

**DISEÑO DE GUÍA VIRTUAL PARA EL SEGUIMIENTO DE ADOLESCENTES  
CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR**

**TRABAJO DE GRADO**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
CURSO DE ESPECIAL INTERÉS EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DE LA  
ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN  
BOGOTÁ D.C., MAYO DE 2018**

**DISEÑO DE GUÍA VIRTUAL PARA EL SEGUIMIENTO DE ADOLESCENTES  
CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (VATDM)**

**TRABAJO DE GRADO**

**Ps. MSc. IVONNE EDITH ALEJO CASTAÑEDA  
ASESORA**

**ANGIE PAOLA CASTILLO GARCÍA (425530)  
JULIÁN ESTEBAN RODRÍGUEZ GALEANO (425504)**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
CURSO DE ESPECIAL INTERÉS EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DE LA  
ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN  
BOGOTÁ D.C., MAYO DE 2018**



## Atribución-NoComercial 2.5 Colombia (CC BY-NC 2.5)

La presente obra está bajo una licencia:  
**Atribución-NoComercial 2.5 Colombia (CC BY-NC 2.5)**

Para leer el texto completo de la licencia, visita:  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/co/>

### Usted es libre de:



Compartir - copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra  
hacer obras derivadas

### Bajo las condiciones siguientes:



**Atribución** — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciante (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).



**No Comercial** — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

“Las opiniones expresadas en este trabajo son responsabilidad de los autores; la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia ha verificado el cumplimiento de las condiciones mínimas de rigor científico y de manejo ético.”

(Artículo 65 Reglamento Interno)

## **Agradecimientos**

Agradecemos a la Universidad Católica de Colombia por darnos la oportunidad de adentrarnos en su espacio en un tiempo de nuestras vidas, brindándonos la oportunidad de conocer, compartir y dialogar con muchos de los que hoy en día son amigos y compañeros y profesores.

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo principalmente, a mamá y papá, quienes hicieron, de muchas formas posibles, mi camino por esta carrera profesional, de igual manera a mis familiares y amigos más cercanos, quienes, en su forma particular, me apoyaron y soportaron en los momentos en que ni yo mismo podía.

Julián Rodríguez.

A mamá y papá, por su interminable apoyo, atención y paciencia en este proceso por verme profesional.

Angie Castillo.

## Tabla de Contenido

Resumen,	1
Justificación,	2
Conceptualización de la Depresión,	4
Teorías Explicativas de la Depresión,	8
Prevalencia, Incidencia y Pronóstico,	11
Evaluación,	12
Riesgos Asociados,	14
Depresión Mayor en la Adolescencia,	15
Manifestación de la Depresión Mayor en Adolescentes de Acuerdo al Género,	17
¿Cómo detectar un trastorno depresivo mayor en adolescentes?,	19
Tratamiento de la Depresión Mayor en Adolescentes,	20
Objetivos,	24
Objetivo General,	24
Objetivos Específicos,	24
Estudio del Mercado,	25
a. Objetivo General del Estudio de Mercado,	25
b. Objetivos Específicos del estudio de Mercado,	25
c. Descripción del Producto,	25
d. Nombre,	25
e. Producto Básico,	27
f. Producto Real,	28
g. Producto Ampliado,	29
h. Clientes,	29
i. Mercado Potencial,	29
j. Mercado Objetivo,	31
k. Mercado Meta,	34
l. Competencia,	34
m. Competencia Directa,	34
n. Competencia Sucedánea,	35

- o. Productos de la Competencia, 36
- p. Análisis DOFA, 38
- q. Estrategias, 38
- r. Canales de Distribución, 39
- s. Resultados del Estudio de Mercado, 39
- t. Discusión del Estudio de Mercado, 46
- u. Presupuesto, 48

Resultados, 49

Conclusiones, 93

Referencias, 97

Apéndices, 103



## **Lista de Tablas**

Tabla 1. Matriz DOFA, 37

Tabla 2. Análisis de Costos y Gastos, 47

## Lista de Figuras

- Figura 1. Logosímbolo del producto, 26
- Figura 2. Mapa de la localidad, 33
- Figura 3. Comparación entre los tipos de mercado, 34
- Figura 4. Diferenciación del producto con otros similares, 39
- Figura 5. Factores que podrían influir en la decisión de compra, 40
- Figura 6. Preferencia por el tiempo de vigencia de la licencia del producto, 40
- Figura 7. Preferencia de pago referente a tiempo de tratamiento o paciente, 41
- Figura 8. Preferencia de personalizar el producto, 41
- Figura 9. Preferencia frente el tipo adquisición del producto al momento al momento de la compra, 42
- Figura 10. Contenidos que los encuestados consideran fundamentales para el aplicativo, 42
- Figura 11. Temas que consideran deberían ser enseñados en el aplicativo, 43
- Figura 12. Tiempo en el que los encuestados consideran se deberían ver resultados en los usuarios del aplicativo, 43
- Figura 13. Elementos que los encuestados consideran como valor agregado para adquisición del producto, 44
- Figura 14. Expectativas de los encuestados frente a los diseñadores del producto, 44
- Figura 15. Preferencia por parte de los encuestados frente a la forma de adquisición del producto, 45
- Figura 16. Frecuencia de respuestas frente a los elementos multimedia, 45
- Figura 17. Preferencia por colores y las temáticas asociada a estos, 46
- Figura 18. Dispositivo donde prefieren tener acceso al aplicativo, 46
- Figura 19. Menú principal Actívate, 49
- Figura 20. ¿Quiénes somos?, 50
- Figura 21. Nuestros servicios, 51
- Figura 22. Inicia sesión, 52

Figura 23. Contáctanos, 53

Figura 24. Chats grupales, 54

Figura 25. Soporte técnico, 55

Figura 26. Tu perfil, 56

Figura 27. Unidades, 57

Figura 28. Unidad 1; cuidado, 58

Figura 29. Unidad 2: psicoeducación emocional, 59

Figura 30. Unidad 3: psicoeducación de la depresión, 60

Figura 31. Unidad 4: validación y flexibilización del pensamiento, 61

Figura 32. Primera unidad, 62

Figura 33. Instrucciones, 63

Figura 34. Vulnerabilidades, 64

Figura 35. Antecedentes, 65

Figura 36. Desencadenante, 66

Figura 37. Fisiología, 67

Figura 38. Distráete, 68

Figura 39. Ayuda, 69

Figura 40. Mímate, 70

Figura 41. Olfato y gusto, 71

Figura 42. Tacto, 72

Figura 43. Mejora, 73

Figura 44. Llama a tus amigos, 74

Figura 45. Línea de emergencia, 75

Figura 46. Descargar, 76

Figura 47. Psicoeducación emocional, 77

Figura 48. Información, 78

Figura 49. Emociones, 79

Figura 50. Emociones básicas, 80

Figura 51. Regulación emocional, 81

Figura 52. Importancia de regular las emociones, 82

Figura 53. Ventajas de la regulación emocional, 83

- Figura 54. ¿Qué sucede sin regulación?, 84
- Figura 55. Técnicas, 85
- Figura 56. Descargas, 86
- Figura 57. Registro, 87
- Figura 58. Signos y síntomas, 88
- Figura 59. Psicoeducación sobre depresión, 89
- Figura 60. Validación y flexibilización del pensamiento, 90
- Figura 61. Cierre, 91

## **Lista de Apéndices**

Apéndice A. Encuesta de Mercado, 104

## **DISEÑO DE GUÍA VIRTUAL PARA EL SEGUIMIENTO DE ADOLESCENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (VATDM)**

### **Resumen**

El presente es un diseño de una guía virtual para el seguimiento de adolescentes con trastorno depresivo mayor, con el nombre “Actívate”, cuenta con cuatro módulos, cuidado, psicoeducación emocional, psicoeducación en la problemática y validación y flexibilización del pensamiento, lo anterior se plantea debido al crecimiento de esta problemática y la necesidad de acompañamiento continuo en el proceso de terapia, se realiza un estado del arte donde se define la problemática, en términos de prevalencia y comorbilidad, de igual manera se describen los signos y síntomas asociados, se realiza un recorrido histórico de la concepción de la problemática, se enuncian las teorías conductuales, cognitivas y ambientales, los riesgos existentes y los posibles factores de adquisición, posterior a esto se especifica el trabajo con adolescentes y la diferenciación de síntomas entre sexos, por último se plantean los posibles tratamientos, dentro de los cuales se toma el modelo de terapia breve; se proponen objetivos de identificar la problemática y los factores asociados a ella, como etiología, mantenimiento, factores de riesgo y comorbilidad, determinar la población escogida, la prevalencia y estadísticas a nivel nacional, estimar las posibles dificultades para llevar a cabo el diseño de la guía virtual, tanto para la población escogida como para la problemática seleccionada, se realiza una encuesta de mercado y una discusión en torno a esta, finalmente se concluye que es un producto que puede potenciar la calidad de servicio psicológico y que es potencialmente útil para otras problemáticas psicológicas para grupos etarios adolescentes y juveniles.

**Palabras Clave:** Depresión Mayor (SC 13650-88), Adolescentes (SC 00950), Intervención (SC 54190-85).

## Justificación

La depresión mayor es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la presencia de sentimientos asociados con la tristeza, la pérdida, la ira o la frustración, los cuales interfieren con las actividades de la vida diaria persisten durante un largo periodo de tiempo, ésta se acompaña de síntomas que cambian la forma en la que funciona el cuerpo habitualmente como por ejemplo, el insomnio o cambios en la ingesta de alimentos, también hay presencia de cambios cognitivos como la minusvalía y pensamientos y/o ideaciones suicidas, convirtiéndose en una problemática altamente riesgosa para la persona que no recibe ayuda.

Dicho lo anterior, en Colombia, el Ministerio de Salud (2015) en la encuesta nacional de salud mental, indica la prevalencia de depresión mayor en adolescentes en toda su vida es del 2%, de 0,8% en los últimos dos meses, y de 0,1 en los últimos 30 días, además de esto se encontró que se caracteriza como altamente incapacitante debido a que afecta prevalentemente en la mayoría de los adolescentes colombianos en dos o más áreas de ajuste; se ha elegido esta población pues es limitada la información sobre el Trastorno Depresivo Mayor (TDP por sus siglas en español) en este ciclo de vida en el contexto colombiano, lo que trae como consecuencia una deficiencia en los conocimientos tanto teóricos como prácticos para su prevención, promoción, evaluación y tratamiento en Colombia.

Lo que se busca mediante este trabajo es generar aportes que sean útiles para los adolescentes colombianos con depresión mayor, pues a lo largo del tiempo se ha identificado lo incapacitante que puede llegar a ser y cómo con los años se ha convertido en una de las primeras causas de mortalidad para este rango de edad en específico, el producto está orientado hacia la promoción de un mejor estilo y calidad de vida de la población adolescente que padece depresión mayor, las herramientas que ofrece nuestro producto están orientadas tanto en un primer como en los posibles episodios subsecuentes de la enfermedad, se brinda un apoyo al terapeuta con recursos que pueden ayudar al seguimiento y abordaje de la problemática caracterizada por ser altamente incapacitante y riesgosa.

Finalmente, nuestro producto ofrece una forma más amigable de llegar a los consultantes, hacer el seguimiento más cercano, respondiendo a la población que se decidió

manejar se propone una forma digital de realizarlo, donde los consultantes puedan tener acceso a estas herramientas donde quiera que estén y que tengan un dispositivo electrónico disponible, de mano con lo anterior se concibe paralelamente como una herramienta para el terapeuta quien se puede valer de nuestro producto para una mejor organización y monitoreo de los clientes con estas características.



### **Aproximación al Concepto de Depresión Mayor en Adolescentes**

Hacer diagnósticos de Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en la adolescencia es una realidad compleja, ya que de por sí se trata de un período de vulnerabilidad psicológica y biológica en que es posible hallar ciertas problemáticas habituales (Bonnot, 2009). Debido a las diversas causas existentes, identificar y comprender el origen de la depresión en adolescentes es un reto para los profesionales de la salud mental, al igual que como se da en muchos otros trastornos, varios factores de riesgo interactúan entre sí aumentando de manera probabilística el hecho de que se produzca un trastorno del estado de ánimo.

El TDM a menudo es pasado por alto en esta población pues no se manifiesta de la misma manera como lo hace en adultos, tiende a confundirse con la irritabilidad, la reactividad y otros síntomas fluctuantes que caracterizan a esa etapa del ciclo vital, también puede esconderse bajo otras problemáticas como síntomas físicos inexplicables, trastornos alimentarios, disminución del desempeño académico, problemas de conducta y oposición hacia asistir a la escuela (Thapar, Collishaw, Pine & Thapar, 2012).

De acuerdo con Cova, Rincón, Valdivia y Melipillán (2008), del estudio del trastorno depresivo mayor en adolescentes surgen dos controversias, por una parte, surge la importancia de diferenciar hasta qué punto los estados depresivos se tratan de trastornos psicopatológicos con significancia clínica o si se trata de estados de ánimo transitorios vinculados normalmente a esta etapa del ciclo vital; por otro lado, surge la incertidumbre de hasta qué punto los criterios clínicos para el diagnóstico de TDM son adecuados, teniendo en cuenta que fueron originados en un principio a partir de población adulta.

La importancia de la aproximación y comprensión del concepto del trastorno depresivo mayor en adolescentes radica en lograr generar aportes que sean útiles tanto para los jóvenes con este tipo de trastorno mental, como para sus familias y también para los profesionales del área de la salud, pues a lo largo del tiempo se ha identificado lo incapacitante que puede llegar a ser y cómo con los años se ha convertido en una de las primeras causas de mortalidad para este rango de edad en específico. Para lograr un mejor entendimiento de lo previamente mencionado resulta importante hacer mención de lo que un trastorno depresivo significa e involucra, hasta

finalmente llegar al trastorno depresivo mayor en adolescentes, sus características y tratamiento, entre otros.

Para comenzar, Mingote, Gálvez, del Pino y Gutiérrez (2009), hablan de la depresión como un término que dependiendo del contexto puede traer consigo diversos significados, destacan la importancia de diferenciar la tristeza normal de un trastorno depresivo y recalcan que esa diferenciación llega a ser compleja debido a que no existen los suficientes o adecuados protocolos de actuación ante la sospecha de un trastorno mental; en tanto estado de ánimo normal, definen la depresión como la emoción que sigue tras experimentar la pérdida de un ser querido, de salud, o de pertenencias personales, que viene acompañada por desánimo y frustración, mientras que en psiquiatría y psicología se trata de un trastorno mental que viene acompañado de síntomas y signos característicos, que deben cumplir con cierta intensidad y duración y deben también deteriorar la calidad de vida y el funcionamiento diario de la persona.

La depresión unipolar, comprendida dentro de los trastornos de ánimo, es definida como una perturbación emocional que genera malestar subjetivo y/o dificultad en el funcionamiento habitual de la persona, dentro de esta clasificación se encuentra la depresión mayor, que se caracteriza por un estado de ánimo de profunda tristeza, aislamiento, percepción de inutilidad y minusvalía (Sue, Wing & Sue, 2010). Ahora bien, Vázquez y Sanz (2009), realizan una aclaración referente a los síntomas depresivos, ésta es que a pesar que la persona puede sentirse triste o baja de ánimo (síntoma), no es suficiente para configurar el síndrome depresivo, que es un conjunto de síntomas estrechamente relacionados en una función covariante que son además de la tristeza, alteraciones en los ciclos de sueño (insomnio - hipersomnia), de la alimentación (hiperfagia - hipofagia), en algunos casos pérdida de peso y disminución en los procesos motivacionales (abulia), con esto, el autor pretende disminuir los falsos diagnósticos positivos.

Dicho lo anterior, Halgin y Whitbourne (2004), realizan una aclaración acerca de la distinción que debe haber entre una reacción con síntomas depresivos ante eventos como muerte o pérdidas que lleven un tiempo corto con las que no, por lo que esos sentimientos de desesperanza, minusvalía, fatiga además de una posible ideación suicida, empiezan a ser clínicos si se prolongan en el tiempo.

De igual manera, Vázquez y Sanz (2009), precisan que resulta complejo realizar una diferenciación entre depresión clínica y estados de ánimo depresivos que pueden ser transitorios y/o cotidianos, como se mencionó anteriormente, debido a su complejidad no hay acuerdo teórico referente a la línea divisoria entre lo que puede ser considerado como “normal” y “patológico”, sin embargo, esta es solo una postura que adoptan algunos autores que defienden una diferencia cualitativa significativamente alta para separarlos, se llega a concebir de cierta manera que los trastornos del estado de ánimo tienen vida por sí mismos, son autónomos por lo que apenas reacciona ante eventos externos y se ve como independiente de la voluntad de la persona que lo padece.

Otra postura y a la que nos adjuntamos los autores de este trabajo es la que concibe esta problemática como un continuo de gravedad donde los cuadros depresivos se diferencian por la intensidad cuantitativa de los síntomas, defendiendo que tanto las personas que sufren de depresiones clínicas como las que no, comparten factores sintomáticos y también etiológicos (Carrobbles, 2014). Siguiendo este orden de ideas las características de un episodio depresivo mayor incluyen: ánimo disfórico caracterizado porque éste sobrepasa los sentimientos comunes de tristeza y desilusión, esto puede ir acompañado de abatimiento extremo o pérdida de interés en aspectos de la vida que antes resultaban placenteros.

