomas adicionales del criterio de F32.0, para sumar un total, de al menos seis síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.</li><li>2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.</li><li>3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta</li><li>5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).</li><li>6. Cualquier tipo de alteración del sueño.</li><li>7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.</li></ol>	<p>Síntomas del apartado C:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Piensa que no es igual a las demás chicas de su edad</li><li>2. Se siente mal por ser un mal ejemplo para su hermana</li><li>3. No aplica</li><li>4. Problemas para concentrarse a nivel académico y en toma de decisiones</li><li>5. No aplica</li><li>6. Problemas para conciliar el sueño</li><li>7. Disminución del apetito</li></ol>
<p>G 1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.</p>	
<p>G2. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco (F30.-) en ningún período de la vida del individuo.</p>	
<p>G3. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a ningún trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09)</p>	

## **Recomendaciones**

- Se recomienda la aplicación de técnicas cognitivas y conductuales, con el fin de disminuir los síntomas fisiológicos y los pensamientos relacionados a la depresión
- Se recomienda la psicoeducación y modificar el comportamiento creando nuevos hábitos saludables, reestructurando y creando una forma más flexible y adaptativa de ideas para un mejor afronte a situaciones de estrés o tensión.
- Se propone realizar un programa de autorregulación emocional a través de la práctica conductual y una reestructuración cognitiva.

### **2.5 Intervención**

#### ***Objetivo General***

- Disminuir la sintomatología depresiva mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo en una adolescente de 11 años del distrito de Ancón.

#### ***Objetivos específicos***

- Disminuir las respuestas fisiológicas asociada a la depresión mediante técnicas y estrategias de relajación
- Disminuir los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas asociadas a la depresión mediante la reestructuración cognitiva
- Disminuir las respuestas emocionales asociadas a la depresión con técnicas y herramientas cognitivas y conductuales
- Desarrollar las habilidades sociales del paciente mediante técnicas y estrategia conductuales.
- Incrementar la frecuencia de actividades de disfrute y conductas funcionales del paciente mediante la programación de actividades y asignación de tareas graduales.

**Tabla 5***Plan de intervención y calendarización*

<b>Evaluación Psicológica</b>					
<b>Sesión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Duración</b>	<b>Periodicidad</b>	<b>Participante</b>	<b>Técnicas de Tratamiento</b>
<b>Sesión N° 1</b>	10/01/2024	45 minutos	Semanal	Papá y adolescente de 14 años.	Entrevista psicológica
<b>Sesión N° 2</b>		60 minutos	Semanal	Adolescente de 14 años	Evaluación psicológica
<b>Sesión N° 3</b>		60 minutos	Semanal	Adolescente de 14 años	Evaluación psicológica
<b>Sesión N° 4</b>		45 minutos	Semanal	Papá y adolescente de 14 años.	Entrega de resultados y psicoeducación sobre la TCC y la depresión.
<b>Programa de Intervención cognitivo conductual</b>					
<b>Sesión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Duración</b>	<b>Periodicidad</b>	<b>Participante</b>	<b>Técnicas de Tratamiento</b>
<b>Sesión N° 1</b>	22/06/2021	45 minutos	Semanal	Menor de 11 años.	Acuerdos y objetivos de la terapia Técnica: respiración diafragmática
<b>Sesión N° 2</b>	06/07/2021	60 minutos	Semanal	Menor de 11 años.	Psicoeducación de la Depresión Identificar actividades de agrado
<b>Sesión N° 3</b>	13/07/2021	60 minutos	Semanal	Menor de 11 años.	Psicoeducación Emociones Activación conductual
<b>Sesión N° 4</b>	20/07/2021	60 minutos	Semanal	Menor de 11 años.	Psicoeducación de eventos activadores Identificar pensamientos negativos
<b>Sesión N° 5</b>	27/07/2021	60 minutos	Semanal	Menor de 11 años.	Reestructuración cognitiva

					Técnica detención de pensamiento
<b>Sesión N° 6</b>	03/08/2021	60 minutos	Semanal	Menor de 11 años.	Reestructuración cognitiva T. entrenamiento en auto instrucciones
<b>Sesión N° 7</b>	10/08/2021	60 minutos	Semanal	Menor de 11 años.	Reestructuración cognitiva Encontrar pensamientos alternativos
<b>Sesión N° 8</b>	17/08/2021	60 minutos	Semanal	Menor de 11 años.	Reestructuración cognitiva Encontrar pensamientos alternativos
<b>Sesión N° 9</b>	24/08/2021	60 minutos	Semanal	Menor de 11 años.	Reestructuración cognitiva Fichas de autorregistro (cuaderno)
<b>Sesión N° 10</b>	14/09/2021	60 minutos	Semanal	Menor de 11 años.	Técnica: Reestructuración cognitiva Fichas de autorregistro (cuaderno)
<b>Sesión N° 11</b>	21/09/2021	60 minutos	Semanal	Menor de 11 años.	Psicoeducación Técnica: “Ensayo conductual”
<b>Sesión N° 12</b>	28/09/2021	60 minutos	Semanal	Menor de 11 años.	Psicoeducación Técnica: “Actividades de Dominio”
<b>Sesión N° 13</b>	05/10/2021	60 minutos	Semanal	Menor de 11 años.	Psicoeducación Técnica: “Solución de problemas”
<b>Sesión N° 14</b>	12/10/2021	60 minutos	Semanal	Menor de 11 años.	Psicoeducación Técnica: “Solución de problemas”
<b>Sesión N° 15</b>	19/10/2021	60 minutos	Semanal	Menor de 11 años.	Psicoeducación Técnica de afrontamiento”

**SEGUIMIENTO**

---

<b>Sesión N° 1</b>	<b>20/11/2021</b>	<b>30 minutos</b>	<b>Mensual</b>	<b>Padre y menor de 11 años</b>	<b>Vía telefónica</b>
<b>Sesión N° 2</b>	<b>20/12/201</b>	<b>30 minutos</b>	<b>Mensual</b>	<b>Pdre y menor de 12 años</b>	<b>Vía telefónica</b>

---

## Programa de Intervención

### Fase de Evaluación Psicológica

Tabla 6

*Primera sesión – Entrevista psicológica, motivo de la consulta y problema actual.*

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Desarrollo de la actividad</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Técnicas</b>
Establecer el motivo de la consulta, explicando de que trata la etapa evaluación y enseñar el llenado correcto de la ficha de registro de datos	Inicio: Se le da la bienvenida a la sesión.	Se le da la bienvenida propiciando un buen rapport y empatía con el consultante, y a su papá quien la acompaña para que luego proporcione sus datos personales.	Ficha de registro de datos Papel bond Lapiceros	10'	Entrevista clínica Escucha activa
	Desarrollo: Obtener información del motivo de consulta, informar sobre la etapa de evaluación. Posteriormente dar las instrucciones para el uso de la ficha de registro.	Se le pregunta el, motivo de la consulta empleando la escucha activa, dándole espacio a que pueda expresarse realizando preguntas abiertas. Al mismo tiempo registrando respuestas conductuales que se dan durante la entrevista. Se procede a explicar la evaluación, lo que contiene como la ficha de datos.		40'	
	Cierre: Resumen, resolución de interrogantes y entrega de la ficha de registro.	Se sintetiza el tema abordado en sesión, absolviendo las dudas de la menor. Se acuerda que las tareas (ficha de registro) deben ser llenados previa explicación.		5	

**Tabla 7***Segunda sesión – Evaluación psicológica y aplicación de anamnesis*

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Desarrollo de la actividad</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Técnicas</b>
Recabar información personal del motivo de consulta a través de la anamnesis y de instrumentos de evaluación.	Inicio: Se le da la bienvenida a la sesión. Se revisa la ficha de registro.	Se le da la bienvenida propiciando un buen ambiente y empatía con la consultante, y a su papá quien la acompaña.	Protocolo de las pruebas a aplicar Cuaderno Lapiceros	10'	Entrevista Observación de la conducta Ficha de Registro
	Desarrollo: llenado de la anamnesis, aplicación de pruebas psicológicas	Se procede a desarrollar la primera parte de la anamnesis, manteniendo el rapport con la menor.  Se procede a iniciar con el desarrollo de los test psicológicos, explicando claramente el desarrollo y no queden dudas		45'	
	Cierre: Resumen, absolución de preguntas	Se realiza una retroalimentación, evitando que queden dudas sobre los instrumentos utilizados. Se compromete a continuar con la evaluación en la siguiente sesión.		5'	

**Tabla 8***Tercera sesión – Evaluación psicológica y aplicación de anamnesis*

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Desarrolle de la actividad</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Técnica</b>
Recabar información de la menor y de la problemática a través de la anamnesis y de los instrumentos de evaluación.	Inicio: Se le da la bienvenida a la sesión y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al consultante, se le pregunta cómo le ha ido durante la semana, se resuelve algunas dudas y luego se le explica que se va realizar en la presente sesión.	Protocolos De las pruebas psicológicas. Papel bond y lapicero.	10'	Entrevista Observación Test psicológicos.
	Desarrollo: Aplicación de la anamnesis y explicación y entregas de test psicológicos.	A continuación, se aplica la segunda parte de la anamnesis, estableciendo previamente el rapport.  Luego, se le entrega el test psicológico, explicándole detalladamente como resolverlo. Se resuelven algunas dudas y se recoge la prueba verificando que esté correctamente llenada.		45'	
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes.	Se realiza una breve retroalimentación, resolviendo todas dudas relacionadas a la aplicación de los instrumentos de evaluación.  Finalmente, se le invita a la menor y su papá a la siguiente sesión para la entrega de resultados.		05'	