A continuación se describirán los síntomas y signos que se encuentran asociados a la depresión en sus tres canales de respuesta, el síntoma afectivo más fácilmente observable en la depresión unipolar es el estado de ánimo deprimido caracterizado por sentimientos de tristeza y en ocasiones un duelo excesivo y prolongado, sentimientos de minusvalía y de haber perdido el sentido de vivir suelen ser comunes, llanto repentino e incontrolable como reacción a la frustración o al enojo, éste llanto no parece estar correlacionado con la situación en específico, los síntomas cognitivos por su parte se caracterizan por la percepción de inutilidad, desesperanza, vacío crónico, autoreferencias denigrantes, además de pensamiento suicida, a menudo esto se asocia a una anomalía del pensamiento, es decir, el mantenimiento de creencias irracionales que no pueden ser justificadas (Barlow & Durand, 2007).

De igual manera se encuentran síntomas conductuales donde los más evidentes son el retraimiento social y la deficiencia en la productividad laboral y/o académica, esto referido a falta de energía ya que comúnmente las personas deprimidas muestran poca motivación y una

pérdida en la capacidad de obtener placer de las experiencias que antes resultaban placenteras o anhedonia, además de la vestimenta sucia y la apariencia descuidada, cabello desarreglado y la ausencia de preocupación por la higiene personal, su discurso resulta lento y reducido, y se presentan respuestas breves, letargo en movimientos corporales, este conjunto de gestos expresivos y respuestas espontáneas reducidas son conocidos como retardo psicomotor (Vázquez & Sanz, 2009).

Por último los síntomas fisiológicos o también conocidos como somáticos son los cambios en el apetito y el peso, la ingesta se aumenta o disminuye, se presenta la ingesta aun sin la presencia de hambre y la ausencia se evidencia por falta de interés, la comida les parece sin sabor, en la depresión mayor la pérdida de peso puede amenazar la vida, se presenta estreñimiento, perturbaciones del sueño, se presentan dificultades en la conciliación del sueño, levantarse temprano, se evidencia de igual forma un caminar errático durante la noche, insomnio, pesadillas, de mano con lo anterior, se presentan en algunas personas el opuesto hipersomnia o sueño excesivo, ambos se caracterizan por experimentar cansancio, en las mujeres hay interrupción del ciclo normal, se evidencia prolongación en su presentación y el volumen de este disminuye, de igual forma hay presencia de aversión o desinterés hacia la actividad sexual (Sue, Wing & Sue, 2010).

Cabe resaltar que los síntomas centrales ya descritos son los mismos para niños y adolescentes aunque, ciertos signos característicos pueden cambiar con la edad, se detectan con esto, factores de vulnerabilidad, como: la herencia, donde se destaca una fuerte asociación entre la cercanía de la relación biológica y la probabilidad de sufrir un trastorno del estado de ánimo, la edad, ya que el riesgo a sufrir un primer episodio de depresión de cualquier grado es más elevado en las mujeres entre los 20 y 29 años de edad, en el caso de los hombres entre los 40 y los 49, como ya se mencionó el género es uno de los principales factores de riesgo, las mujeres son dos veces más susceptibles que los hombres, los eventos de vida y factores ambientales juegan un papel también importante, aunque la relación entre los eventos estresantes y el inicio de una depresión mayor se ve reducida a medida que los episodios depresivos previos aumentan, por último, la falta de apoyo social, la falta de ayuda y protección puede ser interpretada como no merecedora de amor o amistad (Sarason & Sarason, 2006).

Para una mejor comprensión de todo aquello que fue mencionado previamente surge la necesidad de hacer un breve recuento histórico de aquellos autores que conceptualizaron y buscaron mediante teorías brindar una explicación a los trastornos depresivos cuando aún se tenía poco conocimiento respecto a estos.

En general, se considera que la depresión ha persistido a lo largo del desarrollo de la humanidad, en la antigüedad se conocía como melancolía, en ámbitos médicos, fruto de la corriente humanista, en ese entonces se asociaba al miedo y tristeza prolongada con la doctrina hipocrática, ya con los romanos en latín la palabra significaba apretar oprimir, empujar hacia abajo, tiempo después hacia el siglo X en Bagdad, se habla de los síntomas psíquicos y somáticos, posteriormente la iglesia católica lo trato como espíritus malignos, por el pecado, hasta el siglo XIV aparece la diferencia entre depresión endógena y exógena por Paracelso, hasta 1808 se introduce el término de estados de depresión mental por Haslam, en 1911, Freud establece diferencia entre la depresión y el proceso de duelo, hacia 1976 inicia su categorización en el DSM-I, se evidencia que las diversas explicaciones giran en espiral en la historia pasando del pensamiento mágico-religioso, a “la química mecánica, el animismo orgánico, del humor a la electricidad, de lo ambiental a lo genético, de lo espiritual a lo vital, del espiritual animal a los neurotransmisores y del cuadro clínico a lo descriptivo” (Zarragoitia, 2011).

### **Teorías Explicativas**

En cuanto a las teorías explicativas a nivel conductual se debe tener en cuenta que parten de los postulados de Skinner y Ferster, fundamentados en el condicionamiento operante (Lewinson, 1979) en donde se alude a la extinción de la conducta por ausencia de reforzadores, en adición a esto se adjudican a todas las teorías un modelo de diátesis-estrés, por lo que centra su atención en la conducta reducida en las personas depresivas, la ausencia o reducción de tasa de consecuencias positivas o reforzadores tiene como evento posterior desmotivación o desinterés y gracias a esto, se irá reduciendo la frecuencia y actividad de la conducta, con esta explicación no se descartan los otros productos del condicionamiento operante, puede darse paralelamente un entorno con consecuencias negativas o situaciones de castigo que ayuden a reducir las conductas de las personas (Vásquez & Sáenz, 2009).

Se debe tener en cuenta que, lo relevante no es solo la pérdida de reforzadores, sino la no contingencia de ellos con la conducta o la posible ausencia de efectividad, esta reducción o ausencia de reforzadores puede tener remontarse a cambios ambientales que ocurrieron en la vida de la persona o factores interpersonales o intrapersonales como la ausencia de herramientas para afrontar las diversas problemáticas, en la actualidad el modelo de activación conductual ha optado por no centrar su atención sólo en los sucesos ocurridos en la vida de la persona sino también en las respuestas que este da en estados depresivos, evidenciando evitación en y de muchos ámbitos de su vida, evidenciándose que el modelo de la depresión se completa con el añadido con un factor de ansiedad (Carrobles, 2014).

A esto se asocian los procesos postulados por Ferster que pueden aparecer aislados o en conjunto que pueden explicar la patología depresiva uno de ellos son los cambios inesperados, súbitos y rápidos en el medio que supongan una pérdida fuerte de refuerzos o estímulos discriminativos de relevancia para la persona, los programas de refuerzo de gran coste, los cuales demandan de grandes cambios de conducta para producir una consecuencia ya sea la esperada o mínima en el medio, por otro lado la imposibilidad de desarrollar repertorios conductuales debido al surgimiento de espirales patológicas donde la baja tasa de refuerzos positivos genera una reducción de conductas una inadaptación al medio y por ende un menor número de refuerzos positivos y esto producirá reducción conductual, y, por último la limitación en los repertorios para distorsionar la realidad y conductas que son reforzadas en pocas ocasiones (Davison & Neale, 2000).

En los modelos o teorías cognitivas se presta especial atención a las alteraciones o distorsiones cognitivas asociadas a la depresión, se asume que la ocurrencia de esta depende del modo en el que se realiza la interpretación de los sucesos de la vida, por un lado se encuentra la teoría de Beck donde el elemento central son las distorsiones cognitivas que se cometen al momento de realizar el procesamiento del entorno, especialmente luego de haber vivenciado situaciones estresantes, por lo que ciertos esquemas cognitivos adquiridos por el individuo a lo largo de su vida especialmente en la infancia, le llevan a interpretar la realidad en un sentido negativo y sesgado, por lo que no desarrolla capacidad para el afrontamiento de los sucesos estresantes, esto da lugar a lo conocido como triada cognitiva negativa que hace alusión a la

mirada pesimista del yo, del mundo o el entorno reflejado en desinterés o desmotivación y en el futuro que se caracterizaría por ser desesperanzador y negativo (Gotlib & Joormann, 2010).

Otra propuesta es la de Seligman quien habla de indefensión o desesperanza, quien en un primer momento habla en términos puramente conductuales donde se somete a la vivencia de los sujetos de experiencias aversivas sin la posibilidad de escapar ni hacer nada para evitarlas, en la reformulación se ha ido impregnando de tintes más cognitivos y se postula la existencia de estilos atribuciones depresógenos, caracterizados por realizar atribuciones internas de los sucesos negativos de manera estable en el tiempo y de manera generalizada, vivenciado en otras situaciones y tiempos (Abramson, Alloy, Metalsky, Joiner & Sanín, 1997).

Otra hipótesis es brindada por Teasdale, la teoría de la activación diferencial quien retoma trabajos de Beck y Bower para dar explicación a las relaciones entre emoción y cognición, se postula que cada emoción se encuentra representada en la memoria por una unidad o un nodo, al cual se encuentran interconectados un entramado de rasgos asociados a dicha emoción, por ejemplo su experiencia subjetiva, patrón de respuestas autónomas, creencias y recuerdos, entre otros (Teasdale, Fennell, Hibbert & Amies, 1984).

Otra teoría a destacar es el estilo rumiativo de respuesta ante la depresión que consiste en que las personas no pueden dejar de pensar en el suceso negativo y permanecen reexperimentando las emociones negativas durante más tiempo y con mayor intensidad, con lo que se agrava la situación, este concepto ha tenido tanta importancia que se considera esencial en el establecimiento de un trastorno depresivo (Sue, Wing & Sue, 2010).

En cuanto a las teorías cognitivo conductuales se hace referencia a la teoría del autocontrol de Rehm que es una teoría basada en el aprendizaje social quien retoma teorías de Lewinsohn, Beck y Seligman en el marco de autocontrol de Kaner y autoreferencia de Bandura, son procesos que se centran en la regulación de la propia conducta e implican manipulación de determinados aspectos situacionales y la disposición de las contingencias y consecuencias alternativas para que de esta manera se obtengan metas a largo plazo, se introduce el concepto de bucle de retroalimentación, enfatizando el continuo ajuste, adaptación y readaptación conductual a las circunstancias del ambiente que resultan cambiantes, en este modelo se pretende describir el control de la propia conducta en tres fases autoconservación, autoevaluación y

autoreforzamiento, se explica la depresión por déficit en las conductas de autoobservación (tendencia a prestar más atención a sucesos negativos, mayor atención a las consecuencias inmediatas), déficit en las conductas de autoevaluación (criterios o estándares muy rígidos o elevados los hace más vulnerables, presencia de errores de auto-atribución interna) y déficit en las conductas de reforzamiento (administración de insuficientes recompensas o excesivos castigos) (Rehm, Fuchs, Roth, Kornblith & Romano, 1979; Montenegro, 2014).

Por otro lado, la teoría de autofocalización de Lewinsohn se postula factores ambientales como responsables primarios de la depresión, aunque esos factores ambientales estarán en mano de factores cognitivos que median el ambiente, el principal instrumento es la autoconciencia entendida como un aumento transitorio y situacional en la autofocalización o cantidad de atención que se brinda la persona a sí mismo en el lugar en el que se encuentra (Flores, 2017).

### **Prevalencia, Incidencia y Pronóstico**

Si bien las diversas teorías explicativas conductuales brindan aproximaciones diferentes siempre se hace referencia que, al hablar de depresión a lo que se busca hacer referencia es a la respuesta afectiva que se encuentra caracterizada por un constante ánimo triste o depresivo, pérdida del interés en las situaciones cotidianas y la incapacidad para disfrutar de eventos con los que antes disfrutaba, viene acompañado de manifestaciones comportamentales, emocionales, afectivas y físicas. De acuerdo con Calvo-Gómez y Jaramillo-González (2015), el trastorno depresivo mayor (TDM) o habitualmente conocido simplemente como depresión mayor es una de las enfermedades mentales más frecuentes en la población mundial.

De la gran cantidad de personas en el mundo, hay un estimado de que más de 350 millones de habitantes han sido diagnosticados con TDM (OMS, 2017), su gravedad es tal que es una de las mayores causas de discapacidad en el mundo, afecta las áreas de ajuste de la persona, su funcionamiento ocupacional, su relación con los otros e incluso su salud física, además, los pacientes con este trastorno tienen cuatro veces mayor riesgo de cometer suicidio, en casos en que se presenta un nivel más severo de esta enfermedad, el riesgo puede aumentar hasta veinte veces. En Colombia, en una encuesta llevada a cabo por el Ministerio de Salud (2015), se



evidencio que, la depresión mayor, tiene una prevalencia de 12 meses en el 5.6% de los casos, mientras que a lo largo de la vida aumenta hasta convertirse en un 12.1%.

Otros autores como López, González, Andrade y Oudhod (2012) argumentan que los trastornos depresivos son un problema de salud pública, que a lo largo del tiempo han adquirido más importancia, se espera que para el 2020 la depresión sea la segunda mayor causa de morbilidad por lo menos en la población juvenil. Ésta enfermedad tiene un fuerte impacto sobre la sociedad y por esto mismo genera altos costos para lo que vendrían siendo los sistemas de salud. Al contrario de lo que durante mucho tiempo se creyó, este trastorno no es exclusivo de la etapa adulta, pues se ha podido evidencia tanto en la niñez como en la adolescencia, aunque sus síntomas tienden a variar un poco en éstas.

## **Evaluación**

Aunque la tasa de personas con depresión es alta, se ha logrado identificar que también hay un número elevado de sujetos con este trastorno que no han sido diagnosticados, por lo que nunca llevan un tratamiento efectivo que les permita tener una mejor calidad de vida (Calvo-Gómez & Jaramillo-González, 2015). Las estadísticas que a lo largo del tiempo se han hecho para detectar la prevalencia de la depresión demuestra que ésta afección se encuentra notablemente infrareconocida y se requiere de manera urgente de mejoras por parte de los profesionales en salud mental, la atención primaria no ha logrado identificar de forma eficiente los diferentes grados de depresión en los pacientes, aproximadamente la mitad de los casos no son diagnosticados o se diagnostican tarde (Campagne, 2017).

Resulta por lo tanto fundamental elaborar e implementar estrategias que permitan la fácil detección de un TDM en atención primaria. Uno de los instrumentos más sencillos para identificar el riesgo de una posible depresión mayor es el Test De Las Dos Preguntas, el cual se rige bajo los criterios diagnósticos de afecto depresivo y anhedonia. En primer lugar, se pregunta al usuario si durante el último mes se ha sentido agobiado por sentimientos de tristeza, desesperanza o depresión; en segundo lugar, se indaga si además ha perdido el interés o el placer en hacer las cosas. Una herramienta de autoreporte aún más sencilla es la Escala de Pregunta

Única que consiste en responder sí o no, dependiendo del caso a la pregunta ¿se ha sentido triste o deprimido la mayor parte del tiempo durante el último año?

Estos instrumentos son sencillos de aplicar y ofrecen una sensibilidad del 85% para la detección de un TDM (Calvo-Gómez & Jaramillo-González, 2015). Además de lo previamente mencionado, en atención primaria es también fundamental hacer un estudio de la depresión que sea de carácter idiosincrático, comprender que cada paciente puede presentar distintos síntomas y que éstos son reacción a eventos que a otros no afectaría de igual manera (Campagne, 2017).

Comprender los trastornos del estado de ánimo no es tarea fácil, se requiere del conocimiento y habilidades de los diversos profesionales de la salud mental, pues los consultantes no pueden en un principio trabajar en la situación problema por sí solos. La mera presencia de terapias tradicionales tampoco es suficiente, pues es necesario el apoyo de las redes familiares y sociales. Finalmente, muchos psiquiatras optan por hacer uso de la psicofarmacología, sin embargo, ésta en ocasiones no resulta ser eficiente y no permite que el paciente desarrolle por sí mismo habilidades que le resulten más adaptativas. Ningún tipo de abordaje clínico que sea hecho en solitario enfrenta de manera eficaz este problema (Bogaert, 2012).

Si bien es cierto que gran parte de los casos de diagnóstico de depresión mayor se encuentran asociados a variables de herencia, no se debe descartar en absoluto el peso de las condiciones histórico-sociales y personales de cada paciente. Desde el punto de vista biológico un estado depresivo aparece cuando el cerebro no produce suficientes neurotransmisores, como solución a esto, el aumentar los niveles de serotonina puede ayudar en el proceso para que las personas lleguen a sentirse mejor, sin embargo, aunque algunos psicofármacos han mostrado buenos resultados y cada vez presentan menos efectos secundarios, tienden a ser efectivos hasta varias semanas después de que inicia la terapia farmacológica. Aunque la mejoría de los síntomas en un TDM a causa de medicamentos es evidente, maneja únicamente el aspecto biológico de la persona, por lo que se requiere de la psicoterapia para trabajar en las dimensiones personales y contextuales de los sujetos y potencializar el tratamiento. Lo sugerido para las depresiones mayores es hacer una intervención que una los beneficios de los fármacos y los beneficios de la psicoterapia (Bogaert, 2012).

Respecto a las perspectivas que se tienen sobre el trastorno depresivo mayor, a diferencia de los psiquiatras, los médicos de familia consideran que el TDM más que deberse a causas biológicas por desequilibrios neuroquímicos es consecuencia de circunstancias estresantes y abrumadoras en la vida del consultante, únicamente cuando un paciente reporta no haber estado expuesto a eventos estresantes se consideran el aspecto hereditario como el factor principal. Cuando un profesional en salud mental llega a la conclusión de que el caso que tiene en frente efectivamente se trata de una depresión clínica, debe buscar las estrategias para comunicar el diagnóstico al consultante, tomando precaución de no estigmatizarlo o generarle miedo, pues de ser de esta manera podría inducir a que el joven se resista al cambio y se muestre en contra de iniciar un tratamiento, la idea por lo tanto sería disminuir el peso emocional que la noticia genera, restando importancia al rótulo que se le ha otorgado (Campagne, 2017).

### **Riesgos Asociados**

El suicidio es uno de los aspectos más importantes a indagar, esto puede ser dividido en ideas de muerte o el realizar acciones de muerte, es importante distinguir si es una ideación latente o una ideación suicida, por lo que es relevante saber si tiene planes concretos, de igual manera es importante saber si hay intentos previos, es también factor de riesgo si hay intentos de suicidio en el entorno del paciente, los hombres tienen más frecuencia que las mujeres siendo esto una proporción de 4 a 1, aunque las mujeres realizan más intentos que los hombres, se ha evidenciado que la depresión mayor puede aumentar 20 veces el riesgo de suicidio, y es mayor al comienzo o al final del episodio depresivo, se plantea que hasta el 15% de personas que presentan un TDM se suicidan (Zarracoitá, 2011)

En una revisión de literatura realizada por Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela (2000), argumentan que la evidencia es clara al establecer que las adversidades familiares, la ausencia de calidez familiar, la falta de comunicación con los padres y la discordia familiar aparecen como factores asociados a la conducta suicida, de igual manera el género y la edad están en juego, se ha evidenciado que el 10% de adolescentes se suicidan 10 años después del primer intento, también se llega a la conclusión que el suicidio antes de los 15 años es inusual más no inexistente.

## Depresión Mayor en la Adolescencia

La pubertad trae consigo cambios importantes de carácter físico que llevan a que los sujetos establezcan su identidad, se rompe de manera abrupta con la infancia y por lo tanto no es de extrañar que de por sí haya un vínculo natural con la depresión, tanto así que es la segunda causa de mayor mortalidad a esa edad (Bonnot, 2009). El TDM es uno de los trastornos más comunes y debilitantes en todo el mundo, se encuentra en ocasiones íntimamente ligado a la población juvenil (Maio, Zeni, Cavalcante & Kieling, 2013).

Si bien en la adolescencia se evidencian otro tipo de trastornos del estado de ánimo, la depresión mayor en la pubertad es la más semejante a como se presenta en adultos. En el TDM debe haber presencia de por lo menos 5 de los síntomas que serán mencionados a continuación, los dos primeros que se enuncian deben cumplirse en todos los casos: 1) durante un período mínimo de dos semanas un estado de ánimo depresivo, todo el día, casi todos los días y que sea referido por la misma persona u observado por los demás, en los adolescentes puede haber irritabilidad 2) anhedonia o disminución del interés hacia las actividades que antes disfrutaba, 3) dependiendo el caso, pérdida o aumento significativo de peso, 4) dependiendo el caso, insomnio o hipersomnia, 5) agitación o enlentecimiento psicomotor, 6) cansancio o pérdida de energía, 7) culpabilidad excesiva y sentimientos de desvalorización, 8) dificultad para concentrarse, 9) pensamientos de muerte, 10) malestar clínicamente significativo, 11) no se explica mejor por otro trastorno y 11) no explica por un proceso de duelo (Bonnot, 2009).

Adlina, Maritim, Sindabi y Disiye (2017), apoyando lo previamente mencionado y por medio de uno de sus estudios establecieron como síntomas la pérdida de interés o satisfacción hacia las actividades, estado de ánimo depresivo, insomnio, fatiga, percepción de pérdida de energía, pérdida o aumento de apetito, sentimientos de fracaso, problemas psicomotores y de concentración e ideación suicida. En tanto al aumento del apetito, la depresión puede estar íntimamente ligada con problemas de sobrepeso en los adolescentes, por lo que abordar un mejor manejo de la percepción que se tiene de la imagen corporal podría a su vez a contribuir a mantener un peso más sano (Roberts & Duong, 2015).

La presentación de los síntomas depresivos puede variar dependiendo de la edad de los individuos, mientras en niños es habitual hallar una mayor variabilidad afectiva dificultando la

identificación de episodios de humor, los adolescentes tienden a ocultar estos cambios pasando por aislados socialmente. Por otra parte, mientras que la anhedonia en niños se manifiesta más como la dificultad para divertirse, se ha establecido que en adolescentes este síntoma se presenta más en forma de aburrimiento. Finalmente, los aspectos melancólicos de la depresión como cansancio y cambios tanto en el sueño como en la alimentación, son observados más en la población adolescente que en individuos más jóvenes (Maio, Zeni, Cavalcante & Kieling, 2013). El punto en el que un gran número de autores se basan para diferenciar la depresión en adultos y adolescentes es básicamente que en el segundo grupo poblacional es más frecuente que la tristeza se manifieste mediante irritabilidad y no tanto por medio de desánimo (Melo, Siebra & Moreira, 2017).

Aquellas personas que sufren depresión durante la adolescencia, por lo general y más adelante en las etapas del ciclo vital tienen a desarrollar aún más problemas psiquiátricos y episodios depresivos de mayor intensidad y duración (Ferrel, Celis & Hernández, 2011).

Algunos factores de riesgo para presentar un TDM en la adolescencia son haber tenido este trastorno en la niñez, aunque esto no es necesariamente una regla, tener padres con antecedentes de depresión, factores psicosociales estresantes como familias separadas o monoparentales, dificultades escolares y también traumas infantiles (Bonnot, 2009). Thapar, Collishaw, Pine y Thapar (2012), refieren que las hormonas sexuales del adolescente en interacción con los factores previamente mencionados, pueden también afectar determinadas vías nerviosas y aumentar el riesgo de los individuos de tener depresión. La duración promedio de un episodio depresivo en un adolescente varía entre las 32 a las 36 semanas, sin embargo, puede haber duraciones más largas en aquellos cuyos padres tengan un trastorno del estado de ánimo.

El modo en que las áreas de ajuste se vean afectadas depende de la gravedad con que se presentan los síntomas, de acuerdo con estadísticas, sienten más fuertes en las personas de sexo femenino (Bonnot, 2009). Maio, Zeni, Cavalcante y Kieling (2013) por su parte, refieren que diversos estudios han revelado que del 60% hasta el 90% de los episodios de depresión en adolescentes remiten en aproximadamente un año pero que al cabo de 5 años reaparecen; aunque algunos o todos los síntomas remiten durante un tiempo, la recuperación sintomática y funcional nunca es completa, siempre queda en los individuos residuos y parte de deterioro. Finalmente, la

presencia de TDM en la adolescencia produce en la vida adulta conductas suicidas, desempleo, problemas de salud física y dificultades psicosociales.

El diagnóstico de depresión mayor en adolescentes se encuentra tan subestimado que se encuentra una cifra alarmante de que aproximadamente el 70% de los casos no son diagnosticados, bien sea porque se consideran los síntomas como no relevantes o por prejuicio social (Campos, Del Prette & Del Prette, 2014).

### **Manifestación de la Depresión Mayor en Adolescentes de Acuerdo al Género**

A la fecha hay pocas investigaciones de las manifestaciones clínicas de la depresión mayor en hombres y mujeres, se reconoce que el periodo entre la niñez y la adolescencia tiene grandes desafíos y que son las personas de sexo femenino quienes con mayor frecuencia presentan un TDM, sin embargo, no todas las veces se tiene una explicación clara del porqué (Marcotte & Lemieux, 2014).

Algunos autores como Cova, Rincón, Valdivia y Melipillán (2008), hacen una diferenciación de la manera en que el trastorno depresivo mayor se manifiesta en jóvenes de sexo femenino y masculino. Para este primer subgrupo poblacional se hace mención de que son las mujeres quienes son diagnosticadas con mayor frecuencia con este trastorno mental, Ferrel, Celis y Hernández (2011), apoyan este punto argumentando que de acuerdo con varios estudios la cantidad de mujeres diagnosticadas con TDM dobla a la de hombres. Entre la edad de 13 y 14 años empieza a hacer evidente que son las niñas quienes presentan tasas de depresión más altas.

Lazarevich, Delgadillo-Gutiérrez, Mora-Carrasco, y Martínez-González (2013), explican la mayor prevalencia de la depresión en mujeres relacionando este diagnóstico con las habilidades que tienen para el afrontamiento del estrés, mencionan que mientras los hombres buscan dar soluciones más racionales, estratégicas e internas a los problemas, las mujeres son menos eficaces en el enfrentamiento de las dificultades, por lo que optan por soluciones menos funcionales entrando a estados depresivos. Por otra parte, otros factores como la baja autoestima, baja autoconfianza, alta emotividad, pasividad y la dependencia afectiva, hacen de las personas del sexo femenino un género poblacional más vulnerable. Arrieta, Díaz y González (2014),

agregan que la mayor disposición y facilidad de reportar y admitir sentimientos depresivos, hormonas sexuales y la reactividad endocrina frente al estrés influyen en la mayor prevalencia del trastorno depresivo mayor en mujeres.

Un estudio realizado por Armendáriz, Alonso, López y Alonso (2013), arrojó que los síntomas más característicos de un TDM en mujeres son: humor bajo, remordimiento, pensamientos negativos de sí mismas, tristeza, desánimo, baja autoestima, pensamientos negativos del futuro y desesperanza; y que aquellos factores que hacen a las jóvenes mayormente vulnerables tienen que ver con alteraciones hormonales o bioquímicas, historia de maltrato, eventos estresantes y déficit en redes de apoyo.

Por otra parte, el trastorno depresivo mayor en personas de género masculino tiene ciertas características que hacen que en ocasiones se preste especial atención, esto debido a que la depresión en chicos está más íntimamente correlacionada con la conducta suicida. Los síntomas de un TDM son diferentes entre hombres y mujeres, en general los hombres manifiestan con mayor frecuencia un predominio en insomnio, fatiga, pérdida de interés en actividades relacionadas con el trabajo y actividades de ocio, e irritabilidad. Por cuestiones culturales, los hombres deprimidos tienen a expresar con menos frecuencia sus sentimientos de tristeza, al ser considerados del sexo fuerte, demostrar cualquier tipo de debilidad podría llevarlos a perder el control de ciertas situaciones, asimismo, son menos propensos a experimentar sentimientos de culpa excesiva o baja autoestima. Algunos estudios han demostrado que, a diferencia de las mujeres, los chicos al encontrarse tristes, irritables, deprimidos o desanimados y al contrario de reconocer sus síntomas, solicitar algún tipo de tratamiento o solicitar ayuda a alguien cercano, se refugian en el alcohol y las drogas. Todas estas características previamente mencionadas han sido menos reconocidas y por lo tanto menos abordadas (Espinosa, Orozco & Ybarra, 2014).

Los factores que se ven mayormente asociados con la depresión en hombres giran en torno a aspectos relacionados con un mal funcionamiento familiar, esto es, no contar con apoyo de sus familiares, encontrarse expuesto a un ambiente disfuncional, entre otros, aumentan el riesgo de que se presente un TDM con un elevado nivel de severidad (Londoño & González, 2016).

La dificultad para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en hombres se debe a los ineficientes protocolos y estudios de depresión que se han hecho, al igual que los sesgos que las diversas pruebas psicométricas han arrojado; otro punto que detiene o enlentece el tratamiento es el hecho de que las entidades de salud proveen consultas de seguimiento distantes en el tiempo y en donde los minutos son contados (Londoño & González, 2016).

### **¿Cómo Detectar un Trastorno Depresivo Mayor en Adolescentes?**

La detección apropiada de un trastorno depresivo mayor resulta relevante en tanto podría permitir trabajar en los síntomas que disminuyen la funcionalidad de los pacientes, y permitir de este modo que tengan una mejor calidad de vida. La implementación de algunos instrumentos podría ser útil para la detección temprana del TDM, sin embargo, aún con esta herramienta hay algunos especialistas que normalizan los síntomas sin prestarles mayor atención (Tamayo, Rovner & Muñoz, 2007).

En algunas culturas la detección de síntomas llega a ser más sencilla pues es más aceptable la expresión directa de los sentimientos y emociones, mientras que, en otras, se complejiza el asunto en tanto es mayormente valorado la expresión indirecta de los mismos (Tamayo, Rovner & Muñoz, 2007).

Botto, Acuña y Jiménez (2014), proponen una serie de pasos y recomendaciones para detectar un posible TDM. En primer lugar, ante la sospecha de depresión, el profesional del área de salud debe indagar por la triada sintomática (desánimo, bajo autoestima y autorreproches) y descartar cualquier tipo de causa orgánica. Un segundo paso, haciendo cuenta que se ha confirmado la presencia de un TDM, el psicólogo empieza a considerar si la personalidad del consultante tiene algún tipo de relación con la enfermedad. Un tercer paso consiste en iniciar una revisión de las situaciones desencadenantes bajo las cuales se desarrollaron los síntomas, para facilitar este paso el psicólogo podría preguntarse por cuál es la naturaleza de aquello de lo cual el paciente busca reaccionar o defenderse. Un cuarto paso es analizar de qué manera los sistemas tanto social como cultural han estado influyendo en el mantenimiento de la sintomatología. Un quinto y penúltimo paso consiste en establecer el diagnóstico y planear un tratamiento teniendo en cuenta las teorías de cómo se generó el problema. Finalmente, el profesional debe tener una



amplia perspectiva de la situación, tener en claro cómo surgió el trastorno, qué lo mantiene y a qué tipo de subgrupo pertenece.

Otra herramienta que permite identificar la manifestación de un trastorno depresivo en adolescentes, son las redes sociales, el estudio realizado por Ophir, Asterhan y Schwarz (2017), indicó que muchas veces, mediante estados de Facebook, los jóvenes señalan la presencia de bajo estado ánimo casi a diario.

### **Tratamiento de la Depresión Mayor en Adolescentes**

Lo que se sugiere, es elegir un tratamiento que sea acorde con la preferencia y experiencias previas de los consultantes, prever la adherencia al tratamiento y tomar en cuenta la duración de cada episodio, sus características y la evolución de sus síntomas (Bohórquez, et al, 2012).

Bohórquez, et al. (2012) proponen tres fases que se evidencian durante el tratamiento del trastorno depresivo mayor; la fase inicial hace referencia al momento en que los síntomas y signos están activos y se hace necesaria la psicoterapia, en la fase intermedia se comienza la intervención y hay una respuesta ante la misma, pues los síntomas empiezan a disminuir, finalmente, en la fase de mantenimiento se espera que los síntomas hayan cesado por completo y se haya logrado la recuperación del consultante.

Existen cuatro tipos de intervención terapéutica para el tratamiento de la depresión mayor: la intervención psicosocial, la psicoterapia, la terapia farmacológica y la terapia combinada.

La intervención psicosocial es un componente fundamental en el tratamiento de la depresión, pues permite tanto al adolescente como a su familia, amigos y personas que le rodean, la comprensión de los diversos síntomas y cómo estos afectan las relaciones interpersonales (Resende, Santos, Santos & Ferrao, 2013).

El manejo psicoterapéutico, especialmente de orientación cognitivo-conductual ha mostrado gran eficacia para episodios depresivos desde moderados hasta graves, en los casos

extremos se aconseja el acompañamiento de tratamiento farmacológico. Para este tipo de tratamiento se aconseja la buena relación terapéutica, la búsqueda del alivio de los signos y síntomas y el conocimiento de la enfermedad por parte del consultante. En TCC se sugiere una buena psicoeducación, hacer una exploración de los sucesos estresantes, hacer seguimiento telefónico en casos de inasistencia, programar citas de seguimiento, promover buenos hábitos de sueño y salud recomendando el ejercicio diario, no sugerir antidepresivos para síntomas leves, entre otros (Bohórquez, et al, 2012). Se considera que la psicoterapia ofrece un tratamiento efectivo para el trastorno depresivo mayor, sin embargo, no se considera que esta intervención sea superior a otras, pues teniendo en cuenta los diferentes enfoques que se tienen, el terapeuta debe recompensar aquel que sea más adecuado para cada paciente (Bentley, Pagalilauan & Simpson, 2014).

Debido a la naturaleza de esta problemática, se espera que ocurran recaídas, y el modelo de terapia breve para estas recaídas o crisis emocionales se hace óptimo para este tipo de consultantes, características como tiempo limitado y corta duración, el centrarse en el presente, incrementar la motivación y la disponibilidad hacia el cambio, además de trabajar bajo la cognición o pensamientos y la emoción para poder lograr el cambio y el objetivo de toma de decisiones y el inicio del cambio comportamental (Hewitt & Gantiva, 2009) apuntan a lo que se busca y espera dentro de un modelo de activación conductual.