**Tabla 9***Cuarta sesión – Entrega de informe, contrato conductual y psicoeducación*

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Desarrolle de la actividad</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Técnicas</b>
Entrega de informe, psicoeducación sobre diagnóstico: depresión moderada.	Inicio: Se da la bienvenida a la sesión y explica la presente sesión.	Se le da la bienvenida a la consultante y su papá para la entrega de los resultados.	Papel bond. Lapiceros	05'	Psicoeducación Contrato terapéutico. Informe psicológico.
	Desarrollo: Explicación del informe psicológico, psicoeducación de la depresión y el modelo TCC y contrato terapéutico.	Se realiza la entrega y explicación del informe psicológico con los resultados de la evaluación.  Luego se le brinda psicoeducación a la paciente acerca de su diagnóstico (depresión moderada) y del plan de intervención desde el modelo de la TCC.		45'	
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes.	Se realiza una breve retroalimentación, resolviendo las dudas que pueda tener la menor en relación a lo explicado. Se informa que en la Siguiente sesión se da inicio al proceso terapéutico en TCC.		10'	

## Fase de Intervención terapéutica

**Tabla 10**

*Primera sesión – Técnica de respiración diafragmática y psicoeducación*

Objetivo	Actividad	Desarrolle de la actividad	Recursos	Tiempo	Técnicas	
Establecer un Contrato terapéutico entre la menor, su acompañante y terapeuta.	Inicio: se da la bienvenida a la sesión y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida a la menor. Se le pregunta cómo le ha ido durante la semana y se resuelve algunas dudas.	Hojas bond Lapiceros Gráficos Laptop	05'	Psicoeducación. Escucha activa. Técnica de respiración diafragmática.	
	Desarrollo: Se establecen los acuerdos para el desarrollo del programa de intervención y, se realiza la psicoeducación en la TCC.	Se realiza el contrato conductual con la menor y su acompañante, la alianza terapéutica y el compromiso a participar de todas las sesiones. Se realiza la psicoeducación sobre la terapia cognitivo conductual, informando sobre su trastorno, el modelo cognitivo conductual y las estrategias terapéutico.			50'	
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente.	Así mismo, se explica cómo disminuye los síntomas somáticos en nuestro organismo con ayuda de la técnica de respiración diafragmática. (inhalar por la nariz, retener por 3 segundos y exhalar por la boca lento y despacio soltando los hombros y buscando que el cuerpo se relaje).			05'	
		Se resuelven las dudas que pueda tener la menor. Asimismo, se deja como tarea que realice la técnica de relajación en las mañanas al levantarse, por las noches antes de dormir				

**Tabla 11***Segunda sesión – Psicoeducación y técnica identificar actividades de agrado*

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Desarrolle de la actividad</b>	<b>Recursos materiales</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Técnicas</b>
Identificar sus síntomas e identificar actividades de agrado de la menor.	Inicio: se da la bienvenida a la menor. Se le consulta que se trabajó en la sesión anterior	Se le da la bienvenida al consultante, se pregunta cómo le ha ido durante la semana se resuelve algunas dudas. Se verifica que se haya realizado la técnica de respiración en los momentos establecidos.	Hojas bond Lapiceros Gráficos	10'	Psicoeducación Actividades de Agrado Modelado.
	Desarrollo: se realiza la psicoeducación de la depresión e identificación de actividades de agrado en la menor	Se busca informar a la menor sobre el trastorno depresivo, y sobre como los pensamientos y comportamientos afectan su estado de ánimo, con la finalidad de que la menor pueda comprender la depresión y pueda tomar un rol más activo en la terapia. Se le explica: Qué es la depresión, causas y factores de la depresión, síntomas de la depresión, y el ciclo de la depresión en la TCC.		40'	
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes	Se le explica la importancia de las actividades de agrado; se identifica las actividades que antes disfrutaba con ayuda de la terapeuta, y las que ahora le gustaría probar (desde la más simple a la más compleja).  Se realiza una breve retroalimentación, resolviendo las dudas que se puedan presentar.		10'	

**Tabla 12***Tercera sesión – Psicoeducación y técnica de activación conductual*

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Desarrolle de la actividad</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Técnicas</b>
Expandir el conocimiento que la menor tiene sobre las emociones, y las actividades de agrado en su historia personal.	Inicio: bienvenida a la menor, y explicación de lo que se trabajara en la sesión.	Se le da la bienvenida al consultante, se le pregunta cómo le ha ido durante la semana se resuelve algunas dudas.	Hojas bond Lapiceros Gráficos	10'	Psicoeducación Activación conductual Modelado, con los ejemplos de las técnicas enseñadas.
	Desarrollo: Se realiza la psicoeducación sobre las emociones, y la activación conductual	Se informa a la paciente sobre las emociones, porqué ocurren, y cómo se relacionan con su pensamientos y comportamientos. Esto a fin de identificar y regular mejor sus emociones en situaciones difíciles. Se trabaja: qué son las emociones, tipos de emociones, relación entre E-P-C, validación y regulación emocional		40'	
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente.	Se busca que gradualmente la menor realice actividades que generen satisfacción. Se identifican actividades placenteras, se establecen metas realistas, se planifican las actividades, se monitorea el estado de ánimo.  Se realiza una breve retroalimentación, resolviendo todas dudas que pueda tener el paciente en relación con lo explicado.		10'	

**Tabla 13**

*Cuarta sesión – Psicoeducación de eventos activadores, identificando los pensamientos negativos.*

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Desarrolle de la actividad</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Técnicas</b>
Que la menor pueda identificar los pensamientos negativos.	Inicio: se da la bienvenida y se realiza una reflexión sobre las actividades realizadas en la sesión anterior.	Se le da la bienvenida al consultante, se reflexiona cómo le ha ido durante la semana, se resuelve algunas dudas.	Hojas bond Lapiceros Gráficos	10'  40'	Psicoeducación Diálogo socrático Eventos activadores
	Desarrollo: se realiza la psicoeducación sobre los eventos activadores	Se busca informar a la paciente sobre cuáles son los eventos externos o internos que activan sus emociones y conductas, para que pueda tomar conciencia de las reacciones y pueda aprender a manejarlas de mejor manera.			
	Conocer cuáles son los pensamientos negativos de su experiencia diaria en base a lo aprendido en la sesión	Análisis de su experiencia diaria en base a lo aprendido en la sesión	Se orienta a la menor a identificar sus pensamientos automáticos, a comprender como influyen en sus emociones y comportamientos, y reconocer que los pensamientos no siempre son hechos y que pueden cuestionarse.		10'
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente.	Se empleará el dialogo socrático durante la sesión para que la paciente pueda cuestionar sus pensamientos automáticos negativos, demostrando a través de preguntas que los pensamientos no siempre son hechos reales, ampliando las opciones, y evaluando las consecuencias que pueden darse tras cada decisión tomada, todo esto ayudara a que la paciente pueda reformularse el “pensamiento negativo”.  Se buscará clarificar las dudas e interrogantes que puedan haber quedado en sesión.			

**Tabla 14***Quinta sesión – Se empleará la reestructuración cognitiva y la detención de pensamiento.*

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Desarrolle de la actividad</b>	<b>Recursos materiales</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Técnicas</b>
<b>Fortalecer las técnicas cognitivas para mejorar el proceso del pensamiento.</b>	Inicio: se da la bienvenida a la menor y se evalúa conjuntamente su avance.	Se le da la bienvenida a la menor, y se realiza conjuntamente una evaluación de lo trabajado hasta la sesión actual.	Hojas bond Lapiceros Gráficos	10'	Psicoeducación Detención de pensamiento negativo
	Desarrollo: se realiza la psicoeducación sobre pensamientos negativos, y como identificarlos.	Se busca que la menor aprenda a realizar la reestructuración cognitiva, aprenderá a identificar los pensamientos negativos, a cuestionarlos y por último reformular el pensamiento en uno más real /saludable.		40'	Modelado
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente.	Mediante esta técnica la paciente podrá aprender como emplear la detención del pensamiento. Esta técnica le ayuda a frenar los pensamientos que surgen en la mente, reconociéndolos, conscientemente decidir detenerlo y poder redirigirlo a uno más real. Todo esto ayudara a que la paciente pueda reformularse el "pensamiento negativo".  Se buscará clarificar las dudas e interrogantes que quedan haber quedado en sesión.		10'	

**Tabla 15***Sexta sesión – Se empleará la reestructuración cognitiva y entrenamiento en auto**instrucciones*

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Desarrolle de la actividad</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Técnicas</b>
Promover en la menor la capacidad de generar y utilizar auto instrucciones como estrategia para gestionar los síntomas de la depresión.	Inicio: bienvenida al consultante y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida a la menor, se le pregunta cómo le ha ido durante la semana se resuelve algunas dudas.	Hojas bond Lapiceros Gráficos	10'	Psicoeducación Auto instrucciones Modelado
	Desarrollo: Se realiza la psicoeducación de la reestructuración cognitiva. Aprender a detener los pensamientos negativos.	Se busca que la paciente siga fortaleciendo sus conocimientos como realizar la reestructuración cognitiva (identificando los pensamientos negativos, cuestionarlos y reformular el pensamiento en uno más real)		40'	
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente.	Se buscará clarificar las dudas e interrogantes que puedan haber quedado en sesión.		10'	

**Tabla 16**

*Séptima sesión – Se empleará la reestructuración cognitiva y la técnica de pensamientos alternativos.*

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Desarrolle de la actividad</b>	<b>Recursos materiales</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Técnicas</b>
Fomentar en la menor la identificación y desarrollo de pensamientos alternativos positivos y adaptativos para reducir los síntomas de la depresión.	Inicio: bienvenida al consultante y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al consultante, se le pregunta cómo le ha ido durante la semana se resuelve algunas dudas.	Hojas bond Lapiceros Gráficos	10'  40'	Psicoeducación Pensamientos alternativos Modelado
	Desarrollo: identificación de pensamientos negativos para crear pensamientos alternativos.	Se busca que la paciente aprenda a identificar pensamientos negativos, en situaciones recientes que ha experimentado y que en base a estos pueda generar pensamientos alternativos más positivos y equilibrados.		10'	
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente.	Se buscará clarificar las dudas e interrogantes que puedan haber quedado en sesión.			