De igual manera la estructura básica se denomina FRAMES por las siglas en inglés que traducen, retroalimentación, responsabilidad, asesoramiento, menú, empático y autoeficacia, se desglosa de la siguiente manera, proporcionar retroalimentación sobre los posibles riesgos ya sean sociales o individuales del comportamiento, se enfatiza en la responsabilidad del proceso de cambio, se asesora sobre el cambio de comportamiento, se provee una amplia gama de opciones de cambio dejando al consultante elegir, también se debe desarrollar una relación empática y se busca fortalecer la autoeficacia del consultante sobre la capacidad de cambio que tiene (Slekman, 2012).

La intervención farmacológica incluye antidepresivos tricíclicos e inhibidores de recaptación de serotonina (Resende, Santos, Santos & Ferrao, 2013).

Antes de los 15 años el tratamiento farmacológico no suele ser la primera opción de tratamiento para los adolescentes con depresión, sólo en casos en que los síntomas se presentan de manera grave o hay un alto riesgo de suicidio se aplica este método. Lo ideal es psicoeducar y asociar a la familia con la problemática y el tratamiento para que sean el apoyo del paciente durante las dificultades que puedan surgir (Bonnot, 2009). La duración de un episodio depresivo mayor en adolescentes que están bajo algún tratamiento, puede ser de hasta 8 meses. Algunas estadísticas arrojan que entre el 40% y el 90% de los adolescentes diagnosticados con TDM, tienen alguna comorbilidad con otra enfermedad mental, siendo las más frecuentes los trastornos de ansiedad, trastornos por uso de sustancias, trastornos disruptivos y trastorno por déficit de atención/hiperactividad (Maio, Zeni, Cavalcante & Kieling, 2013) y trastornos de la conducta (Frías, Carrasco, Fernández, García & García, 2009).

Otros acercamientos para el tratamiento de la depresión mayor son la terapia cognitiva y la activación conductual, la primera de ellas se centra en los pensamientos automáticos y estilos depresógenos de pensamiento, en la manera en que la persona se relaciona con otros y en que es necesario modificar ciertos pensamientos para que el individuo se recupere de la situación problema, se explica al joven cómo la manera en que piensa de sí mismo y del mundo afecta el modo en que se siente. Por otra parte, la activación conductual ve a los pensamientos como conductas internas, y se dirige a activar a la persona para que realice actividades que dado su estado de ánimo ha dejado de hacer, uno de sus principios fundamentales es que para cambiar lo que se siente primero debe cambiarse lo que se hace. Para la depresión esta última técnica ha mostrado ser la más eficaz (Bitencourt, Abreu, Reis & Sudak, 2008).

Finalmente, la terapia combinada resultaría para algunos casos la terapia más adecuada (Resende, Santos, Santos & Ferrao, 2013). Zelaya de Migliorisi (2016) y Jones, et al. (2017), indican que la mejoría de los pacientes adolescentes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor además de ser guiada por las intervenciones psicológicas y farmacológicas, también debe incluir a los padres o familiares vinculados, pues como es bien sabido, los aspectos familiares y sociales son de gran impacto en el mantenimiento de la situación; en muchos casos, el apoyo familiar es el mediador para dar el paso hacia la recuperación (Caetano-Anolles, Teran-Garcia, Raffaelli, Alvarado & Mellado, 2013; Figueroa, 2002).

El psicólogo clínico que decide hacerse cargo de un caso con un adolescente, está con el deber de evaluar, tratar y seguir de manera comprometida, pues no sólo la confianza del joven sino también la de su familia está depositada en él, para que por medio de su trabajo logre una evolución positiva del caso y con esto, de la funcionalidad del individuo (Brito, 2011).

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Diseñar una guía virtual para el seguimiento de adolescentes con trastorno depresivo mayor.

### **Objetivos Específicos**

1. Identificar la problemática y los factores asociados a ella, como etiología, mantenimiento, factores de riesgo y comorbilidad.
2. Determinar la población escogida, la prevalencia y estadísticas a nivel nacional.
3. Estimar las posibles dificultades para llevar a cabo el diseño de la guía virtual, tanto para la población escogida como para la problemática seleccionada.

## **Estudio de Mercado**

### **a. Objetivo General del Estudio de Mercado**

Identificar las necesidades que los clientes perciben en torno a un producto.

### **b. Objetivos Específicos del Estudio de Mercado**

1. Identificar la inversión económica que realizarían los posibles clientes.
2. Identificar las características físicas que los clientes favorecen en un producto.
3. Identificar los contenidos temáticos que los clientes favorecen en un producto.
4. Identificar el valor agregado que los clientes favorecen en un producto.

### **c. Descripción del Producto**

Se hace claridad sobre el uso indiscriminado de las palabras guía virtual, aplicación y aplicativo virtual, en todos los casos se está haciendo alusión al producto en cuestión.

Se trata de un aplicativo virtual de uso para psicólogos y familiares dirigido hacia el seguimiento y la promoción de un mejor estilo y calidad de vida de población adolescente que padece depresión mayor, las herramientas que se ofrecen están orientadas hacia el manejo de las crisis, tips para la familia, reconocimiento emocional, psicoeducación de la problemática, revisión de tareas y retroalimentación por parte del terapeuta, las cuales se pueden experimentar en un diseño amigable de fácil acceso desde cualquier dispositivo y de fácil adquisición, pudiendo encontrarse en consultorios psicológicos e internet, al estar basado en terapia breve se esperarían obtener resultados, junto a acompañamiento psicológico, en menos de un año.

A diferencia de otros productos similares, el aplicativo virtual cuenta con soporte técnico 24/7, actualizaciones y capacitaciones, las cuales están a cargo de profesionales que dirigen sus servicios hacia la escucha de los problemas de los clientes y principalmente a responder las dudas que tienen frente al producto.

#### d. Nombre

Lleva el nombre *Actívate*, pues se trata de un producto de carácter virtual orientado al tratamiento y seguimiento de adolescentes con trastorno depresivo mayor que pretende animar y dinamizar la vida de los jóvenes mediante la implementación de terapia breve.

#### Logosímbolo



*Figura 1:* Logosímbolo del producto

De acuerdo con los diseñadores del logo: el color verde representa la tranquilidad y armonía, mientras el color rojo la energía y movimiento, adjetivos contrarios al malestar y tristeza, síntomas característicos de la depresión, de esa manera la selección de estos colores va encaminada a dar la sensación de cambio dirigido a los objetivos terapéuticos, es decir, mejorar la calidad de vida y el estado de ánimo del adolescente

La mano con el índice dirigido hacia arriba indica participación, la persona que use la aplicación se hace partícipe del proceso, en el cual de forma activa hará parte del proceso terapéutico por medio de las diferentes opciones con las que cuenta el programa. El signo de exclamación indica el momento de cambio, dando entender un nuevo punto de partida para la persona que decide usar la aplicación.

La chica sentada en la mano representa a los diversos clientes, y se encuentra sobre la mano por lo que comentábamos anteriormente, será quien tenga el rol principal dentro del proceso y su mirada se dirige al horizonte, específicamente hacia el arcoíris, puesto que este es un fenómeno que en sí mismo genera una sensación de bienestar, y que para el proceso representa el bienestar en termino psicológico, lo que fue comentando en el primer punto, calidad de vida y un estado de ánimo equilibrado.

### **Slogan**

El slogan diseñado es ‘Haz Click Actívale Ya’.

En un siglo como este, es fundamental incorporar las nuevas tecnologías en el tratamiento de las enfermedades mentales, ‘dar click’, es algo con lo que la gran mayoría de los jóvenes se encuentran familiarizados y eso facilita de muchas maneras su comprensión de lo que se pretende con la aplicación, ‘dar click’ significa voluntariamente ejercer una acción para ingresar a un contenido de interés que para este caso en específico es la salud mental. Con lo que este slogan se pretende es que los jóvenes ingresen a la plataforma para desarrollar y hacer uso de las diferentes herramientas que con compromiso y seguimiento continuo les permitirán mejorar su calidad de vida.

### **e. Producto Básico**

Con ‘Actívale’ los clientes obtienen diversos beneficios, por una parte, es una excelente herramienta para los psicólogos en el seguimiento de casos clínicos de adolescentes con trastorno depresivo mayor, gracias a su carácter virtual facilita la comunicación entre paciente y terapeuta mediante los chats y soportes técnicos que se encuentran disponibles 24/7, además de esto, los psicólogos pueden identificar los avances individuales mediante la revisión de las unidades y tareas entregadas por cada paciente.

La población mayormente beneficiada serán los adolescentes mismos, pues ya que el producto se encuentra diseñado bajo principios de terapia breve, estarían evidenciando mejorías en un tiempo estimado menor a seis meses, la plataforma les brinda la posibilidad de un trabajo autónomo en el que puedan avanzar de acuerdo a la dedicación y trabajo que implemente cada uno.



Adicionalmente, al tratarse de un aplicativo virtual, es portable en cualquier tipo de dispositivo y su uso no se encuentra limitado únicamente a los tiempos de consulta clínica, su contenido es personalizable, por lo que los clientes pueden escoger de manera libre no sólo los colores, fuentes, presencia de imágenes, vídeos y audios, entre otros, sino que pueden filtrar si desean recibir información respecto a tratamiento, causas, tips para la familia y demás.

Finalmente, una de sus grandes facilidades es su método de adquisición, ya que no sólo puede adquirirse en los consultorios psicológicos, sino por internet.

#### **f. Producto Real**

El aplicativo virtual ‘Haz Click Actívale Ya’ es una herramienta diseñada por y para psicólogos y adolescentes para el seguimiento del trastorno depresivo mayor, se caracteriza por su sencilla adquisición vía internet o de manera presencial en consultorios psicológicos, su contenido se muestra en colores llamativos, fuentes grandes y presencia de imágenes, audio y vídeos para hacerlo aún más dinámico. Los clientes pueden ingresar e interactuar tanto con los terapeutas como con otros jóvenes con sus mismas problemáticas, se generan foros con temas en común y el administrador encargado filtra la información de manera que no resulte perjudicial para los consultantes. La plataforma se encuentra disponible para computadores, tabletas y celulares de cualquier sistema operativo, lo que facilita la comunicación entre terapeuta y paciente por fuera del ámbito del consultorio, cuenta con soporte técnico 24/7 que brinda servicios de capacitación para un óptimo conocimiento de las actualizaciones y para el manejo de las crisis, cuando no hay psicólogos disponibles se envía al cliente un mensaje con instrucciones a seguir y la promesa de ponerse en contacto con ellos en menos de 8 horas tras la crisis. Ya que la plataforma se encuentra basada en terapia breve, y aunque el trabajo y el progreso se dan de manera individual, los contenidos se muestran de manera estructurada, rápida y concreta para asegurar resultados efectivos en menos de seis meses.

El aplicativo en su versión beta se distribuye en cuatro unidades, la primera unidad está orientada al cuidado, se realiza un plan de crisis que estará organizado con una estructura general de la cual se deberán identificar ideográficamente aquellas estrategias que funcionen más a los adolescentes, se desplegarán según el apartado unas posibles opciones y acorde a esto se generara un esquema del plan de crisis. La segunda unidad está enfocada a la psicoeducación

emocional la cual estará orientada no solo a la expresión sino también a la regulación, en esta unidad se propone la identificación de métodos en los que los clientes identifiquen aquellas actividades que les permitan distraerse y brindar una forma de generar procesos de resiliencia, de la mano con esto se brindara la forma de hacer didácticamente la psicoeducación en emociones, dando el proceso de explicar cada una y realizar la identificación de síntomas fisiológicos de manera ideográfica, paralelo a esto se propondrán estrategias de regulación que se orienten tanto en la aceptación de los síntomas de la enfermedad como en la forma de actuar en consecuencia. La tercer unidad propone el abordaje de la psicoeducación en la depresión mayor, en la cual se explican los signos y síntomas, también las estadísticas a nivel nacional, el desarrollo y curso de la enfermedad, los factores de riesgo y pronóstico habitual, esta unidad se propone que sea tomada tanto individual como en grupo con la familia o cuidadores de la/las persona/s en cuestión, en estas sesiones se propone realizar entrenamiento en estrategias de afrontamiento, conductas de cuidado, resignificación de los hechos y la enfermedad y por último, la búsqueda de reforzadores positivos. Transversal a esto se pretende en la unidad 4 trabajar procesos de validación en sus 5 niveles y flexibilización del pensamiento, con lo que se pretende que las personas tengan una mejor mirada sobre la enfermedad y la vida. Al terminar las unidades se generan seguimientos vía chat o correo por parte del psicólogo.

### **g. Producto Ampliado**

Los valores agregados identificados que se implementaran son, el uso multiplataforma del producto, dando la posibilidad de ingresar donde se desee, el seguimiento continuo y las asesorías brindadas, la garantía obtenida a partir de la experiencia de otros usuarios, la posibilidad de personalización, el modelo de terapia breve, las actualizaciones y capacitaciones por parte de los diseñadores, el apartado de PQRS para momentos de inquietud y la facilidad de adquisición se identifican y se ratifican como valores agregados.

### **h. Clientes**

Los clientes son profesionales de la salud mental con pacientes con problemáticas relacionadas con estado de ánimo depresivo en población adolescente, dichos profesionales se movilizan normalmente en consultorios privados, codependencias y entidades gubernamentales o de salud pública.

## **i. Mercado Potencial**

El mercado potencial del producto es Sistema de Emergencias Médicas, conformado por el conjunto de IPS, los servicios de atención pre hospitalaria, la Red de Urgencias, la Red de Transporte de Ambulancias y Entidades Promotoras de Salud.

Instituciones prestadoras de salud mental en Colombia: 113.

Lafloré Wellness & Clinical Center, Hospital Día Salud Mental Niños Y Jóvenes, Clínica Montserrat, Clínica Fray Bartolomé De Las Casas, Clínica Retornar, Clínica La Inmaculada, Hospital Universitario Nacional De Colombia, Hospital Universitario San Ignacio, Clínica De Nuestra Señora De La Paz, Unidad De Salud Mental Sede Floralia, Clínica Los Remansos, Hospital Mental Universitario De Risaralda, Mares Salud Mental, Hospital Psiquiátrico Universitario Del Valle, Hospital Mental Nuestra Señora Del Perpetuo Socorro, Clínica Cari Para Drogas, Hospital Universitario Cari Sede De Alta Complejidad, Fundar De Colombia, Clínica El Prado (Instituto Especializado En Salud Mental), Hospital Mental Rudesindo Soto, Ese Hospital Mental De Antioquia, Subred Integrada De Servicios De Salud Norte - Unidad De Servicios De Salud Simón Bolívar, Samein, Fundación Santa Fe De Bogotá, Clínica Nuestra Señora De La Paz, Clínica Basilia, Hospital Universitario San Vicente Fundación, Ese Hospital Psiquiátrico San Camilo, Hospital Simón Bolívar, Cemic Unidad Salud Mental Sede La Roca, EPS Sánitas Unidad De Salud Mental, Insecar, Centro De Salud Mental Nueva Esperanza, Centro De Atención Prioritaria En Salud Altamira, Hospital De Usaquén, Corporación Centro Cita Salud Mental, Homo, Clínica La Paz Sede Chapinero, Hospital De Suba, Cemic Unidad De Salud Mental, Centro Terapéutico Reencontrarse, Clínica Campo Abierto, Clínica Universidad Nacional, Ciclo Vital Colombia, Hospital Infantil Universitario De San José, Instituto Colombiano De Salud Mental Insam, Hospital Militar Central, Hospital San Rafael, U.P.A Bellavista Norte, Hospital San Blas, Clínica Santo Tomás, Centro Unidos Colombia, Clínica Laing, Clínica De Marly, Hospital Vista Hermosa, Hospital Universitario (Cari) Sede Salud Mental, Instituto Roosevelt, Centro De Salud Upa 50, Hospital Universitario Del Valle Evaristo Garcia E.S.E, Hospital Mental De Filandia, Ese Hospital Mental Filandia Sede Armenia, Hospital De La Policia, Hospital Departamental De

Villavicencio, Hospital Santa Clara, Orden Hospitalaria San Juan De Dios, Cenpaif. Centro Psicológico De Atención Integral A La Familia, Entheos Thymos, Unidad De Servicios Psicológicos Universidad Católica De Colombia, Centro Colombiano De Psicología, Fundación Centro De Psicología Anita, Insight Psicología Ips | Neurofeedback Bogotá, Fundación Universitaria Konrad Lorenz - Centro De Psicología Clínica, Casa Alegria Comunidad Matrimonial, Medsport Colombia, Cepi, Terapia De Pareja - Frauky Jimenez, Dra Consuelo Pinzón, Psicóloga Clínica E Hipnosis, Cinav Centro Integral De Neurodesarrollo, Felipe Castro. Psicólogo. Esp. Sexología, Cendiatra - Sede Norte, Cuerpo, Arte Y Palabra (Servicios En Psicología), Medinet Psicología, Centro Terapeutico Reencontrarse, Centro Psicosex, Neuraxis Clínica Neuropsicológica Integral, Apoyo Emocional, Neuroser, Yadira Mateus Esteban, Hakuna Matata, Instituto Ser, Unidad De Orientación Y Asesoría Psicológica (Uoap) De La Universidad Cooperativa De Colombia, Fundación Más Humano, Casa de Psicología S.A.S, Fundación Psicoterapia, Centro de Servicios Psicológicos Areandina, Consultorio Psicológico Universidad Santo Tomás, Consultorio Psicológico Universidad San Buenaventura, Cardio Infantil, Hospital Chapinero, Campo Alegre, Clínica Palermo, Clínica Emmanuel, Hospital Universitario San Ignacio, REMY I.P.S, UPA Lorencita Villegas.

#### **j. Mercado Objetivo**

Instituciones prestadoras de salud mental en Bogotá: 64.

#### **k. Mercado Meta**

Instituciones prestadoras de salud mental en Chapinero: 23.

Localidad de Chapinero.

**Número de habitantes:** 166.000 Aprox.

**Extensión:** 3.899 Hectáreas.

**UPZs:**

UPZ 88 El Refugio

UPZ 89 San Isidro Patios

UPZ 90 Pardo Rubio

UPZ 97 Chicó Lago

---

UPZ 99 Chapinero

UPR (Unidad de Planeación Rural) Vereda El Verjón

### Límites:

Desde el año 2002 y de acuerdo con la secretaría de planeación, los límites definitivos de Chapinero son:

Por el Norte: con la localidad de Usaquén

Por el Sur: con la localidad de Santa Fe

Por el Oriente: con los municipios de Choachí y La Calera

Por el Occidente: con las localidades de Teusaquillo y Barrios Unidos (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2017).



Figura 2: Mapa de la localidad. Fuente: Alcaldía Mayor de Bogotá, 2017

### Estratos Socioeconómicos.

Zona 1: área rural, compuesta por tres sectores y una vereda. Zona 2: área urbana del piedemonte de los Cerros Orientales, habitada por sectores populares, compuesta por cuatro sectores. Zona 3: área urbana de conformación múltiple, comprendida entre el límite de los barrios populares de los cerros y la Avenida Caracas, de la calle 39 a la calle 67, compuesta por dos sectores. Zona 4: área urbana de conformación múltiple, comprendida entre el límite de los Cerros Orientales y la Avenida Caracas y su prolongación por la Autopista Norte, desde la calle 67 hasta la calle 100, compuesta por tres sectores. Esa zonificación y estratificación social en el ámbito local muestra una concentración de la población en los estratos 4, 5 y 6 y su distribución

entre las zonas 3 y 4, pero una porción de población se sitúa en el estrato 2, entre las zonas 1 y 2, que constituye el conglomerado social zonal más vulnerable (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2017).

### **Barrios.**

Los barrios que componen la localidad de Chapinero son (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2017):

El refugio: Chico reservado, Bellavista, Chico alto, El nogal, El refugio, La cabera, Los rosales, Seminario toscana

San isidro: Patios, La esperanza nororiental, La sureña, San isidro, San Luis altos del cabo

Pardo rubio: Bosque calderón, Bosque calderón tejada, Chapinero alto, El castillo, El paraíso Emaus, Granada, Ingemar, Juan XXIII, La Salle, Las acacias, los olivos, María Cristina, Mariscal Sucre, Nueva granada, Palomar, Pardo rubio, San Martín de Porres, Villa Anita, Villa del cerro

Chicó lago: Antiguo country, Chicó norte, Chicó norte II, Chicó norte III, Chicó occidental, El Chicó, El retiro, Espartillal, La Cabrera, Lago Gaitán, Porciúncula, Quinta Camacho

Chapinero: Cataluña, Chapinero central, Chapinero norte, Marly, Sucre

### **Principal Actividad Económica del Barrio.**

La actividad empresarial de la localidad de Chapinero se concentró en el sector de los servicios (84%); otros sectores representativos para la economía local fueron la industria (5,9%) y la construcción (5,8%). La mayor participación del sector servicios es el resultado de la concentración de las actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler (30%) y del comercio y la reparación de vehículos (23%); estas dos actividades son el eje de la economía local (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2017).

**Alcalde.**

Posicionado en abril 29 de 2016 como alcalde local de chapinero hasta el año 2019, Hernando José Quintero Maya es administrador de empresas graduado del Politécnico Gran Colombiano y especialista de la Universidad Sergio Arboleda en el área de Gestión Financiera. Ha trabajado por más de diez años en diferentes entidades públicas dentro de las que se encuentran la Empresa Social del Estado-Luis Carlos Galán Sarmiento, la Unidad Nacional de Tierras Rurales (UNAT) y el Instituto Colombiano de Desarrollo Rural (INCODER), (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2017).

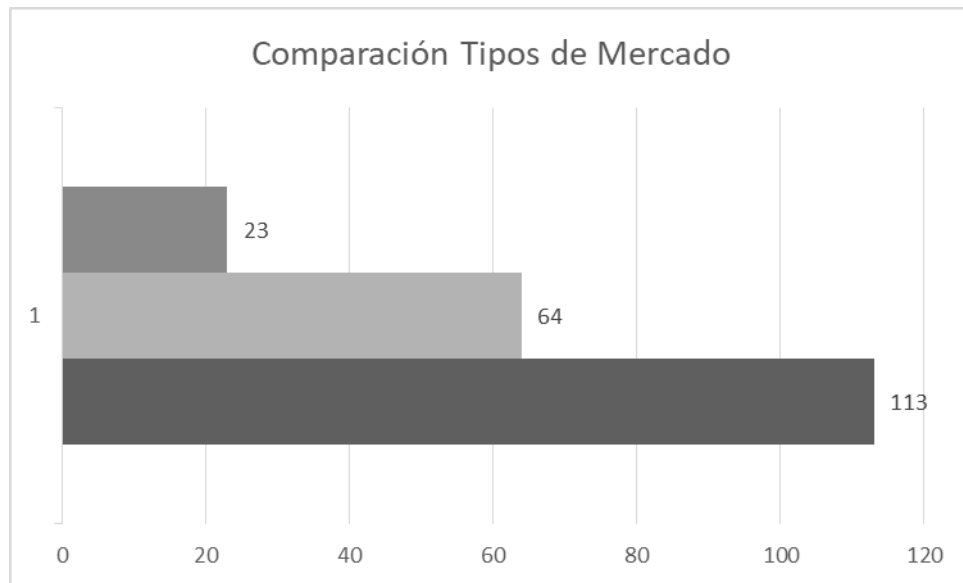


Figura 3: Comparación entre los tipos de mercado

**l. Competencia**

**m. Competencia Directa**

Psicólogos especializados en población adolescente.

Unidades de psicología.

Plataformas virtuales diseñadas para promoción de TDM en adolescentes.

FUNIDEP- Fundación Unidos Contra la Depresión: Desde el mes de agosto del 2008 han desarrollado promoción de la salud mental, con el apoyo de los medios de comunicación: Caracol TV (noticiero), RCN TV (noticiero, cura para el alma), City TV (mujeres en línea, arriba Bogotá, noticias), Canal Capital (primer café, al mediodía, noticias), Fox, Telecolombia, Cablenoticias, periódico El Tiempo, El Espectador, y diferentes emisoras radiales, dirigido a la población nacional brindan educación emocional.

Programas de promoción y prevención de la depresión en jóvenes por Compensar.

Programas de promoción y prevención de la depresión en jóvenes por el Ministerio de Salud.

ASODEP- Asociación Colombiana Contra la Depresión y el Pánico: Gestionan programas para la prevención y promoción de la depresión. Brindan educación emocional.

Programa Equilibrio: Es una institución especializada en el diagnóstico y tratamiento integral de los trastornos del estado de ánimo.

Centro Interamericano de Psicoterapia: Especialistas en población adolescente con depresión.

#### **n. Competencia Sucedánea**

Medicamentos naturales: Okey.

Fundación Morenita del Tepeyac: La recuperación es personalizada, educativa y familiar, se fortalece en las personas que tengan una concentración espiritual la cual les permitirá encontrar su equilibrio hacia un camino reconciliador de sí mismo para recuperarse.

Página web como Ecoosfera, MejorConSalud y otras: Hablan de medicamentos naturales como vitamina D, hierba de San Juan, sol, Selenio (en alimentos como aguacate, kiwi, sandía, uvas y fresas), valeriana, hierba Angélica, apio, avena, entre otros, para combatir la depresión.

Fundaciones de sanación espiritual para el tratamiento de enfermedades psicológicas.



Chamanes, brujos y otros que prometen remediar toda enfermedad, sea esta de índole física o psicológica.

#### **o. Productos de la Competencia**

**Aplicación MindShift.** Los niños y adolescentes con ansiedad por lo general no pueden dejar de preocuparse por las cosas, imaginando los peores escenarios, tienen dificultad para dormir y concentrarse y se sienten incómodos al estar rodeados de muchas personas, lo cual podría afectar negativamente su vida cotidiana y actividades como el rendimiento en la escuela o las relaciones.

Ver a un psicólogo o consejero registrado suele ser el primer curso de acción. A veces, otros métodos tales como recursos de autoayuda podrían ser útiles dependiendo de la gravedad de la ansiedad y estado de ánimo. Muchos de estos recursos de autoayuda están disponibles como aplicaciones para teléfonos móviles que muchos adolescentes usan diariamente y que podrían ayudarles a lidiar mejor con su ansiedad y estado de ánimo.

La aplicación MindShift, desarrollada por la Asociación de Trastornos de Ansiedad de Columbia Británica, es una de esas aplicaciones dirigidas a adolescentes y adultos jóvenes, ayudándoles a aprender y practicar habilidades de afrontamiento de la ansiedad y la depresión usando la orientación y la evaluación basadas en la terapia cognitivo-conductual.

La aplicación MindShift ayuda a los adolescentes a aprender más acerca de la ansiedad y los síntomas, evaluar su nivel de ansiedad en situaciones particulares, participar en tareas de relajación, desarrollar patrones de pensamiento realistas, etc.

Los adolescentes y adultos jóvenes que experimentan síntomas de ansiedad leves a moderados pueden encontrar esta aplicación útil, pero sólo si ha sido recomendada por un profesional de la salud.

**Aplicación MoodTools.** La aplicación MoodTools es similar a la aplicación Self-help Anxiety Management. Fue creado por dos estudiantes de Duke Psychology, con el objetivo de ayudar a los usuarios a combatir la depresión clínica y los estados de ánimo negativos mediante el uso de seis técnicas de autoayuda. Además, la aplicación educa a la audiencia general sobre diferentes tipos de depresión, varios tratamientos y sobre situaciones críticas como el suicidio.

MoodTools aplicación está diseñada principalmente como una herramienta de autoayuda y funciona bien sólo como una guía educativa para ayudar a los usuarios a aprender más sobre la depresión y las opciones de tratamientos o como un diario de estado de ánimo. Sin embargo, todavía requiere muchas más mejoras para ser considerado una herramienta seria de la autogestión para la depresión clínica.

**Aplicación Pacífica.** La aplicación de Pacífica para Android y iPhone es otra aplicación basada en los principios de la Terapia Cognitiva Conductual, que proporciona herramientas de atención y relajación para controlar el estado de ánimo depresivo, la ansiedad y el estrés.

La aplicación de Pacífica primero pedirá a los usuarios que califiquen su estado de ánimo en una escala de 7 puntos. Basándose en su clasificación de humor, los usuarios pueden elegir tratar los problemas de humor con una de las cuatro actividades proporcionadas en la aplicación. Estas actividades o secciones incluyen meditaciones, metas, pensamientos o relajación, que proporciona a los usuarios sencillos ejercicios de respiración y meditación, eligen objetivos terapéuticos y rastrean el progreso, registran los pensamientos asociados con la clasificación del estado de ánimo actual y utilizan técnicas avanzadas de relajación y visualización, junto con las herramientas del paisaje sonoro.

La aplicación también contiene la sección Salud que puede vincularse con los datos de Salud de Apple (si utiliza la aplicación en iPhone), lo que ayuda a los usuarios a rastrear su consumo de cafeína y agua, el sueño, la actividad, etc.

La aplicación de Pacífica está bien diseñada y es fácil de usar, gracias a la menor interacción basada en texto que en otras aplicaciones similares.

Aunque, proporciona una gran cantidad de datos científicos que apoya el uso de la TCC para la depresión y la ansiedad, la aplicación no se ha estudiado en ensayos clínicos o en comparación con otras aplicaciones similares.

**p. Análisis DOFA**

**Tabla 1.**  
*Matriz DOFA*

<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>
Puntos de fácil adquisición	Percepción prevenida por parte de los clientes
Grupo humano capacitado	Baja tasa de retorno (al principio)
Posibilidad de capacitación del personal	Aparición reciente en el mercado
Estrategia creativa de la mano con habilidades y conocimientos específicos de la problemática	Déficit económico para desarrollar la propuesta
<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
Nichos de mercado inexplorados	Capacidad de mercadeo limitado
Competencia no posicionada en el mercado, débil	Cambios socioeconómicos negativos Crisis en el sector salud
Posibilidad de generar vínculos a nivel distrital con salud pública	Mora en el pago de recursos de las EPSS Falta de interés en clientes potenciales
Aprovechamiento de las tecnologías de la información	

**q. Estrategias**

**Estrategias (FO).** Se resalta como importante el dar peso a los puntos de canales de distribución mediante publicidad y mercadeo, dar importancia a la atención y calidad de los servicios para fidelización de los usuarios, planificación y dotación de implementos para generar confianza y en consecuencia adquisición del producto.

**Estrategias (DA).** Se propone, explorar nuevos clientes a partir de una imagen amigable, donde se evidencien productos de calidad con nueva tecnología y una imagen creativa, la utilización de las TIC’s evita el uso de mucho personal, garantizar un equilibrio económico y presupuestal para sostener el proyecto

**Estrategias (FA).** Con el cambio tecnológico y al nicho de mercado que se está apuntando se logra invertir y bajar costos, la necesidad latente de instrumentos que hagan acompañamiento psicológico además de un fácil acceso a este, resulta más amigable para los consultantes a nivel

salud, medios de pago tipo giro directo, oferta continuamente actualizaciones y adiciones al producto y prepararse para competencias futuras.

**Estrategias (DA).** Generar valor agregado a nuestro producto para que los clientes satisfechos nos recomienden, como el modelo de terapia breve propuesto y la atención de servicio disponible, además se propone flexibilidad para estar en el sector y mantenernos como pioneros en la propuesta.

**r. Canales de Distribución**

El producto Actívate será distribuido mediante un canal corto, el aplicativo estará disponible en internet, por lo que el usuario final no tendrá contacto directo con los fabricantes, por otro lado, será también tipo telaraña en donde se contactarán personas reconocidas en el medio de la salud mental que adquieran y promocionen el producto para que mediante pines pueda ser adquirido en consultorios psicológicos.

**s. Resultados del Estudio de Mercado**

A continuación, se presentan los resultados de la encuesta de mercado, la muestra de encuestados se divide en un total de 20 mujeres y 10 hombres, la ocupación de los participantes se divide entre profesionales de psicología, estudiantes de psicología del último año y un grupo minoritario de personas con profesiones u ocupaciones diferentes a la psicología, todos residentes de la ciudad de Bogotá, con rango de edades de entre los 20 a los 50 años de edad.

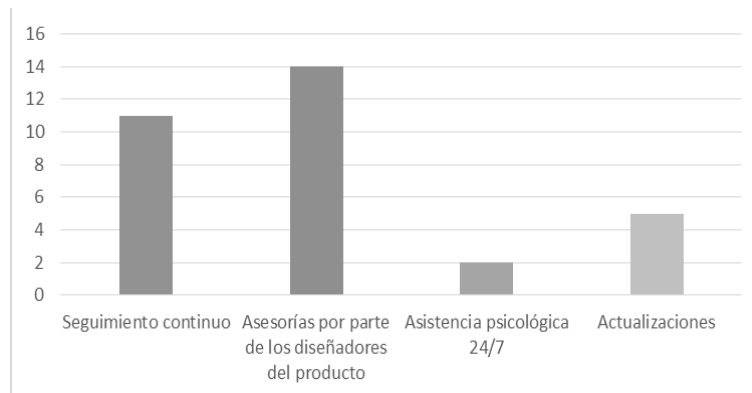


Figura 4: Diferenciación del producto con otros similares.

En el ítem indicado en la encuesta sobre el factor que podría diferencia el producto de otros que hayan usado u oído se obtiene una frecuencia de 11 para seguimiento continuo, 14 para asesorías por parte de los diseñadores del producto, 2 para asistencia psicológica 24/7 y 5 para actualizaciones.