**Tabla 17**

*Octava sesión – Se empleará la reestructuración cognitiva y técnica de pensamientos*

*alternativos.*

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Desarrolle de la actividad</b>	<b>Recursos materiales</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Técnicas</b>
Continuar fomentando en la menor el desarrollo de pensamientos alternativos positivos y adaptativos para reducir los síntomas de la depresión. -	Inicio: bienvenida al consultante y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al consultante, se le pregunta cómo le ha ido durante la semana se resuelve algunas dudas.	Hojas bond Lapiceros Gráficos	10'	Psicoeducación Pensamientos alternativos Modelado
	Desarrollo: que la menor aprenda a encontrar pensamientos alternativos	Se busca que la paciente aprenda a identificar pensamientos negativos, y que en base a estos pueda generar pensamientos alternativos más positivos o equilibrados. Ejemplo:  1. Romper el hielo 2. Explicación sencilla de los pensamientos automáticos 3. Identificación de pensamientos automáticos. 4. Introducción a los pensamientos alternativos (lentes nuevos, y/o semáforo) 5. Ejercicio práctico (encontrar el nuevo pensamiento) 6. Actividad creativa (plasmarlo)		40'	
	Cierre: resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente.	Se buscará clarificar las dudas e interrogantes que puedan haber quedado en sesión.		10'	

**Tabla 18***Novena sesión – Se empleará el uso de fichas de auto registro.*

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Desarrolle de la actividad</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Técnicas</b>
Facilitar que la menor utilice de manera efectiva las fichas de auto registro durante las sesiones terapéuticas.	Inicio: bienvenida al consultante y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al consultante, se le pregunta cómo le ha ido durante la semana se resuelve algunas dudas.	Hojas bond Lapiceros Gráficos	10'	Psicoeducación Uso de fichas de auto registro Modelado
	Desarrollo: Aprender a encontrar pensamientos alternativos	Se busca que la paciente identifique los pensamientos negativos y su relación con las emociones en las fichas de auto registro, se busca que pueda reemplazar los pensamientos negativos en unos más adaptativos.		40'	
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente.	Se buscará clarificar las dudas e interrogantes que puedan haber quedado en sesión.		10'	

**Tabla 19***Decima sesión – Técnica de fichas de auto registro.*

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Desarrolle de la actividad</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Técnicas</b>
Facilitar que la menor continúe utilizando las fichas de auto registro durante las sesiones, promoviendo la identificación y análisis de pensamientos, emociones y conductas relacionadas con la depresión.	Inicio: bienvenida al consultante y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al consultante, se le pregunta cómo le ha ido durante la semana se resuelve algunas dudas.	Hojas bond Lapiceros Gráficos	10'	Psicoeducación Uso de fichas de auto registro Modelado
	Reforzando la identificación de pensamientos negativos.	Reforzar la práctica de identificación de pensamientos automáticos, trabajados en la ficha.  Se anticipa posibles dificultades, para disminuir el pensamiento de que los pensamientos negativos son absolutos, sino que puedan ser más alternativos, más útiles y realistas.  Se buscará clarificar las dudas e interrogantes que puedan haber quedado en sesión.		40'	
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente.	Se refuerzan los logros y ajustan las estrategias si en caso se presentaron dificultades.		10'	

**Tabla 20***Décimo primera sesión – Técnica de técnica del ensayo conductual*

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Desarrolle de la actividad</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Técnicas</b>
Promover que la menor participe activamente en ensayos conductuales durante las sesiones terapéuticas, con el objetivo de fortalecer habilidades prácticas y generar experiencias positivas.	Inicio: bienvenida al consultante y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al consultante, se le pregunta cómo le ha ido durante la semana se resuelve algunas dudas.	Hojas bond Lapiceros Gráficos	10'	Psicoeducación Ensayo conductual Modelado
	Desarrollo: se realiza la psicoeducación del ensayo conductual y se instruye la técnica del ensayo conductual	De las situaciones identificadas previamente, se selecciona una que le haya causado mayor malestar. Se iniciará de la siguiente manera: <i>“Es como ensayar una obra de teatro, o practicar para un juego...Este es un espacio seguro para ti, no es necesario que salga perfecto”</i> Se establecen roles, se realiza la práctica, se retroalimenta de forma positiva, se vuelve a realizar otra practica con algunos ajustes o recomendaciones, se exploran emociones y pensamientos.			
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente.	Se buscará clarificar las dudas e interrogantes que quedado en sesión. Se refuerzan los logros y ajustan las estrategias si en caso se presentaron dificultades.			10'

**Tabla 21***Décimo segunda sesión – Técnica de actividades de dominio*

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Desarrolle de la actividad</b>	<b>Recursos materiales</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Técnicas</b>
Fomentar que la menor participe en actividades de dominio que fortalezcan su sentido de logro, contribuyendo a la disminución de los síntomas depresivos.	Inicio: bienvenida al consultante y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al consultante, se le pregunta cómo le ha ido durante la semana se resuelve algunas dudas.	Hojas bond Lapiceros Gráficos	10'	Psicoeducación Actividades de dominio Modelado
	Desarrollo: identificar y planificar actividades que le hagan sentir bien.	Se identifican actividades que le generen interés, o en las que haya sentido éxito en el pasado. Se divide la actividad en pasos pequeños y alcanzables. Se realiza un ensayo en sesión, se refuerza verbalmente los esfuerzos y logros durante la práctica. Se consolidará lo aprendido y se motiva a la menor a continuar realizando la practica fuera de la sesión.		40'	
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente.	Se buscará clarificar las dudas e interrogantes que puedan haber quedado en sesión.		10'	

**Tabla 22***Décimo tercera sesión – Técnica de solución de problemas.*

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Desarrolle de la actividad</b>	<b>Recursos materiales</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Técnicas</b>
Desarrollar en la menor habilidades de solución de problemas como estrategia para afrontar de manera efectiva situaciones desafiantes, reduciendo los síntomas de la depresión y fortaleciendo su capacidad de toma de decisiones.	Inicio: bienvenida al consultante y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al consultante, se le pregunta cómo le ha ido durante la semana se resuelve algunas dudas.	Hojas bond Lapiceros Gráficos	10'	Psicoeducación Solución de problemas Modelado
	Desarrollo: identificar situaciones que le hayan estado causando un malestar para poder trabajarlas.	Se explica de forma simple el concepto de solución de problemas, se presenta el proceso en pasos fáciles de seguir (se emplearán ejemplos de su vida diaria). Se selecciona una situación en la que la menor se haya sentido triste o frustrada. 1.se identifica el problema ¿Qué es lo que te preocupa? 2.se genera posibles soluciones ¿Qué puedo hacer para resolverlo? 3.se evalúan las soluciones ¿Qué solución me haría sentir mejor? 4.se escoge la mejor solución ¿Qué opción intentaré primero?		40'	
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente.	Se buscará clarificar las dudas e interrogantes que puedan haber quedado en sesión.		10'	

**Tabla 23***Décimo cuarta sesión – Técnica de solución de problemas.*

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Desarrolle de la actividad</b>	<b>Recursos materiales</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Técnicas</b>
Afianzar en la menor habilidades de solución de problemas como estrategia para afrontar de manera efectiva situaciones desafiantes, reduciendo los síntomas de la depresión y fortaleciendo su capacidad de toma de decisiones.	Inicio: bienvenida al consultante y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al consultante, se le pregunta cómo le ha ido durante la semana se resuelve algunas dudas.	Hojas bond Lapiceros Gráficos	10'	Psicoeducación Solución de problemas Modelado
	Desarrollo: identificar situaciones que le hayan estado causando un malestar para poder trabajarlas.	Se explica de forma simple el concepto de solución de problemas, se presenta el proceso en pasos fáciles de seguir (se emplearán ejemplos de su vida diaria). Se selecciona una situación en la que la menor se haya sentido triste o frustrada. 1.se identifica el problema ¿Qué es lo que te preocupa? 2.se genera posibles soluciones ¿Qué puedo hacer para resolverlo? 3.se evalúan las soluciones ¿Qué solución me haría sentir mejor? 4.se escoge la mejor solución ¿Qué opción intentaré primero?		40'	
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente.	Se buscará clarificar las dudas e interrogantes que puedan haber quedado en sesión.		10'	

**Tabla 24***Décimo quinta sesión – Técnicas de afrontamiento*

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Desarrolle de la actividad</b>	<b>Recursos materiales</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Técnicas</b>
Enseñarle a la menor a identificar y utilizar técnicas de afrontamiento adaptativas para manejar las emociones difíciles asociadas a la depresión.	Inicio: bienvenida al consultante y explicación de la presente sesión.	Se le da la bienvenida al consultante, se le pregunta cómo le ha ido durante la semana se resuelve algunas dudas.	Hojas bond Lapiceros Gráficos	10'	Psicoeducación Técnica de afrontamiento Modelado
	Desarrollo: aprender a sentirnos mejor cuando te enfrentas a situaciones difíciles, te sientes triste o nerviosa.	1. Se inicia con las técnicas de respiración profunda. 2. Se fomenta el uso de la reestructuración cognitiva. 3. Introducción el concepto de distracción positiva (actividades de agrado) para reducir síntomas depresivos. 4. Desarrollar el auto diálogo positivo (hablarse a si misma de manera amable cuando se enfrente a pensamientos y emociones difíciles).		40'	
	Cierre: Resumen y resolución de interrogantes por parte del paciente.	Se buscará clarificar las dudas e interrogantes que puedan haber quedado en sesión.		10'	