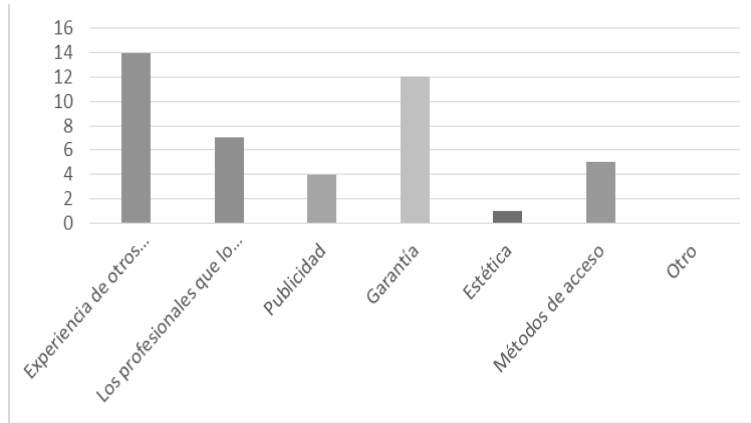


Figura 5: Factores que podrían influir en la decisión de compra.

En el ítem indicado por otros factores de compra que influirían en la decisión de compra se evidencia una frecuencia de 14 en la experiencia de otros usuarios, de 7 en los profesionales que lo diseñan, 4 en la publicidad que se haga, 12 en la garantía que se tenga de este, 1 en la estética, y 5 en los métodos de acceso, no se obtienen puntuaciones en otros.

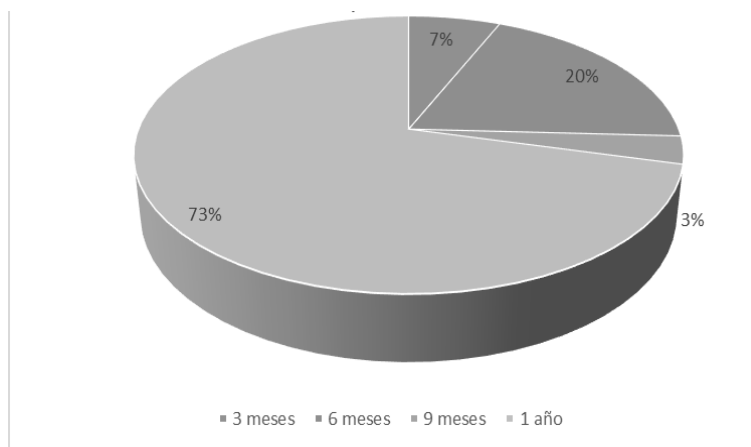


Figura 6: Preferencia por el tiempo de vigencia de la licencia del producto.

En cuanto al tiempo de vigencia predilecto por los encuestados se evidencia un porcentaje de 7% en 3 meses, un 20% en 6 meses, un 3% en 9 meses y un 73% en 12 meses.

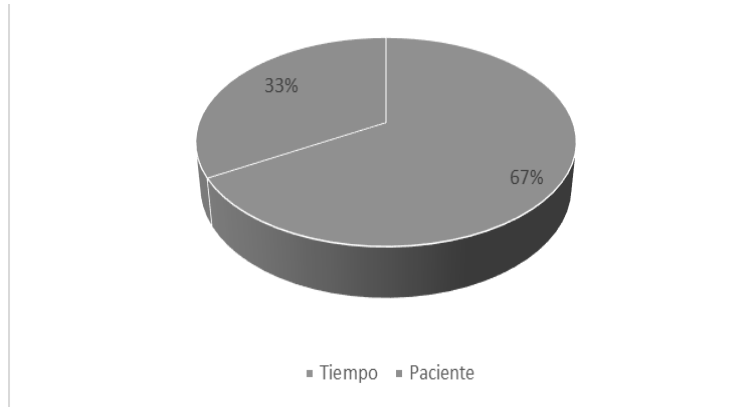


Figura 7: Preferencia de pago referente a tiempo de tratamiento o paciente

En el ítem de licencia diferenciada por paciente o por tratamiento se evidencia un porcentaje de 67% de encuestados que prefieren que sea por tiempo, por otro lado, un 33% que prefiere que sea por paciente.

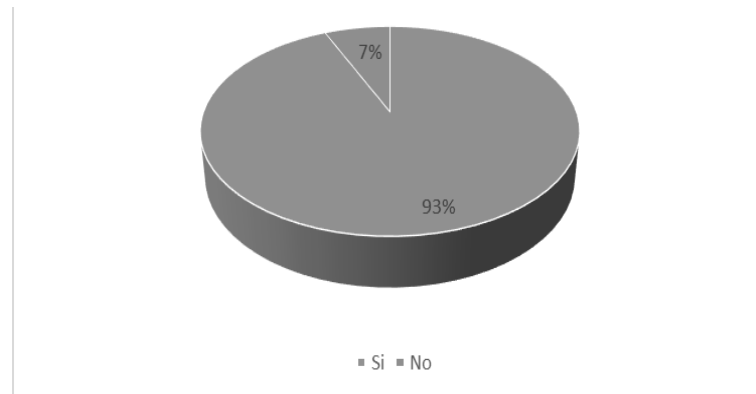


Figura 8: Preferencia de personalizar el producto

En el ítem de personalización del producto se evidencia un 93% de predilección de los encuestados por la posibilidad de personalizar el aplicativo en contraposición de un 7% que considera que no debería ser de esta forma.

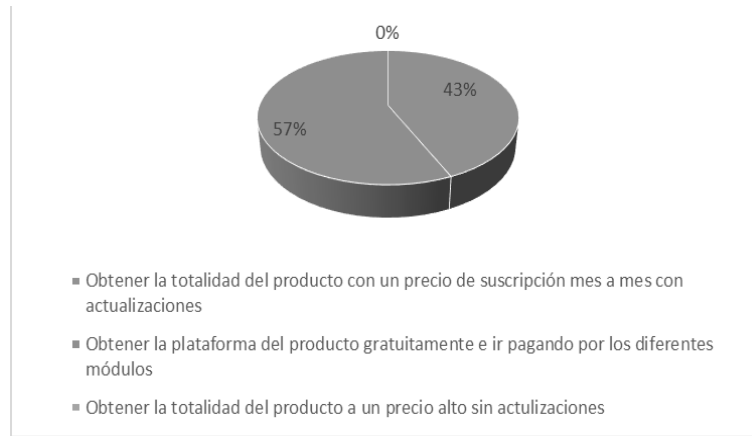


Figura 9: Preferencia frente el tipo adquisición del producto al momento al momento de la compra

En el ítem que indica la decisión de compra sobre la adquisición del producto se obtiene un 0% para la obtención de la totalidad del producto a un precio alto sin actualizaciones, un 43% para la obtención de la totalidad del producto con un precio de suscripción mes a mes con actualizaciones y un 57% por la obtención de la plataforma de forma gratuita y pagar por los diferentes módulos.

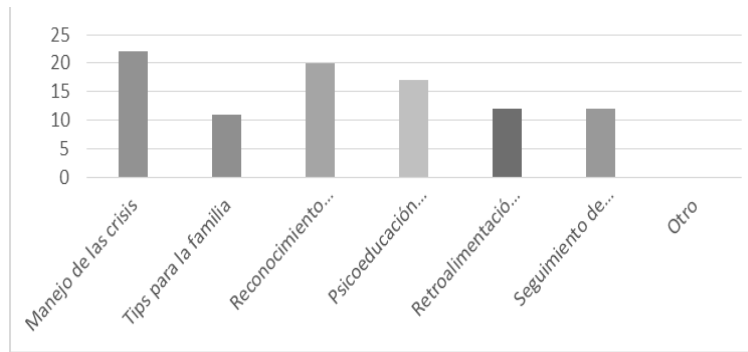


Figura 10: Contenidos que los encuestados consideran fundamentales para el aplicativo

En el ítem donde se indaga por los contenidos considerados fundamentales en un aplicativo sobre depresión mayor en adolescentes se obtiene una frecuencia de respuesta de 22 para el manejo de las crisis, 11 para tips para la familia, 20 para reconocimiento emocional, 17 para psicoeducación sobre la problemática, 12 para la retroalimentación por parte del terapeuta, 12 para el seguimiento de tareas y 0 para otros.

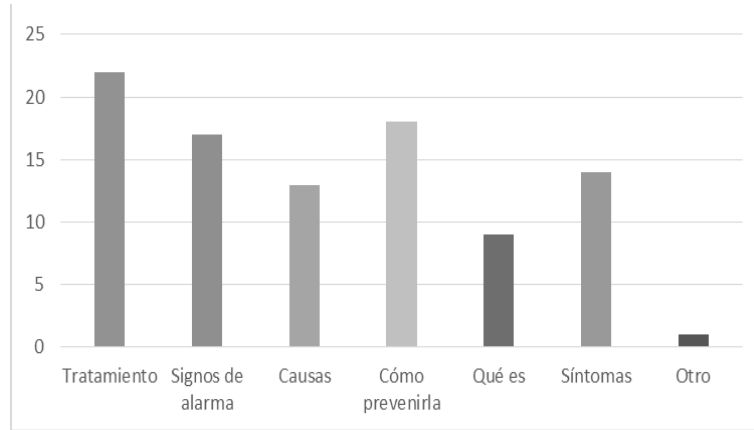


Figura 11: Temas que consideran deberían ser enseñados en el aplicativo

En el ítem donde se indaga las temáticas esperadas en un aplicativo sobre depresión mayor se obtiene una frecuencia de 22 para el tratamiento, 17 para signos de alarma, 13 para causas, 18 para como prevenirla, 9 para qué es, 14 para síntomas, y 1 para otros.

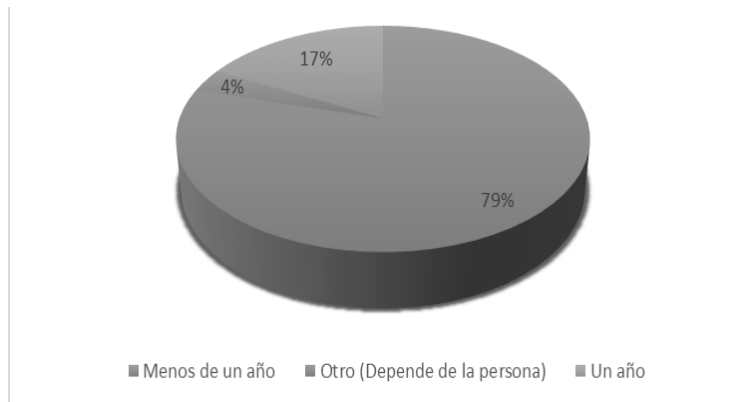


Figura 12: Tiempo en el que los encuestados consideran se deberían ver resultados en los usuarios del aplicativo

En el ítem donde se indaga por obtención de resultados se obtiene una preferencia del 79% en menos de un año, un 17% en un año y 4% en otro que indica un enfoque ideográfico; dicho lo anterior se refuerza el modelo de terapia breve y un trabajo conjunto con los terapeutas para un tratamiento eficiente y eficaz.



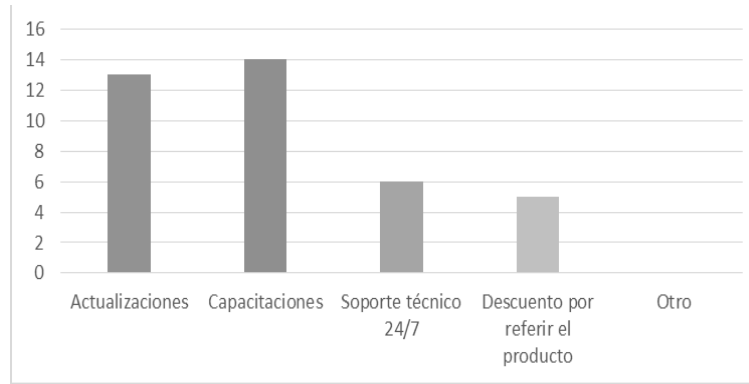


Figura 13: Elementos que los encuestados consideran como valor agregado para adquisición del producto

En el ítem donde se indaga por los elementos que resultan como valor agregado del producto se obtienen frecuencias de respuesta de 13 para las actualizaciones, 14 para las capacitaciones, 6 para el soporte técnico 24/7 5 para descuento por referir el producto y 0 para otros.

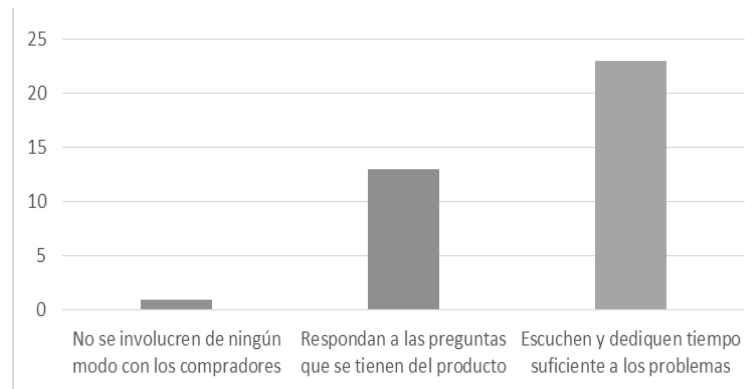


Figura 14: Expectativas de los encuestados frente a los diseñadores del producto

En el ítem encuestado por las expectativas de los diseñadores del producto se obtienen frecuencias de 1 para que estos no se involucren de ningún modo con los compradores, de 13 para que se respondan las preguntas que se tienen del producto, y 23 para que se escuche y se dedique tiempo suficiente a los problemas.

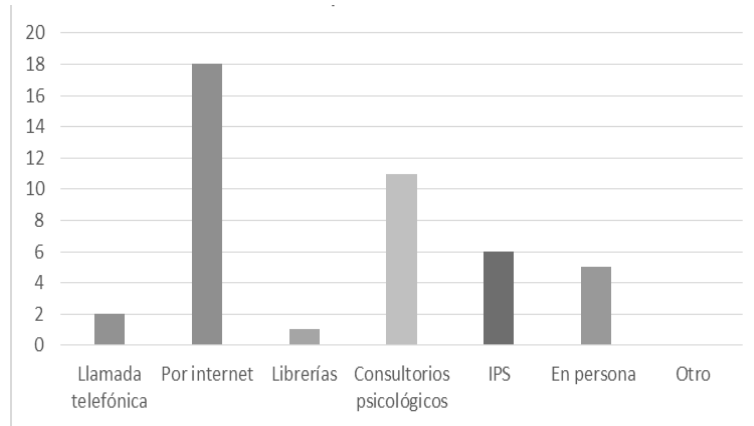


Figura 15: Preferencia por parte de los encuestados frente a la forma de adquisición del producto

En el ítem orientado a la comodidad de adquisición se obtienen frecuencias de 2 para llamada telefónica, 18 para obtención por internet, 1 librerías, 11 consultorios psicológicos, 6 IPS, 5 en persona y 0 en otros; razón por la cual se toma la decisión de abrir la posibilidad de obtención online y en consultorios psicológicos.

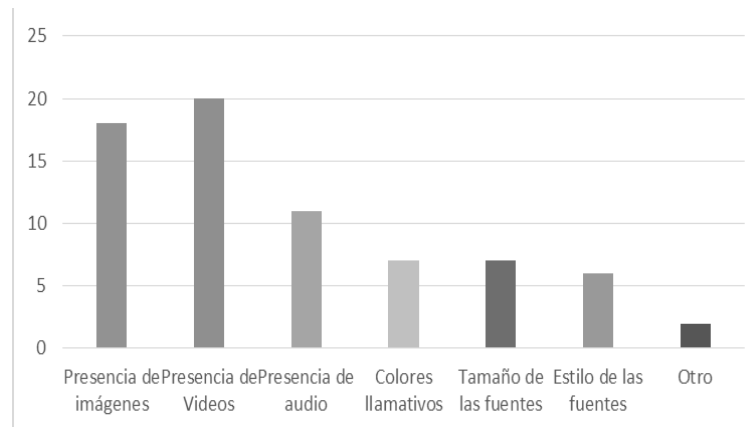


Figura 16: Frecuencia de respuestas frente a los elementos multimedia

En el ítem donde se indaga por los contenidos físicos del producto se obtienen frecuencias de 18 para imágenes, 20 para videos, 11 para audio, 7 para colores llamativos, 7 para tamaño de la fuente, 6 para estilo de la fuente y 2 para otro.

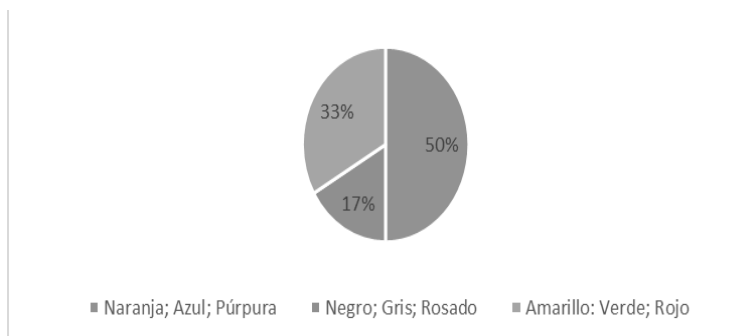


Figura 17: Preferencia por colores y las temáticas asociada a estos

En el ítem orientado a la combinación de colores se obtiene un 50% de preferencia por el naranja, azul y púrpura, un 33% por el amarillo, verde y rojo y un 17% por negro, gris y rosado.



Figura 18: Dispositivo donde prefieren tener acceso al aplicativo

En cuanto a la preferencia que perciben los encuestados para ingresar al aplicativo virtual se obtiene un 40% para que sea multiplataforma, un 30% para que sea en computador, un 27% para celular y un 3% para tablet/iPad.

**t. Discusión del Estudio de Mercado**

Se toma la decisión de eliminar el primer ítem de la encuesta debido a que a pesar de la revisión y modificación resultó ser una pregunta ambigua y los encuestados reportaron no entender como realizar el diligenciamiento de esta misma.

Se evidencia por parte de los encuestados una alta relevancia hacia las asesorías brindadas por parte de los diseñadores y un seguimiento continuo en este mismo, se considera que es por la novedad o la falta de cercanía con productos similares, dicho lo anterior, se toman

estos dos factores como valor agregado de nuestro producto, de igual manera se evidencian puntajes similares en la experiencia de otros usuarios y la garantía ofrecida del producto, por lo que, se evidencia una alta preocupación por parte de los encuestados hacia la eficacia y veracidad del producto, se puede entender que lo anterior se presenta debido a la edad y el nivel académico de los diseñadores, razón por la cual se considera reforzar en los temas ya mencionados.

Por otro lado, se toma la decisión de ofrecer el producto por un año, de mano con el ítem anterior se toma la decisión de brindar la licencia por tiempo y no por usuario, retroalimentando el resultado anterior, además de esto, se considera como valor agregado la posibilidad de personalizar el producto a predilección de los usuarios, lo anterior se se considera que es de esta forma debido no solo a las necesidades sino el grupo de edad de los posibles usuarios.

Asimismo, dado que no hay una alta diferencia entre los dos porcentajes obtenidos se decide tomar la opción de obtener la totalidad del producto e ir pagando mes a mes con actualizaciones, se toma la decisión para recuperar la inversión a corto plazo, dado lo anterior se reafirman los contenidos preestablecidos y se da más importancia al plan de crisis personalizado y psicoeducación emocional, en adición a lo anterior se opta por un enfoque de terapia breve para satisfacer esta necesidad, además de realizar una amplia psicoeducación de la problemática enfatizada en síntomas y signos de alarma, sin embargo prevención y promoción salen del alcance del aplicativo, razón por la cual no se toman dentro del aplicativo.

También se toma la decisión de abrir un espacio de PQRS dentro del aplicativo, además de mantener seguimiento del mismo como premisa principal, además se incorporan los pasos para realizar un abordaje a crisis y primeros auxilios psicológicos.

Se considera que la experiencia que se espera del aplicativo es que sea dinámica y rica en multimedia, por lo que se toman todas las sugerencias brindadas dando mayor peso al contenido multimedia brindado y al uso multiplataforma, por último, a pesar de los porcentajes obtenidos en el diseño visual, y por gusto de los diseñadores para un óptimo diseño visual, se toma la decisión de que sean amarillo verde y rojo los colores del aplicativo.

## u. Presupuesto

Tabla 2.

### *Análisis de costos y gastos*

Concepto	Costo
Transporte	2'040.000
Materiales y papelería	4'848.000
Logosímbolo	50.000
Diseño del producto	52'000.000
Producto (aplicativo virtual y pines)	16'000.000
<b>VALOR TOTAL DEL PRODUCTO</b>	<b>68'050.000</b>

**Transporte:** (34.000 ida y vuelta en UberX por 30 días (un mes) =1'020.000, que multiplicado por el número de fabricantes (2), da un total de 2'040.000).

**Materiales y papelería:** (320 páginas de encuesta de mercado, cada una a 150 pesos tiene un resultado de 48.000, más 4'800.00 que corresponderían al valor aconsejable del 30% del producto, sería un total de 4'848.000).

**Logosímbolo:** Diseño del símbolo y significado de cada uno de sus componentes (50.000).

**Diseño del producto:** 50.000 de precio por hora individual multiplicado por un total de 10 horas trabajadas a la semana, tiene como resultado 500.000, que multiplicado por 52 semanas (un año) son 26'000.000, este total multiplicado por el total de fabricantes (2) da un resultado final de 52'000.000.

**Producto (aplicativo virtual y pines):** Costo de los pines para su distribución en consultorios psicológicos: 1'000.000. Aplicativo virtual construido para la interacción entre usuarios, con contenido de chats, fotos, encuestas dinámicas, bases de datos, soporte técnico, administrador, servicios de consulta, atención de clientes, actualizaciones y contenido personalizable: 15'000.000.

## Resultados

**HAZ CLICK  
ACTIVATE YA**

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30, Sede 4  
320-378-00-18  
319-329-91-66

MENÚ   ¿QUIÉNES SOMOS?   INICIA SESIÓN   CONTÁCTANOS

**¡ACTÍVATE!**  
Terapia breve para adolescentes con depresión mayor

**¿SABÍAS QUE?**  
Con 'Actívate' se brinda una excelente herramienta para los psicólogos en el seguimiento de casos clínicos de adolescentes con trastorno depresivo mayor, gracias a su carácter virtual, facilita la comunicación entre paciente y terapeuta mediante los chats y soportes técnicos que se encuentran disponibles 24/7, además de esto, los psicólogos pueden identificar los avances individuales mediante la revisión de las unidades y tareas entregadas por cada paciente.

**ATENCIÓN AL CLIENTE PARA NO USUARIOS**

Lunes	8:30am – 6:30pm
Martes	8:30am – 6:30pm
Miércoles	8:30am – 6:30pm
Jueves	8:30am – 6:30pm
Viernes	8:30am – 6:30pm
Sábado	8:30am – 6:30pm
Domingo	8:30am – 3:30pm

**NUESTROS SERVICIOS:**

- Atención a crisis 24/7 para nuestros clientes.
- Soporte técnico 24/7 para nuestros clientes.
- Actualizaciones.
- Capacitaciones sobre el uso de la aplicación.
- Revisión de tareas de cada paciente.
- Contenido personalizable.

[Leer Más](#)

abr. 2018

Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do
28	27	26	25	24	23	1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	1	2	3	4	5	6

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30, Sede 4   **f** **G+**   **+** Para emergencias llamar al 123.   **CONTACTANOS**

Figura 19: Menú principal Actívate



 Bogotá, Carrera 13 # 47 – 30,  
Sede 4
  320-378-00-18  
319-329-91-66

MENÚ
¿QUIÉNES SOMOS?
INICIA SESIÓN
CONTÁCTANOS

## ¿QUIÉNES SOMOS?

Somos psicólogos graduados de la Universidad Católica de Colombia en 2018, contamos con conocimientos generales tanto teóricos como éticos del área de Psicología. Nos desempeñamos en actividades de evaluación, diagnóstico e intervención a nivel individual, de pareja y grupal al igual que en el diseño e implementación talleres. Buscamos hacer nuestra contribución por medio de los conocimientos y habilidades que como personas profesionales hemos logrado obtener, denotando capacidad para trabajo en equipo, buenas habilidades interpersonales y disposición para aprender.

Cordialmente,  
el equipo de ACTÍVATE,  
Angle Castillo.  
Julián Rodríguez.



Bogotá, Carrera 13 # 47  
– 30, Sede 4




 Para emergencias llamar  
al 123.

 **CONTÁCTANOS**

© 2023 by Maple Park Family Practice. Proudly created with [Wix.com](https://www.wix.com)

Figura 20: ¿Quiénes somos?

**HAZ CLICK  
ACTIVATE YA**

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30, Sede 4  
320-378-00-18  
319-329-91-66

MENÚ ¿QUIÉNES SOMOS? INICIA SESIÓN CONTÁCTANOS

**NUESTROS SERVICIOS**

## ¡NUESTROS SERVICIOS!

**Ofrecemos:**

- Seguimiento de casos clínicos para adolescentes con trastorno depresivo mayor.
- Atención a crisis 24/7 para nuestros clientes.
- Soporte técnico 24/7 para nuestros clientes.
- Actualizaciones.
- Capacitaciones sobre el uso de la aplicación.
- Revisión de tareas de cada paciente.
- Contenido personalizable.
- Mejorías en aproximadamente 6 meses (ver términos y condiciones).

**PARA RECIBIR MÁS INFORMACIÓN INSCRIBA SU E-MAIL A CONTINUACIÓN**

Enviar

**¡SÍGUENOS EN NUESTRAS REDES SOCIALES!**

f t v i

**Además:**

**Información sobre:**

- Manejo de las crisis.
- Tips para la familia.
- Reconocimiento emocional.
- Psicoeducación sobre la problemática.
- Retroalimentación por parte del terapeuta.
- Contenido personalizable.
- Tips para la familia.

- Tratamiento
- Signos de alarma
- Causas
- ¿Cómo prevenirla?
- ¿Qué es?
- Síntomas

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30, Sede 4

f G+

Para emergencias llamar al 123.

**CONTÁCTANOS**

Figura 21: Nuestros servicios



**HAZ CLICK  
ACTIVATE YA**

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30, Sede 4  
320-378-00-18  
319-329-91-66

MENÚ ¿QUIÉNES SOMOS? INICIA SESIÓN CONTÁCTANOS

### NUESTROS SERVICIOS

- En **ACTÍVATE** nos orientamos hacia la promoción de un mejor estilo y calidad de vida de los adolescentes que padecen depresión mayor, las herramientas que ofrecemos están orientadas tanto en el primer como en los posibles episodios subsecuentes de la enfermedad, brindamos un apoyo al terapeuta con recursos que pueden ayudar al seguimiento y abortamiento de la problemática caracterizada por ser altamente incapacitante y riesgosa.

**¡RECUERDA TUS BENEFICIOS!**

- Atención a crisis 24/7.
- Soporte técnico 24/7.
- Actualizaciones.
- Capacitaciones sobre el uso de la aplicación.
- Revisión de tareas de cada paciente.
- Contenido personalizable.
- Mejorías en aproximadamente 6 meses (ver términos y condiciones)

### INGRESO DE USUARIOS

Nombre de usuario:

Contraseña:

[¿Olvidaste tu contraseña?](#)

O ¡regístrate haciendo clic aquí: [Comprar ahora](#) !

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30, Sede 4

Para emergencias llamar al 123.

**CONTÁCTANOS**

Figura 22: Inicia sesión



 Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30,  
Sede 4

 320-378-00-18  
319-329-91-66

MENÚ
¿QUIÉNES SOMOS?
INICIA SESIÓN
CONTÁCTANOS

## CONTÁCTANOS





También puedes encontrarlos en nuestras redes sociales

**Contáctanos para mayor información al:**  
**320-378-00-18**  
**319-329-91-66**  
 O llena la información abajo y te responderemos en las próximas 24 horas.

**Contacto para no usuarios:**

Lunes	8:30am – 6:30pm
Martes	8:30am – 6:30pm
Miércoles	8:30am – 6:30pm
Jueves	8:30am – 6:30pm
Viernes	8:30am – 6:30pm
Sábado	8:30am – 5:30pm
Domingo	8:30am – 3:30pm

NOMBRE

\*

E-MAIL

\*

ASUNTO

¿Cómo podemos ayudarte?

Enviar

**¡ENCUÉTRANOS AQUÍ!**



Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30, Sede 4








Para emergencias llamar al 123.




CONTÁCTANOS

Figura 23: Contáctanos

 Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30,  
Sede 4


 320-378-00-18  
319-329-91-66

MENÚ
¿QUIÉNES SOMOS?
INICIA SESIÓN
CONTÁCTANOS


¡COMPARTE TU EXPERIENCIA CON OTROS!


## TEN EN CUENTA:

1. NO reveles información personal (nombre, número celular, correo electrónico, otros). Necesitas un pseudónimo para ingresar.
2. Sigue en el chat tus estándares de comportamiento como lo son en la vida real. Mantén la cortesía con los otros miembros. RESPETA la opinión de los demás.
3. Evita salirte del tema central por el que fue creado el grupo.
4. Sigue las instrucciones que te indique el moderador del grupo.
5. Los mensajes antes de ser enviados son revisados por el administrador del grupo.


PRESIONA  PARA INGRESAR A UN CHAT GRUPAL


INGRESA AQUÍ




Aquí va tu pseudónimo 

**Grupos activos**

¿Cómo te sientes hoy? 

Buenos deseos para cada día de nuestras vidas 




¡Comparte tus avances! 

**Grupos inactivos**

Comparte tus aficiones

¿Qué te hace sentir mejor?

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30, Sede 4

Para emergencias llamar al 123.


 **CONTÁCTANOS**

Figura 24: Chats grupales



Figura 25: Soporte técnico

**HAZ CLICK  
ACTIVATE YA**

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30. Sede 4

320-378-00-18  
319-329-91-66

MENÚ ¿QUIÉNES SOMOS? INICIA SESIÓN CONTÁCTANOS

## TU PERFIL

NOMBRES	APELLIDOS	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DIRECCIÓN	LOCALIDAD	BARRIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO	CELULAR	TELÉFONO FIJO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOMBRE COMPLETO DE ACUDIENTE

NÚMEROS DE CONTACTO DEL ACUDIENTE

Figura 26: Tu perfil

**HAZ CLICK  
ACTIVATE YA**

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30.  
Sede 4

320-378-00-18  
319-329-91-66

MENÚ    ¿QUIÉNES SOMOS?    INICIA SESIÓN    CONTÁCTANOS

# UNIDADES

## ESTADO

<u>UNIDAD 1.</u> <i>Cuidado</i>		SIN REALIZAR
<u>UNIDAD 2.</u> <i>Psicoeducación emocional</i>		SIN REALIZAR
<u>UNIDAD 3.</u> <i>Psicoeducación de la depresión</i>		SIN REALIZAR
<u>UNIDAD 4.</u> <i>Validación y flexibilización del pensamiento</i>		SIN REALIZAR

Ver más.

Ver más.

Ver más.

Ver más.

Figura 27: Unidades



 Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30,  
Sede 4

 320-378-00-18  
319-329-91-66

MENÚ
¿QUIÉNES SOMOS?
INICIA SESIÓN
CONTÁCTANOS

## UNIDADES

UNIDAD 1. *Cuidado*

**En esta unidad se realiza un plan de crisis que estará organizado con una estructura general de la cual se deberán identificar ideográficamente aquellas estrategias que funcionen más a las personas, se desplegaran según el apartado unas posibles opciones y acorde a esto se generará un esquema del plan de crisis.**



ESTADO



SIN REALIZAR

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30, Sede 4







Para emergencias llamar al 123.



**CONTÁCTANOS**

© 2022 by Maple Park Family Practice. Proudly created with Wix.com


Figura 28: Unidad 1: Cuidado



Bogotá, Carrera 12 # 47 - 20, Sede C
320-378-00-18  
310-329-91-66


MENÚ
¿QUIÉNES SOMOS?
INICIA SESIÓN
CONTÁCTANOS

## UNIDADES

**ESTADO**  
  
SIN REALIZAR

*UNIDAD 2. Psicoeducación emocional*

La segunda unidad está enfocada a la psicoeducación emocional la cual estará orientada no solo a la expresión sino también a la regulación, para ello se propone la identificación de métodos en los que los clientes reconozcan aquellas actividades que les permiten distraerse y generar procesos de resiliencia, de la mano con esto se brindará la forma de hacer didácticamente la psicoeducación en emociones, dando el proceso de explicar cada una y realizar la identificación de síntomas fisiológicos de manera ideográfica, paralelo a esto se propondrán estrategias de regulación que se orienten tanto en la aceptación de los síntomas de la enfermedad como en la forma de actuar en consecuencia.



Bogotá, Carrera 12 # 47 - 20, Sede C


Para emergencias llamar al 123.

**CONTÁCTANOS**

© 2023 by Magia Park Family Practices. Proudly created with Wix.com

Figura 29: Unidad 2: Psicoeducación emocional






Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30.  
Sede 4
320-378-00-18  
319-329-91-66

MENÚ
¿QUIÉNES SOMOS?
INICIA SESIÓN
CONTÁCTANOS


# UNIDADES

## UNIDAD 3. *Psicoeducación de la depresión*

Se explican los signos y síntomas, también las estadísticas a nivel nacional, el desarrollo y curso de la enfermedad, los factores de riesgo y pronóstico habitual, esta unidad se propone que sea tomada tanto individual como en grupo con la familia o cuidadores de la/las persona/s en cuestión, en estas sesiones se propone realizar entrenamiento en estrategias de afrontamiento, conductas de cuidado, resignificación de los hechos y la enfermedad y por último, la búsqueda de reforzadores positivos.






### ESTADO




SIN REALIZAR

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30, Sede 4

Para emergencias llamar al 123.



**CONTÁCTANOS**

© 2022 by Maga Park Family Practice. Proudly created with Wix.com

Figura 30: Unidad 3: Psicoeducación de la depresión

¡HAZ CLICK  
ACTIVATE YA

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30, Sede 4  
320-378-00-18  
319-329-91-66

MENÚ ¿QUIÉNES SOMOS? INICIA SESIÓN CONTÁCTANOS

# UNIDADES

**ESTADO**  
✓  
SIN REALIZAR

UNIDAD 4. *Validación y flexibilización del pensamiento*

Trabajar procesos de validación en sus 5 niveles y flexibilización del pensamiento, con lo que se pretende que las personas tengan una mejor mirada sobre la enfermedad y la vida.

🤝

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30, Sede 4

f G+

Para emergencias llamar al 123.