## Fase de Seguimiento

**Tabla 25**

*Décimo sexta sesión – fase de seguimiento*

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Desarrolle de la actividad</b>	<b>Recursos materiales</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Técnicas</b>
Conocer el progreso de la sintomatología depresiva y el uso de técnicas cognitivas en su vida diaria	Inicio: se da la bienvenida a la sesión de seguimiento	Se le da la bienvenida a la menor. Se explora en la menor la sintomatología depresiva que pueda aún estar presente	Celular	05'	Consejería y orientación psicológica. Escucha activa
	Desarrollo: atender las dudas que surgieron en los días posteriores a las sesiones.	Se absuelven las dudas que puedan presentarse respecto al uso de las técnicas trabajadas en las sesiones anteriores, y se brinda consejería y orientación para el empleo adecuado de las mismas.		20'	
	Cierre: Despedida	Se finaliza la sesión animando a la menor que continúe practicando las técnicas aprendidas.		05'	

**Tabla 26***Décimo séptima sesión – fase de seguimiento*

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Desarrolle de la actividad</b>	<b>Recursos materiales</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Técnicas</b>
Continuar conociendo el progreso de la sintomatología depresiva y el empleo de las técnicas cognitivas en su vida diaria	Inicio: se da la bienvenida a la sesión de seguimiento	Se le da la bienvenida a la menor. Se consulta si persiste la sintomatología depresiva.	Celular	05'	Consejería y orientación psicológica. Escucha activa
	Desarrollo: atender las dudas que se presentan constantemente.	Se brinda la consejería y orientación respecto al uso de las técnicas cognitivas utilizadas durante su práctica diaria. Además, de orientar respecto a posibles conflictos que pudieran aparecer.		20'	
	Cierre: Despedida	Se finaliza la sesión animando a la menor que continúe practicando las técnicas aprendidas.		05'	

### III. RESULTADOS

#### 3.1 Análisis de los Resultados

A continuación, se presenta el análisis detallado de los resultados obtenidos mediante la implementación de las diversas técnicas utilizadas en el programa de intervención cognitivo-conductual diseñado para un consultante con diagnóstico de depresión moderada. Este apartado incluye un examen minucioso de los resultados derivados de las pruebas psicológicas aplicadas, complementado con el diagnóstico funcional, el análisis de los autorregistros realizados por la menor, así como el análisis funcional de la conducta relacionado con los síntomas depresivos presentados. Además, se utilizarán tablas comparativas para ilustrar de manera clara y estructurada los cambios observados en el curso del tratamiento, lo que permitirá evaluar tanto la efectividad de las intervenciones como la evolución del consultante en función de sus objetivos terapéuticos.

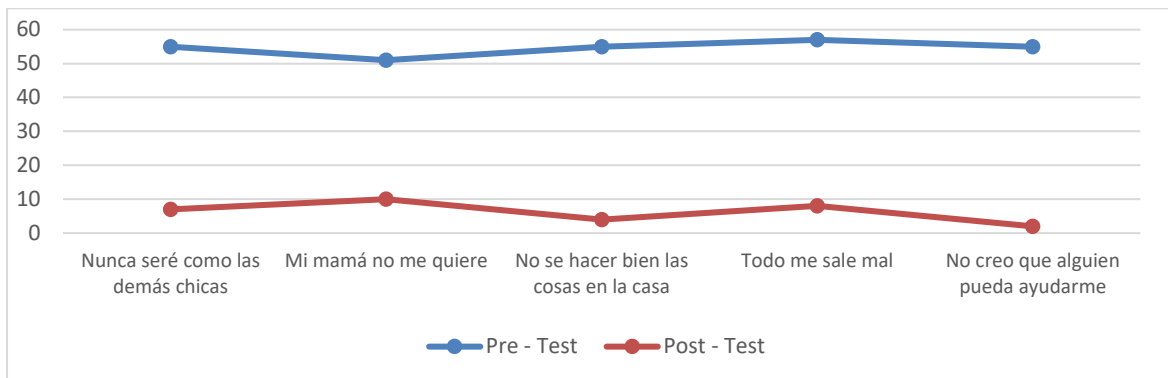
En la Tabla 27 se evidencia una notable reducción en la frecuencia de los pensamientos negativos reportados por el consultante a lo largo del tratamiento. El pensamiento “Nunca seré como las demás chicas” disminuyó de 55 veces registrado en el pre-test a 7 veces en el post-test. De manera similar, “Mi mamá no me quiere” se redujo de 51 registros en el pre-test a 10 en el post-test. El pensamiento “No se hacer las cosas bien en la casa” pasó de 55 registros en el pre-test a presentarse 4 en el post-test. Por su parte, “Todo me sale mal” bajó de 57 a 8 registro en el post-test, mientras que “No creo que alguien pueda ayudarme” disminuyó de 55 registros en el pre-test a 2 en el post-test. Estos cambios fueron observados en la semana 15 del tratamiento, reflejando una mejora significativa en la frecuencia de pensamientos negativos.

**Tabla 27***Registro de frecuencia de pensamientos del paciente pre y post test (17 semanas)*

<b>Pensamientos Negativos</b>	<b>Periodo</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>J</b>	<b>V</b>	<b>S</b>	<b>D</b>	<b>Total</b>
Nunca seré como las demás chicas	Pre	9	9	8	7	8	7	7	55
	Post	2	2	1	1	0	0	1	7
Mi mamá no me quiere	Pre	8	7	7	5	8	8	8	51
	Post	2	1	2	1	1	2	1	10
No se hacer bien las cosas en la casa	Pre	7	7	7	8	8	9	9	55
	Post	1	0	0	0	1	1	1	4
Todo me sale mal	Pre	8	8	7	8	8	9	9	57
	Post	1	1	0	1	1	2	2	08
No creo que alguien pueda ayudarme	Pre	9	7	7	8	8	8	8	55
	Post	0	0	1	0	1	0	0	02

## Figura 1

*Registro de frecuencia de pensamiento del paciente pre y post (15 semanas)*



Nota: Figura elaborada por el autor.

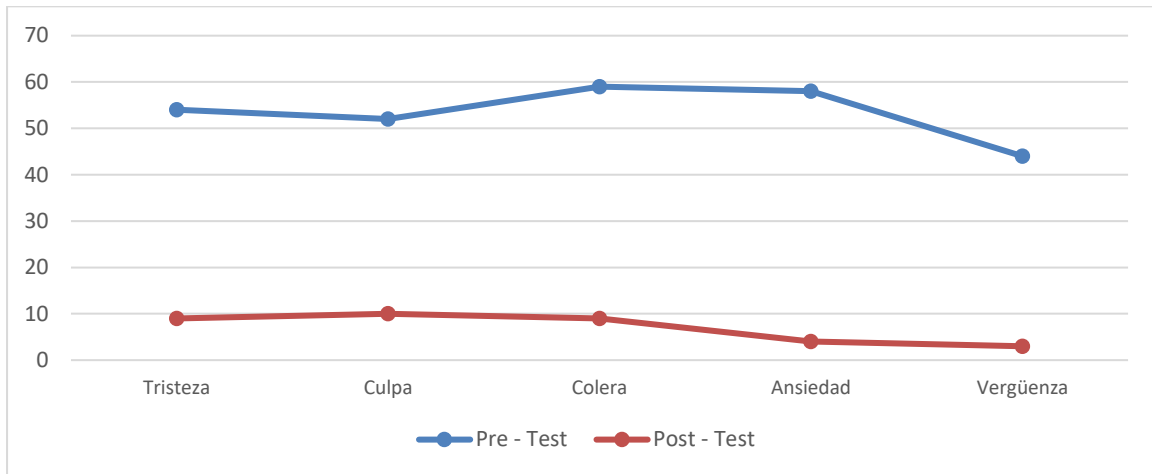
La Tabla 28 muestra una disminución significativa en la frecuencia e intensidad de las emociones negativas al comparar los resultados obtenidos en el post-test con los del pre-test, realizados antes de comenzar el tratamiento. Este hallazgo demuestra la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en la gestión de las emociones en el caso actual.

**Tabla 28***Registro de frecuencia e intensidad de emociones pre y post test*

		<b>Emoción</b>	<b>Periodo</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>J</b>	<b>V</b>	<b>S</b>	<b>D</b>	<b>Total</b>
<b>FRECUENCIA</b>	Tristeza	Pre		9	10	8	8	8	9	10	54
		Post		1	2	1	1	2	1	2	9
	Culpa	Pre		8	8	7	7	7	7	8	52
		Post		1	1	2	2	1	1	2	10
	Colera	Pre		9	8	8	9	9	8	8	59
		Post		1	1	2	1	1	1	2	9
	Ansiedad	Pre		8	8	9	9	8	8	8	58
		Post		1	1	0	0	1	0	1	4
	Vergüenza	Pre		8	7	7	7	8	7	7	44
		Post		1	0	0	0	1	0	1	3
<b>INTENSIDAD</b>	Tristeza	Pre		8	9	8	8	9	8	9	59
		Post		2	2	1	1	1	1	2	10
	Culpa	Pre		7	8	7	7	7	7	9	52
		Post		1	2	1	1	1	1	2	9
	Colera	Pre		8	8	8	8	9	8	9	59
		Post		2	1	0	1	1	1	2	8
	Ansiedad	Pre		9	8	8	8	9	8	9	59
		Post		2	1	1	0	0	0	1	5
	Vergüenza	Pre		7	8	7	8	7	7	7	51
		Post		1	0	1	0	0	0	1	3

## Figura 2

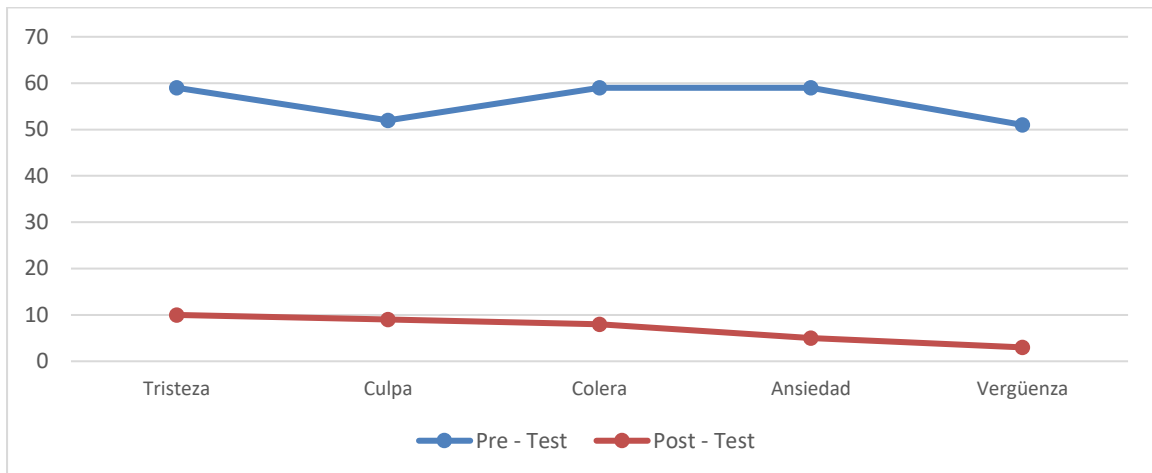
*Registro de frecuencia de emociones negativas pre y post test*



Nota: Figura elaborada por el autor.

## Figura 3

*Registro de intensidad de emociones negativas pre y post test*



Nota: Figura elaborada por el autor.

La Tabla 29 muestra una disminución notable en la sintomatología depresiva, pasando de un nivel de depresión moderada con 31 puntos en la fase de pre-test a un nivel de depresión mínima con 19 puntos durante la sesión.

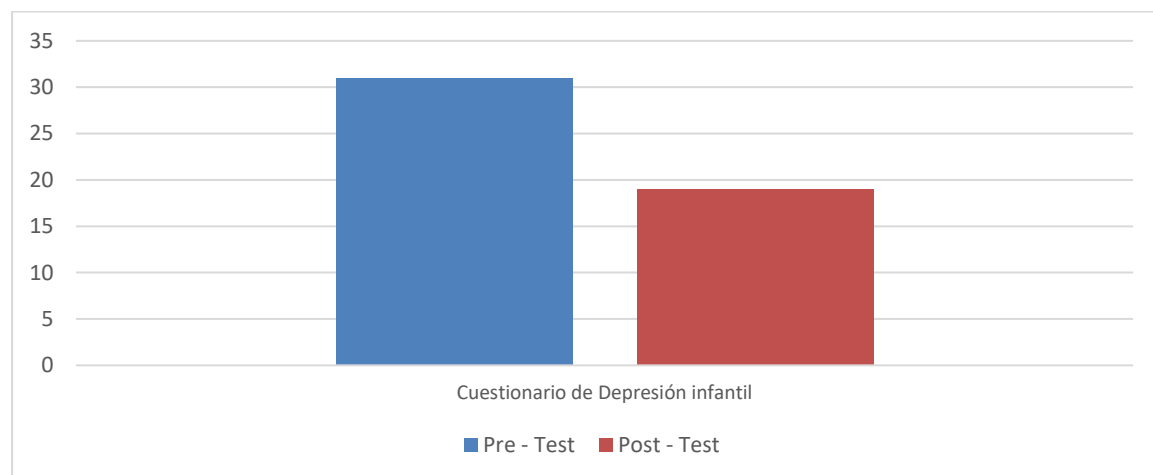
**Tabla 29**

*Registro de la aplicación del Cuestionario de Depresión Infantil pre y post test.*

<b>Cuestionario de depresión</b>	<b>Pre – test</b>	<b>Post – test</b>
<b>Infantil</b>	Depresión moderada 31	Depresión Leve 19

**Figura 4**

*Puntaje de Cuestionario de Depresión Infantil pre y post test.*



Nota: Figura elaborada por el autor.

### **3.2 Discusión de Resultados**

La depresión es una de las principales causas de discapacidad en el mundo, con impactos significativos en la calidad de vida y la funcionalidad de las personas. Según datos recientes de la Organización Mundial de la Salud (2021), esta condición afecta a aproximadamente mil millones de personas, representando la principal causa de años vividos con discapacidad en el ámbito global. En respuesta, la OMS ha hecho un llamado a los países para que fortalezcan los sistemas de atención de salud mental y eliminen las brechas en el acceso a tratamientos efectivos. En muchos casos, la depresión sigue siendo subdiagnosticada, especialmente en países de ingresos bajos y medios, donde el acceso a servicios especializados es limitado. En este contexto, se resalta la importancia de continuar investigando, especialmente en el ámbito de las intervenciones, con el fin de generar información útil para futuros casos que requieran tratamiento (Defensoría del Pueblo, 2018).

Este estudio empleó un diseño experimental de caso único, una metodología que permite analizar el impacto de una intervención específica en un solo participante, quien desempeña simultáneamente los roles de control y sujeto experimental (Kennedy, 2005b). Pérez y García (2003) sustentan que la TCC tendría efectos semejantes a la medicación antidepresiva tanto en casos leves como severos, lo que permitiría una disminución significativa de los síntomas depresivos.

Los resultados revelaron una disminución significativa de los síntomas depresivos, corroborada mediante la comparación de las mediciones previas y posteriores a la intervención. Estos hallazgos coinciden con lo reportado en investigaciones anteriores, como el estudio de López (2016), que también evidenció una reducción en los síntomas depresivos tras la implementación de terapia cognitivo-conductual. Estos resultados

respaldan la eficacia de esta modalidad terapéutica como una estrategia sólida para el manejo de trastornos.

En el ámbito conductual, se utilizaron técnicas como el autorregistro, la programación de actividades y ejercicios enfocados en incrementar las experiencias de dominio y agrado. Estas herramientas ayudarán al consultor a realizar un seguimiento de su progreso y aumentar su participación en actividades placenteras. Los avances obtenidos inicialmente en el área conductual se extendieron al ámbito emocional, mejorando significativamente las relaciones familiares, en concordancia con los hallazgos reportados por Álvaro (2018).

La eficacia del programa fue confirmada mediante evaluaciones realizadas tras la intervención, empleando herramientas como el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y registros personales realizados por la menor. Los resultados obtenidos son consistentes con estudios previos (Grosse et al., 2019; Lias et al., 2018; Nakagawa et al., 2017), que respaldan la efectividad de las terapias cognitivo-conductuales, tanto con o sin apoyo farmacológico. Estos resultados muestran semejanza con estudios realizados anteriormente por Feijo (2021) quien empleando la terapia cognitivo conductual pudo disminuir los pensamientos disfuncionales y cambiarlos por unos más funcionales utilizando la reestructuración cognitiva.

En resumen, este estudio logró cumplir su objetivo principal al disminuir los síntomas depresivos de la menor, fomentando pensamientos más racionales y contribuyendo a su desarrollo integral. Aunque la intervención fue individual, investigaciones como las de Garay et al. (2018) subrayan los beneficios de integrar enfoques mixtos. Por ello, se sugiere combinar intervenciones individuales con estrategias grupales en futuras aplicaciones, ya que, si bien los resultados de estudios

de caso no son extrapolables a toda la población, pueden proporcionar orientación valiosa para investigaciones

### **3.3 Seguimiento**

Al finalizar la intervención se llevó a cabo dos sesiones de seguimiento, realizada una vez al mes, por un plazo de dos meses. Estas sesiones se realizaron de forma telefónica.

#### IV. CONCLUSIONES

- a. Se redujo las respuestas fisiológicas asociadas al cuadro de depresión que experimentaba la adolescente.
- b. Se logró una disminución de los síntomas depresivos que experimentaba la menor a nivel cognitivo, emocional y conductual, lo cual demostró la eficacia de la intervención del programa cognitivo conductual.
- c. Se logró determinar los niveles de los síntomas depresivos que experimentaba la adolescente mediante las fichas de registro.
- d. Se logró disminuir la frecuencia de los pensamientos automáticos negativos asociadas a la depresión mediante la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual.
- e. Se logró disminuir las respuestas emocionales asociadas a la depresión con la aplicación de técnicas cognitivas y conductuales.
- f. Se pudo evidenciar un aumento en la frecuencia de actividades de agrado, las mismas que siendo funcionales permiten en la menor una mayor sensación de logro, estas actividades se programaron gradualmente para su realización logrando significativamente el bienestar de la menor.

## V. RECOMENDACIONES

- 5.1 Continuar fortaleciendo el repertorio de actividades, incrementando actividades nuevas o que anhela integrando a los demás integrantes del grupo familiar como su padre y hermana.
- 5.2 Ampliar los estudios en el tratamiento de la depresión, aplicando el programa de terapia cognitivo conductual con pacientes que tengan características similares, como sexo, edad nivel educativo y nivel socio económico, con el fin de evaluar si los resultados se mantienen consistentes en este grupo y validar si se mantiene la eficacia del enfoque cognitivo conductual.
- 5.3 Implementar en el programa sesiones que no solo sean dirigidos a una sola persona, sino que puedan aplicarse de forma grupal, por ejemplo, que incluya las principales redes de soporte familiar buscando prevenir cuadros de depresión persistente.
- 5.4 Realizar nuevos estudios incorporando otras técnicas terapéuticas dentro de la terapia cognitivo conductual para verificar el nivel de eficacia frente al diagnóstico de depresión.

## VI. REFERENCIAS

- Álvaro, K. (2018). *Terapia cognitivo conductual para la depresión en una joven de 22 años* [Trabajo académico para optar por el título de especialista, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5830>
- Antón, M. V., García, M. P., & García, B. J. (2016). Intervención cognitivo conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 45–52. [https://www.revistapcna.com/sites/default/files/antonmenarguez\\_et\\_al\\_2016\\_tcc\\_depresion\\_adolescente\\_tardia.pdf](https://www.revistapcna.com/sites/default/files/antonmenarguez_et_al_2016_tcc_depresion_adolescente_tardia.pdf)
- Beck, A., John, A., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19.<sup>a</sup> ed.). Dèscle de Brouwer.
- Beck, A., & Emery, G. (1993). *Trastornos de ansiedad y fobias*. Paidós.
- Buela-Casal, G., & Sierra, J. (2004). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Biblioteca Nueva.
- Caballero, A. (2014). *Modelo de intervención en mujeres con depresión* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Estado de México]. Repositorio Institucional. UAEM. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/5026179>

Cárdenas, M., Feria, M., Vázquez, J., Palacios, L., & De la Peña, F. (2018). Guía clínica para los trastornos afectivos en niños y adolescentes. *Guía Clínica para la Atención de Trastornos Mentales*, 1(4), 21–52.

Chávez, K., & Tena, E. (2018). *Depresión: manual de intervención grupal en habilidades sociales*. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

Coryell, W. (2020). *Trastornos depresivos*.  
<https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiquiatricos/trastornos-del-estado-de-anim/trastornos-depresivos>

Defensoría del Pueblo. (2018). *El derecho de la salud mental: Supervisión de la implementación de la política pública de la atención comunitaria y el camino de la desinstitucionalización*. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/Informe-Defensorial-N%C2%BA-180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD.pdf>

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (2021). *Depresión* (Informe n.º 21). National Institute of Mental Health. <https://www.nih.gov>

Flores, V. (2019). *Estudio de caso clínico: Programa de intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en la adolescencia temprana* [Tesis de licenciatura, USMP]. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5567>

García, V. (2021). *Intervención cognitivo conductual de un caso de trastorno depresivo recurrente con rasgos de personalidad dependiente*. [Tesis de licenciatura, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Académico USMP. [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/9177/GARCIA\\_MV.pdf](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/9177/GARCIA_MV.pdf)

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill.

Hospital Hermilio Valdizán. (2021). *Boletín epidemiológico, enero 2021. Revista de Epidemiología*. <http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Epidemiologia/Boletin/2021/ENERO.pdf>

Ijaz, S., Davies, P., Williams, C. J., Kessler, D., Lewis, G., & Wiles, N. (2018). Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, (CD010558). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010558.pub2>

Instituto Nacional de Salud Mental. (2020, 13 de enero). *Más de dos millones y medio de peruanos tendría algún problema de depresión*. Gob.pe <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2013/020.html>

Kerlinger, F. P., & Lee, C. B. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. (4.<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill.

Leahy, R. (2018). *Técnicas en terapias cognitivas*. Akadia.

López, J. (2016). *Terapia cognitivo conductual para un episodio depresivo de un paciente adulto* [Tesis de especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio UNFV.

Ministerio de Salud. (2009, 8 de agosto). Resolución Ministerial N.º 538-2009/MINSA. *Diario Oficial El Peruano*.  
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/246361>

Ministerio de Salud. (2018). *Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018–2021*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>

Montero, I., & León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 115–127. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33701007.pdf>

Nakagawa, A., Mitsuda, D., & Sado, M. (2017). Effectiveness of supplementary cognitive-behavioral therapy for pharmacotherapy resistant depression: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78(8), 1126–1135.  
<https://doi.org/10.4088/JCP.15m10511>

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.

Organización Mundial de la Salud. (2021, 13 de septiembre). *Depresión*.

<https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/depression#:~:text=Datos%20y%20cifras>

Organización Mundial de la Salud. (2022, 3 de febrero). *Salud mental*.

[https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1)

Organización Panamericana de la Salud. (2023, 7 de junio). *Depresión*.

<https://www.paho.org/es/temas/depression>

Rodríguez, D., & González, M. (2020). *Integración de la terapia cognitivo conductual y la terapia centrada en soluciones en un caso de depresión mayor* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional UNAM.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94469>

Rodríguez, R. (2020). *¿Qué es la depresión? Síntomas, consecuencias y tratamiento*. Psiquión.

<https://www.psiquion.com/blog/que-es-depresion>

Rojas, R. (2020). *Estudio de caso en un adulto joven con trastorno de depresión mayor moderada único episodio*. [Tesis de pregrado, Universidad Pontificia Bolivariana].

*Repositorio* *UPB.*

[https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/9095/105\\_1%20%281%29.pdf](https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/9095/105_1%20%281%29.pdf)

Ruiz, A., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.

Sánchez, B. (2019). Estudio de caso clínico: *Programa de intervención cognitivo-conductual para un caso de depresión en una adolescente con rasgos de personalidad esquizoide* [Tesis de licenciatura, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Académico USMP.

[https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5571/SANCHEZ\\_LB.pdf](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5571/SANCHEZ_LB.pdf)

Solís, C. (2007). *El Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II): Validez y confiabilidad en pacientes de dos hospitales de salud mental de Lima Metropolitana* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio -Institucional PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/4820>

## VII. ANEXOS

### ANEXO A

*Registro de frecuencia de pensamientos automáticos*

<b>PENSAMIENTOS NEGATIVOS</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>J</b>	<b>V</b>	<b>S</b>	<b>D</b>
<b>1. Nunca seré como las demás chicas...</b>							
<b>2. Mi mamá no me quiere...</b>							
<b>3. No sé hacer bien las cosas...</b>							
<b>4. Todo me sale mal...</b>							
<b>5. No creo que alguien pueda ayudarme.</b>							

## ANEXO B

### *Registro de reestructuración de pensamientos automáticos*

<b>Situación</b>	<b>Pensamiento automático</b>	<b>Emoción y conducta</b>	<b>Reestructuración cognitiva o Nuevo pensamiento</b>	<b>Nueva conducta</b>	<b>Nueva emoción</b>
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

## ANEXO C

### Cuestionario de depresión infantil

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_  
**Unidad/Centro** \_\_\_\_\_ **Nº Historia** \_\_\_\_\_  
**Edad:** \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses. **Sexo** \_\_\_\_\_ **Curso escolar** \_\_\_\_\_

#### 7.6 CUESTIONARIO - CDI-

Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado.

1.  Estoy triste de vez en cuando.  
 Estoy triste muchas veces.  
 Estoy triste siempre.
2.  Nunca me saldrá nada bien  
 No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.  
 Las cosas me saldrán bien
3.  Hago bien la mayoría de las cosas.  
 Hago mal muchas cosas  
 Todo lo hago mal
4.  Me divierten muchas cosas  
 Me divierten algunas cosas  
 Nada me divierte
5.  Soy malo siempre  
 Soy malo muchas veces  
 Soy malo algunas veces
6.  A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.  
 Me preocupa que me ocurran cosas malas.  
 Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7.  Me odio  
 No me gusta como soy  
 Me gusta como soy
8.  Todas las cosas malas son culpa mía.  
 Muchas cosas malas son culpa mía.  
 Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.
9.  No pienso en matarme  
 pienso en matarme pero no lo haría  
 Quiero matarme.
10.  Tengo ganas de llorar todos los días  
 Tengo ganas de llorar muchos días
- Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.
11.  Las cosas me preocupan siempre  
 Las cosas me preocupan muchas veces.  
 Las cosas me preocupan de cuando en cuando.
12.  Me gusta estar con la gente  
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente  
 No quiero en absoluto estar con la gente.
13.  No puedo decidirme  
 Me cuesta decidirme  
 me decido fácilmente
14.  Tengo buen aspecto  
 Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.  
 Soy feo
15.  Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes  
 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes  
 No me cuesta ponerme a hacer los deberes
16.  Todas las noches me cuesta dormirme  
 Muchas noches me cuesta dormirme.  
 Duermo muy bien
17.  Estoy cansado de cuando en cuando  
 Estoy cansado muchos días  
 Estoy cansado siempre
18.  La mayoría de los días no tengo ganas de comer  
 Muchos días no tengo ganas de comer  
 Como muy bien
19.  No me preocupa el dolor ni la enfermedad.  
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad  
 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad

20.  Nunca me siento solo.  
 Me siento solo muchas veces  
 Me siento solo siempre
21.  Nunca me divierto en el colegio  
 Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.  
 Me divierto en el colegio muchas veces.
22.  Tengo muchos amigos  
 Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más  
 No tengo amigos
23.  Mi trabajo en el colegio es bueno.  
 Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.  
 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
24.  Nunca podré ser tan bueno como otros niños.  
 Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.  
 Soy tan bueno como otros niños.
25.  Nadie me quiere  
 No estoy seguro de que alguien me quiera  
 Estoy seguro de que alguien me quiere.
26.  Generalmente hago lo que me dicen.  
 Muchas veces no hago lo que me dicen.  
 Nunca hago lo que me dicen
27.  Me llevo bien con la gente  
 Me peleo muchas veces.  
 Me peleo siempre.

"Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge en cada grupo una oración, la que mejor diga cómo te has portado, cómo te has sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, luego coloca una marca como una 'X' en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti"

## ANEXO D

### STAI



## 7.5. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

1

ANSIEDAD-ESTADO		
<i>Instrucciones:</i> A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se <i>siente usted ahora mismo</i> , en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.		
1. Me siento calmado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
2. Me siento seguro	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
3. Estoy tenso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
4. Estoy contrariado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
6. Me siento alterado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
8. Me siento descansado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
9. Me siento angustiado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
12. Me siento nervioso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
13. Estoy desasosegado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
15. Estoy relajado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
16. Me siento satisfecho	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
17. Estoy preocupado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
19. Me siento alegre	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho

### ANSIEDAD-RASGO

*Instrucciones:* A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted en general*, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

21. Me siento bien	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
22. Me canso rápidamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
23. Siento ganas de llorar	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
26. Me siento descansado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
30. Soy feliz	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
32. Me falta confianza en mí mismo	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
33. Me siento seguro	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
35. Me siento triste (melancólico)	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
36. Estoy satisfecho	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
39. Soy una persona estable	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre

## ANEXO E

### *Cuestionario de ansiedad, estado-rasgo (STAI).*

- Nombre Original : State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
- Autora/a : C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene.
- Procedencia : Consulting Psychologists Press, Polo Alto California.
- Adaptación Española : Sección de estudios de TEA Ediciones, S.A., Madrid  
Buela-Casal et al., 1892
- Adaptación Peruana : Se realizo en Trujillo en 2021
- Forma de Administración : Individual y Colectiva.
- Tiempo de Aplicación : 15 minutos aproximadamente
- Edad de Aplicación : Adolescentes y adultos.
- Tipificación : Muestras de cada sexo de escolares y de población general de adultos, e información estadística de grupos clínicos.
- Composición : Manual

- A. Propiedades psicométricas: Cuenta una confiabilidad del .80, dentro de su consistencia interna en los indicadores de homogeneidad de .342 (ítem 6) y .687 (ítem 10) en E, mientras que en S se encuentran entre .238 (ítem 34) y .693 (ítem 36) dan cuenta de una buena relación de los reactivos con el instrumento. Mientras que en la adaptación peruana se halló una fiabilidad aceptable en ambas dimensiones, ansiedad estado y ansiedad rasgo -  $\omega > .70$  (Bazán, 2021).
- B. Descripción de la prueba. La prueba posee dos secciones con 20 preguntas cada una. La primera (A/E) evalúa un estado emocional transitorio, compuesto por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y la hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda (A/R) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, característico de los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.
- C. Administración. La consigna es: “en este cuestionario hay 40 afirmaciones para describirse a uno mismo. Las primeras 20 preguntas estarán relacionadas a cómo te sientes ahora mismo, y las siguientes 20 preguntas se centran en cómo te sientes generalmente en la mayoría de ocasiones. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas. Las opciones disponibles son: nada, algo, bastante, mucho y en la otra cara son: casi nunca, a veces, a menudo, y casi siempre”.
- D. Calificación. Las puntuaciones de las escalas de A/E y A/R van de 0 a 60 puntos. Los sujetos mismos se auto evalúan en una escala del 0 a 3 puntos en cada una de las afirmaciones.

## ANEXO F

*M.A.C.I.*

1. Yo prefiero mucho mas seguir a otro en vez de mandar
2. Estoy bastante seguro de que se quién soy y de lo que quiero en la vida.
3. Yo no necesito tener amistades intimas como los otros jóvenes.
4. A menudo me fastidia hacer las cosas que los otros quieren que haga.
5. Me esfuerzo al máximo para no herir los sentimientos de otras personas.
6. Puedo confiar en que mis padres serán comprensivos conmigo.
7. Algunas personas piensan de mi que soy un poco creído.
8. Nunca tomaría drogas, pasase lo que pasase.
9. Siempre trato de hacer lo que es adecuado.
10. Me gusta mi aspecto.
11. Aunque a veces me descontrolo comiendo, odio cuando aumento de peso.
12. Parece que nada de lo que pasa me hace sentir ni triste ni feliz.
13. Parece que tengo problemas para llevarme bien con otros adolescentes de mi edad.
14. Me da mucha vergüenza contarle a otras personas como abusaron de mí.
15. Nunca he hecho nada por lo que hubiera podido ser arrestado.
16. Pienso que todos estarían mejor si yo estuviera muerto.
17. A veces, cuando estoy lejos de mi casa, empiezo a sentirme tenso y con miedo.
18. Generalmente actúo de forma rápida, sin pensar.
19. Supongo que soy un quejica que espera que pase lo peor.
20. No es raro sentirse solo y no deseado.
21. El castigo nunca me ha frenado para hacer lo que yo quería
22. Parece ser que la bebida ha sido un problema para varios miembros de mi familia.
23. Me gusta seguir propias instrucciones y hacer lo que otros esperan de mi.
24. Me parece que encajo enseguida en cualquier grupo de chicos o chicas.
25. Muy poco de lo que he hecho ha sido apreciado por los demás.
26. Odio no tener ni el aspecto ni la inteligencia que quisiera tener.
27. Me gusta mi hogar.
28. Algunas veces meto miedo a otros chicos o chicas para que hagan lo que yo quiero.
29. Aunque la gente me dice que estoy delgado o delgada, yo sigo creyendo que peso demasiado.
30. Cuando tomo unas copas me siento mas seguro de mi mismo.
31. La mayoría de la gente es mas atractiva que yo
32. Cuando estoy en medio de una multitud, a menudo siento que me va a dar un ataque de pánico o que me voy a desmayar.
33. A veces me provocho el vomito después de comer mucho.
34. Con frecuencia me siento como si no tuviera rumbo, como perdido en la vida.
35. Parece que no les caigo bien a la mayoría de los jóvenes.
36. Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo o sola.
37. Implicarse en los problemas de otros es una perdida de tiempo.

38. Muchas veces siento que otros no quieren ser amistosos conmigo.
39. No me importa mucho lo que otros jóvenes piensan de mí.
40. Solía “colocarme” tanto (con alcohol o drogas) que no sabía lo que estaba haciendo.
41. No me importa decirle a la gente cosas que no le gusta oír.
42. Me veo a mi mismo muy lejos de lo que en realidad me gustaría ser.
43. Las cosas en mi vida van de mal en peor.
44. Tan pronto como tengo el impulso de hacer algo, lo hago.
45. A mi nunca me han llamado “delincuente juvenil”.
46. Con frecuencia yo soy mi peor enemigo.
47. Muy pocas cosas o actividades parecen darme placer.
48. Siempre pienso en ponerme a dieta, aun cuando la gente me dice que estoy demasiado delgado o delgada.
49. Es muy difícil, para mí, sentir lástima por las personas que siempre están preocupadas por alguna cosa.
50. Es bueno tener una rutina para hacer la mayoría de las cosas.
51. No creo tener tanto interés por el sexo como la gente de mi edad.
52. No veo nada malo en utilizar a otros para conseguir lo que quiero.
53. Preferiría estar en cualquier lugar en vez de en casa.
54. A veces me siento tan desbordado que querría dañarme gravemente.
55. No creo haber sido abusado sexualmente.
56. Soy un tipo de persona teatral a quien le gusta llamar la atención.
57. Puedo beber más cerveza o licor que la mayoría de mis amigos.
58. Los padres y maestros son demasiado duros con los jóvenes que no siguen las reglas.
59. Me gusta mucho coquetear.
60. No me molesta ver a alguien sufriendo.
61. Al parecer no tengo muchos sentimientos por los demás
62. Disfruto pensando en el sexo.
63. Me preocupa mucho pensar en que me dejen solo y abandonado.
64. Con frecuencia estoy triste y siento que nadie me quiere.
65. Se supone que debo ser delgado o delgada, pero siento que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
66. Con frecuencia me lo merezco cuando los otros me critican.
67. La gente me presiona para que haga más de lo que es justo
68. Creo que tengo un buen cuerpo.
69. Socialmente, siento que me dejan de lado.
70. Hago amigos fácilmente.
71. Soy una persona un tanto asustadiza y ansiosa.
72. Odio recordar algunas de las formas en que abusaron de mí.
73. No soy diferente a muchos jóvenes que roban cosas de vez en cuando.
74. Prefiero actuar primero y pensarlo después.
75. He pasado por periodos en los que he fumado “canutos” varias veces a la semana.
76. Hay tantas normas en mi camino, que es difícil hacer lo que quiero.
77. Cuando las cosas se ponen aburridas, me gusta crear un poco de emoción.
78. A veces yo haría algo cruel para hacer infeliz a alguien.

79. Paso mucho tiempo preocupándome acerca de mi futuro.
80. Con frecuencia siento que no me merezco las cosas buenas que hay en mi vida.
81. Me da un poco de tristeza cuando veo a alguien que se siente solo.
82. Como poco delante de otros, pero después me atiborro cuando estoy solo o sola.
83. Mi familia siempre esta gritando y peleándose.
84. A veces me siento muy infeliz de ser quien soy.
85. Al parecer yo no disfruto estando con gente.
86. Tengo ciertas capacidades que otros jóvenes quisieran tener.
87. Me siento muy incomodo con la gente, a menos que este seguro de que realmente les gusto.
88. Matarme seria la manera más fácil de resolver mis problemas.
89. A veces me confunde o me turba que la gente sea amable conmigo.
90. La bebida parece que me ayuda mucho cuando me siento deprimido.
91. Casi nunca espero algún acontecimiento con placer o emoción.
92. Soy muy bueno inventando excusas para salir de los problemas.
93. Es muy importante que los niños aprendan a obedecer a los mayores.
94. El sexo es algo placentero.
95. A nadie le importa realmente si yo vivo o si me muero.
96. Deberíamos respetar a nuestros mayores y no pensar que nosotros sabemos mas.
97. A veces siento placer lastimando a alguien físicamente.
98. A veces me siento mal después de que me haya pasado algo bueno.
99. No creo que la gente me vea como una persona atractiva.
100. Socialmente soy solitario, pero no me importa.
101. Casi todo lo que intento me resulta fácil.
102. Hay veces en las que siento que soy mucho más joven de lo que realmente soy.
103. Me gustaría ser el centro de atención.
104. Si quiero hacer algo, simplemente lo hago, sin pensar en lo que pueda pasar.
105. Tengo un temor terrible de que, por muy delgado o delgada que este, volveré a subir de peso si como.
106. No me acerco mucho a las personas porque me da miedo que se burlen de mi.
107. Cada vez con más frecuencia he pensado en terminar con mi vida.
108. A veces me rebajo a mi mismo para que otra se sienta mejor.
109. Me da mucho miedo cuando pienso en estar completamente solo en el mundo.
110. Las cosas buenas no duran.
111. He tenido algunos choques con la ley.
112. Me gustaría cambiar mi cuerpo por el de alguna otra persona.
113. Hay muchas ocasiones en las que desearía ser mucho mas joven de nuevo.
114. No he visto un automóvil en los últimos diez años.
115. Otras personas de mi edad parecen estar más seguras que yo de saber quiénes son y lo que quieren.
116. Muchas veces me desconcierta pensar en el sexo.
117. Hago lo que quiero sin preocuparme de si afecta a otros.
118. Muchas de las cosas que hoy parecen buenas, se volverán malas mas adelante.
119. Parece que la gente de mi edad nunca me llama para que salgamos juntos.

120. Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin un “canuto”.
121. Yo hago que mi vida sea peor de lo que debería ser.
122. Prefiero que me digan lo que tengo que hacer en lugar de tener que decidir por mi mismo.
123. He intentado suicidarme, en el pasado.
124. Me pego grandes atracones de comida un par de veces a la semana.
125. Últimamente parece que me deprimó por cosas pequeñas.
126. El año pasado cruce el Atlántico en avión 30 veces.
127. Hay veces en las que preferiría ser otra persona.
128. No me importa tratar mal a la gente para demostrar mi poder.
129. Me avergüenzo de algunas cosas terribles que me han hecho los adultos.
130. Intento hacer todo lo que hago lo mas perfectamente que puedo.
131. Estoy contento con la forma en que mi cuerpo se ha desarrollado.
132. Con frecuencia me asusto cuando pienso en las cosas que tengo que hacer.
133. Últimamente me siento inquieto y nervioso casi todo el tiempo.
134. Yo acostumbraba a probar drogas duras para ver el efecto que hacían.
135. Con mi simpatía puedo conseguir que la gente me de casi todo lo que quiero.
136. Muchos otros jóvenes consiguen oportunidades que yo no consigo.
137. Hubo personas que hicieron cosas sexuales conmigo cuando yo, todavía, no podía entender.
138. Con frecuencia sigo comiendo hasta que me siento enfermo o enferma.
139. En un grupo, yo me burlaría de alguien solo para humillarle.
140. No me gusta ser la persona en la que me he convertido.
141. Al parecer siempre echo a perder las cosas buenas que me pasan.
142. Aunque quiero tener amigos, no tengo casi ninguno.
143. Me agrada que ahora los sentimientos acerca del sexo se hayan convertido en una parte de mi vida.
144. Soy capaz de pasar mucha hambre con tal de ser mas delgado o delgada de lo que soy.
145. Soy muy maduro para mi edad y se lo que quiero hacer en la vida.
146. En muchas cosas me siento muy superior a la mayoría de la gente.
147. Mi futuro me parece sin esperanza.
148. A mis padres les ha costado mucho mantenerme en el camino recto.
149. Cuando no me salgo con la mía, me descontrolo fácilmente.
150. A veces me divierte hacer ciertas cosas que son ilegales.
151. Supongo que dependo demasiado de otros para que me ayuden.
152. Mis amigos y yo podemos acabar muy borrachos cuando lo estamos pasando bien.
153. La mayor parte del tiempo me siento solo y vacío.
154. Me siento totalmente sin objetivos y sin saber adónde voy.
155. Decir mentiras es una cosa muy normal.
156. He estado pensando en cómo y cuando suicidarme.
157. Me gusta provocar peleas.
158. Hay veces en las que parece que no fle importo a nadie en mi casa.
159. Es bueno tener una forma regular de hacer las cosas para no cometer errores.
160. Probablemente me merezco muchos de los problemas que tengo.

## ANEXO G

### Hoja de respuestas MACI



Lee las frases del Cuadernillo que te han entregado y decide si, aplicadas a ti, son **verdaderas (V)** o **falsas (F)**. Marca con un aspa (X) el hueco debajo de la letra **V** en el caso de que la frase sea verdadera o el espacio debajo de la letra **F** si fuese falsa.

Lee y contesta a los dos ejemplos siguientes:

		V	F
1	Soy un ser humano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Mido más de tres metros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Procura contestar con orden; comprueba la numeración de la frase en el Cuadernillo y de la respuesta en esta Hoja. Anota sólo una respuesta para cada frase e intenta no dejar frases sin contestar, aunque no estés totalmente seguro de tu respuesta. Si no eres capaz de decidirte por V o F, debes marcar el espacio de la letra F (Falso).

V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
1	<input type="checkbox"/>	21	<input type="checkbox"/>	41	<input type="checkbox"/>	61	<input type="checkbox"/>	81	<input type="checkbox"/>	101	<input type="checkbox"/>	121	<input type="checkbox"/>	141	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	22	<input type="checkbox"/>	42	<input type="checkbox"/>	62	<input type="checkbox"/>	82	<input type="checkbox"/>	102	<input type="checkbox"/>	122	<input type="checkbox"/>	142	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	23	<input type="checkbox"/>	43	<input type="checkbox"/>	63	<input type="checkbox"/>	83	<input type="checkbox"/>	103	<input type="checkbox"/>	123	<input type="checkbox"/>	143	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	24	<input type="checkbox"/>	44	<input type="checkbox"/>	64	<input type="checkbox"/>	84	<input type="checkbox"/>	104	<input type="checkbox"/>	124	<input type="checkbox"/>	144	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	25	<input type="checkbox"/>	45	<input type="checkbox"/>	65	<input type="checkbox"/>	85	<input type="checkbox"/>	105	<input type="checkbox"/>	125	<input type="checkbox"/>	145	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>	46	<input type="checkbox"/>	66	<input type="checkbox"/>	86	<input type="checkbox"/>	106	<input type="checkbox"/>	126	<input type="checkbox"/>	146	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>	47	<input type="checkbox"/>	67	<input type="checkbox"/>	87	<input type="checkbox"/>	107	<input type="checkbox"/>	127	<input type="checkbox"/>	147	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	28	<input type="checkbox"/>	48	<input type="checkbox"/>	68	<input type="checkbox"/>	88	<input type="checkbox"/>	108	<input type="checkbox"/>	128	<input type="checkbox"/>	148	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	29	<input type="checkbox"/>	49	<input type="checkbox"/>	69	<input type="checkbox"/>	89	<input type="checkbox"/>	109	<input type="checkbox"/>	129	<input type="checkbox"/>	149	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	30	<input type="checkbox"/>	50	<input type="checkbox"/>	70	<input type="checkbox"/>	90	<input type="checkbox"/>	110	<input type="checkbox"/>	130	<input type="checkbox"/>	150	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	31	<input type="checkbox"/>	51	<input type="checkbox"/>	71	<input type="checkbox"/>	91	<input type="checkbox"/>	111	<input type="checkbox"/>	131	<input type="checkbox"/>	151	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	32	<input type="checkbox"/>	52	<input type="checkbox"/>	72	<input type="checkbox"/>	92	<input type="checkbox"/>	112	<input type="checkbox"/>	132	<input type="checkbox"/>	152	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	33	<input type="checkbox"/>	53	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>	93	<input type="checkbox"/>	113	<input type="checkbox"/>	133	<input type="checkbox"/>	153	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	34	<input type="checkbox"/>	54	<input type="checkbox"/>	74	<input type="checkbox"/>	94	<input type="checkbox"/>	114	<input type="checkbox"/>	134	<input type="checkbox"/>	154	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	35	<input type="checkbox"/>	55	<input type="checkbox"/>	75	<input type="checkbox"/>	95	<input type="checkbox"/>	115	<input type="checkbox"/>	135	<input type="checkbox"/>	155	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	36	<input type="checkbox"/>	56	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>	96	<input type="checkbox"/>	116	<input type="checkbox"/>	136	<input type="checkbox"/>	156	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	37	<input type="checkbox"/>	57	<input type="checkbox"/>	77	<input type="checkbox"/>	97	<input type="checkbox"/>	117	<input type="checkbox"/>	137	<input type="checkbox"/>	157	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	38	<input type="checkbox"/>	58	<input type="checkbox"/>	78	<input type="checkbox"/>	98	<input type="checkbox"/>	118	<input type="checkbox"/>	138	<input type="checkbox"/>	158	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	39	<input type="checkbox"/>	59	<input type="checkbox"/>	79	<input type="checkbox"/>	99	<input type="checkbox"/>	119	<input type="checkbox"/>	139	<input type="checkbox"/>	159	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	40	<input type="checkbox"/>	60	<input type="checkbox"/>	80	<input type="checkbox"/>	100	<input type="checkbox"/>	120	<input type="checkbox"/>	140	<input type="checkbox"/>	160	<input type="checkbox"/>

## ANEXO H

### Ficha Técnica - MACI

#### Ficha técnica

- **Nombre:** MACI. Inventario Clínico para Adolescentes de Millon.
- **Nombre original:** *MACI. Millon Adolescent Clinical Inventory.*
- **Autor:** Theodore Millon, con la colaboración de Carrie Millon, Ph D. y Roger Davis.
- **Procedencia:** *National Computer System (1993).*
- **Adaptación española:** Gloria Aguirre Llagostera (2003).
- **Aplicación:** Normalmente, individual. En ciertas ocasiones puede hacerse una aplicación colectiva.
- **Ámbito de aplicación:** De 13 a 19 años.
- **Duración:** Variable, aproximadamente 30 minutos.
- **Finalidad:** Evaluación de las características de personalidad y los síndromes clínicos de los adolescentes.
- **Baremación:** Baremos de población clínica diferenciados por sexo y edad en puntuaciones Tasa Base.
- **Material:** Manual, cuadernillo, hoja de respuestas y disco perfil. Con carácter opcional, puede disponerse también de plantillas y de hojas de cálculo para corregir la prueba manualmente.