CONTÁCTANOS

© 2022 by Magia Park Family Practice. Proudly created with Wix.com

Figura 31: Unidad 4: Validación y flexibilización del pensamiento

Bienvenido/a a la primera unidad de tu proceso en ACTIVATE.

En esta unidad generaremos un plan de crisis diseñado especialmente para ti, úsalo cada vez que lo consideres necesario.

¡A EMPEZAR!



## RECUERDA

Este plan que se presenta a continuación, comprende un conjunto de alternativas que pueden ayudarte en aquellos momentos en los que identifiques alguna conducta de riesgo que pueda interferir con tu integridad o vida.

Es muy importante que una vez generado tu plan de crisis personal sigas las instrucciones paso a paso; si el primer paso no es suficiente, sigue con el segundo, y si este no funciona, realiza el siguiente, y así sucesivamente.

**INSTRUCCIONES**



Figura 32: Primera unidad

**HAZ CLICK  
ACTIVATE YA**

Bogotá, Carrera 12 # 47 - 20, Sede C

320-378-00-18  
319-329-91-66

MENU ¿QUÉ NOS COMO? INICIA SESIÓN CONTÁCTANOS

## UNIDAD 1: CONTACTO

### INSTRUCCIONES

1. A continuación te presentaremos 7 categorías con diversas estrategias, para cada categoría elige la cantidad de opciones que desees emplear o que ya hayas empleado en caso de crisis.
2. Las categorías 8 y 9 no son de selección múltiple, en caso de llegar a estos niveles sigue todas las instrucciones que específicamente se presentan.
3. La primera categoría que se presenta es de *Vulnerabilidades*, una vez hayas seleccionado las opciones de preferencia, dale en siguiente y continúa con la siguiente categoría y así sucesivamente hasta que te salga el letrero de "haz finalizado".
4. Una vez hayas respondido el total de categorías te presentaremos tu plan de crisis personalizado.
5. Recuerda ingresas al apartado "tu plan de crisis" siempre que lo necesites.

### CLIC PARA EMPEZAR

Bogotá, Carrera 12 # 47 - 20, Sede C

Para emergencias llamar al 123.

CONTÁCTANOS

© 2023 by Magia Park Family Practice. Proudly created with Wix.com

Figura 33: Instrucciones

**HAZ CLICK  
ACTIVATE YA**

Regada, Carrera 12 # 47-20, Sede C

320-378-00-18  
319-320-91-66

MEMO    ¿QUÉ NOS Pasa?    INICIA SESIÓN    CONTÁCTANOS

## TU PLAN DE CRISIS

**1. TEN EN CUENTA LAS VULNERABILIDADES- ESTO PUEDE AFECTARTE... ¡PILAS!**

- Tuviste un día estresante
- Habías discutido con alguien
- descubriste una injusticia (hacia ti u otra persona) y eso te molestó
- Las cosas no salieron como esperabas
- No dormiste bien
- No te has alimentado bien
- Has suspendido tus medicamentos
- Has dejado de ir a control psicológico

➡

Regada, Carrera 12 # 47-20, Sede C

Para emergencias llamar al 123.





CONTÁCTANOS

© 2022 by Magia Park Family Practice. Proudly created with Wix.com

Figura 34: Vulnerabilidades



## 2. OBSERVA LOS ANTECEDENTES - ¡RECUERDA, TAL VEZ YA TE HA PASADO ANTES!

- Discutiste con alguna persona 
- Observaste elementos a tu alrededor con los cuales podías hacerte daño 
- Al evaluar la situación creíste que ibas a perder el control 
- Reibiste un "no" con respuesta, o una respuesta que no esperabas 

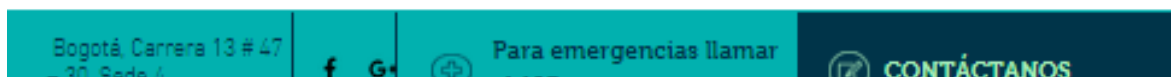
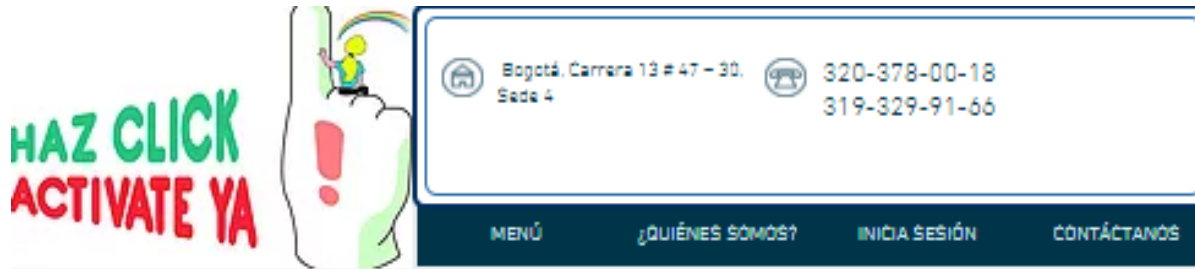





Figura 35: Antecedentes



# TU PLAN DE CRISIS

## 3. NO ESPERES A QUE APAREZCA O INICIE EL EVENTO PROVOCADOR / DESENCADENANTE

- Lee los compromisos que has hecho con tu vida , con tu calidad de vida, y con la terapia. Tenlos en cuenta hasta que la emoción se regule 
- Aléjate de todos aquellos elementos que puedan hacerte daño a ti o a otros 
- Continúa con los pasos siguientes hasta el final 

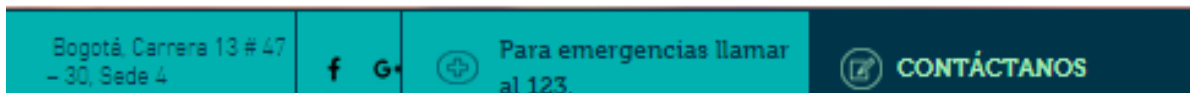



Figura 36: Desencadenante

**HAZ CLICK  
ACTIVATE YA**




Región, Carrera 12 # 47 - 22  
Sección
320-978-00-18  
319-329-91-66

MENÚ
JÓVENES SOMOS
INICIA SESIÓN
CONTÁCTANOS

## TU PLAN DE CRISIS

### 4. CAMBIA LA FISIOLOGÍA DE TU CUERPO

- **Échate agua en la cara**
- **Metete los pies en agua con hielo**
- **Ponte una máscara fría**
- **Aprieta hielo con tus manos**
- **Ponte debajo de una ducha muy caliente o muy fría**
- **Escucha música muy fuerte**
- **Come comida muy picante o ponte una gota de salsa picante en la lengua**
- **Ponte una banda elástica en la muñeca: estírala y suéltala con fuerza**
- **Haz ejercicio intenso**
- **Tensiona y relaja los músculos uno a uno**  

Región, Carrera 12 # 47 - 22, Sección

Para emergencias llamar al 123.

CONTÁCTANOS

© 2022 by Magia Rank Family Practice. Proudly created with Wix.com

Figura 37: Fisiología



**HAZ CLICK  
ACTIVATE YA**



Bogotá, Carrera 12 # 47-20, Sede 4

220-270-00-10  
219-220-91-66

MENÚ
¿QUIÉNES SOMOS?
More


## TU PLAN DE CRISIS

**5. DISTRÁETE  
CON ACTIVIDADES**

- Haz algún hobby
- Juega con tu celular/computador
- Camina rápido en el parque, dándole vueltas
- Cómete un helado
- Cómete un limón

**CON EMOCIONES OPUESTAS**

- Escucha música muy fuerte
- Come comida muy picante o ponte una gota de salsa picante en la lengua
- Ponte una banda elástica en la muñeca: estírala y suéltala con fuerza
- Haz ejercicio intenso
- Tensiona y relaja los músculos uno a uno




Bogotá, Carrera 12  
# 47-20, Sede 4

Para emergencias  
llamar al 125.

CONTÁCTANOS

Figura 38: Distráete







Región: Carrera 13 # 47 - 20, Sede 1

320-378-00-18  
319-329-91-66



MENÚ
¿QUÉNES SOMOS?
INICIA SESIÓN
CONTÁCTANOS


## TU PLAN DE CRISIS

### 5. DISTRÁETE CON OTROS PENSAMIENTOS

- Cuenta hasta 10 
- Cuenta las ramas de los árboles 
- Cuenta las baldosas en el piso/ladrillos en las paredes 
- Cuenta los objetos en la habitación/lugar donde te encuentras 




**AYUDA**


- Realiza tareas voluntarias 
- Haz algo agradable por alguien 



Región: Carrera 13 # 47 - 20, Sede 1

Para emergencias llamar al 123.



**CONTÁCTANOS**

© 2022 by Magia Park Family Practice. Proudly created with Wix.com

Figura 39: Ayuda

**HAZ CLICK  
ACTIVATE YA**

Regada, Carrera 12 # 47 - 28, Sala 6. 320-378-00-18  
319-320-91-88

MENÚ QUIÉNES SOMOS INICIAR SESIÓN CONTÁCTANOS

## TU PLAN DE CRISIS

**6. MÍMATE. CONCÉNTRATE EN TUS SENTIDOS.**

**VISIÓN**

- Admira una flor
- Enciende una vela y observa la llama
- Mira la naturaleza que te rodea
- Mira las nubes y busca formas en ellas
- Mira las estrellas
- Camina por una zona bonita de la ciudad

**AUDICIÓN**


- Escucha música agradable o relajante, o excitante y energética
- Presta atención a los sonidos de la naturaleza, del ambiente
- Canta tus canciones favoritas

➔

Regada, Carrera 12 # 47 - 28, Sala 6. Para emergencias llamar al 123. CONTÁCTANOS

Figura 40: Mímate

**HAZ CLICK  
ACTIVATE YA**



Bogotá, Carrera 12 #47 - 39  
Sede C
320-378-00-18  
319-329-91-88

MEMO
¿QUIÉNES SOMOS?
INICIA SESIÓN
CONTÁCTANOS

## TU PLAN DE CRISIS


**6. MÍMATE. CONCÉNTRATE EN TUS SENTIDOS.**

**OLFATO**

- Aplicate tu perfume favorito
- Enciende una vela perfumada
- Huele las flores
- Respira el aroma del ambiente, y descifra los aromas que percibes

**GUSTO**

- Tómate una bebida caliente, o fría
- Cómete un postre
- Cómprate o prepara tu comida favorita
- Saborea el sabor de lo que comes/tomas conscientemente



Bogotá, Carrera 12 #47 - 39, Sede C
f
G+
@

Para emergencias llamar al 123.


 **CONTÁCTANOS**

Figura 41: Olfato y gusto

**HAZ CLICK ACTIVATE YA**

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 20, Sala C  
 320-378-00-18  
 319-329-91-55

MEMO ¿QUIÉNES SOMOS? INICIA SESIÓN CONTÁCTANOS

## TU PLAN DE CRISIS

### 6. MÍMATE. CONCÉNTRATE EN TUS SENTIDOS. TACTO

- Acaricia tu cabello. Cepíllalo por un buen rato
- Abraza a alguien. Abrázate a ti mismo/a acariciando tu cuerpo
- Ponte una compresa fría en tu frente
- Come/toma conscientemente, saboreando su sabor
- Experimenta sobre texturas nuevas. Hazlo conscientemente

➡

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 20, Sala C

Para emergencias llamar al 123.






CONTÁCTANOS

© 2023 by Magia Park Family Practice. Proudly created with Wix.com

Figura 42: Tacto



## 7. MEJORA EL MOMENTO EN EL QUE ESTÁS

- Enfoca tu atención en las sensaciones físicas que acompañan las tareas que realizas 
- Respira profundamente 
- Cambia la expresión facial. Sonríe a medias o haz muecas extrañas 
- Trata de relajar tus músculos tensando y relajando cada grupo muscular 
- Abre tu corazón a un ser supremo, a una sabiduría superior, a Dios 

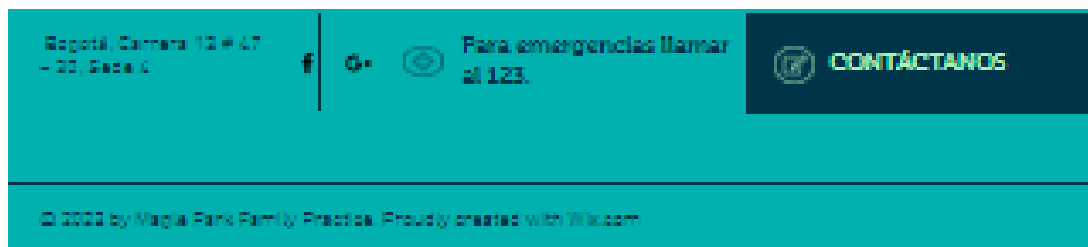


Figura 43: Mejora

**¡¡AZ CLICK  
ACTIVATE YA**

Regada, Carrera 12 # 47 - 23  
Bodega

320-378-00-18  
319-329-91-66

MEMO    ¿QUÉ NOS COMIENSA?    INICIA SESIÓN    CONTÁCTANOS

## TU PLAN DE CRISIS

### 8. LLAMA A TUS AMIGOS

1. Toma un teléfono fijo o celular
2. Marca al número telefónico de tu amigo/a 1.  
Recuerda que su nombre es \_\_\_\_\_ y te comunicas con él al número \_\_\_\_\_. Si no está disponible, marca al número de tu amigo/a 2.  
Recuerda que su nombre es \_\_\_\_\_ y te comunicas con él al número \_\_\_\_\_.
3. Coméntale tu estado, lo que has hecho hasta el momento y los pasos que has seguido.
4. No termines la llamada. Puedes realizar nuevamente alguno de los pasos anteriores mientras hablas con él/ella.
5. Contesta el teléfono en caso de que tu amigo/a te devuelva la llamada.

➡

Regada, Carrera 12 # 47 - 23, Bodega

Para emergencias llamar al 123.

CONTÁCTANOS

© 2018 by Magia Park Family Practice. Proudly created with Wix.com

Figura 44: Llama a tus amigos

**HAZ CLICK  
ACTIVATE YA**

Bogotá, Carrera 12 # 47 - 20 Sede 2  
350-378-00-18  
319-329-91-88

MENÚ QUIÉNES SOMOS INICIA SESIÓN CONTÁCTANOS

## TU PLAN DE CRISIS

### 8. LLAMA A LA LÍNEA DE EMERGENCIA

1. Toma un teléfono fijo o celular
2. Comunícate con el número 123
3. Comenta al operador tu estado, lo que has hecho hasta el momento y los pasos que has seguido
4. Sigue sus instrucciones. No termines la llamada
5. Si llega a interrumpirse la conexión llama al 123 nuevamente
6. Contesta el teléfono en caso de que te devuelvan la llamada
7. Permanece en la línea hasta que la ayuda llegue a ti

➡

Bogotá, Carrera 12 # 47 - 20 Sede 2

f G+ Para emergencias llamar al 123. CONTÁCTANOS

© 2022 by Maple Park Family Practice. Proudly created with Wix.com

Figura 45: Línea de emergencia



The image is a screenshot of a website interface. At the top left, there is a logo that says "HAZ CLICK ACTIVATE YA" in green and red text, next to a cartoon hand holding a yellow pill. To the right of the logo is a white box containing contact information: "Bogotá, Carrera 12 # 47 - 20, Sede C" and two phone numbers: "320-378-00-18" and "319-329-91-66". Below this box is a dark blue navigation bar with the links "MENÚ", "¿QUIÉNES SOMOS?", "INICIA SESIÓN", and "CONTÁCTANOS". The main content area has a light green background with the text "¡HEMOS GENERADO TU PLAN DE CRISIS!" and "HAZ CLIC PARA DESCARGAR" in large, bold, black letters. Below this text is a large black downward-pointing arrow inside a light blue U-shaped frame. At the bottom of the page, there is a dark blue footer bar with the text "Bogotá, Carrera 12 # 47 - 20, Sede C" on the left, social media icons for Facebook, Google+, and YouTube in the middle, and the text "Para emergencias llamar al 123." on the right. To the far right of the footer bar is a dark blue button with a white speech bubble icon and the text "CONTÁCTANOS". Below the footer bar is a thin white line with the text "© 2022 by Maple Park Family Practice. Proudly created with Wix.com".

Figura 46: Descargar

**HAZ CLICK  
ACTIVATE YA**

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30. Sede 4  
320-378-00-18  
319-329-91-66

MENÚ ¿QUIÉNES SOMOS? INICIA SESIÓN CONTÁCTANOS

# UNIDAD 2: PSICOEDUCACIÓN EMOCIONAL

Bienvenido/a a la segunda unidad de tu proceso en ACTIVATE.

En esta unidad aprenderás más respecto a tus emociones ¡y también a manejarlas

¡A EMPEZAR!

**RECUERDA**

La regulación emocional es fundamental para el desarrollo y el bienestar de las personas. A continuación encontrarás un caja con información general sobre las emociones, y otra caja con técnicas para una exitosa regulación emocional. Deben llevarse a cabo en el orden previamente mencionado.

**INFORMACIÓN** **TÉCNICAS**

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30, Sede 4

Para emergencias llamar al 123.

CONTÁCTANOS

Figura 47: Psicoeducación emocional

¡HAZ CLICK  
ACTIVATE YA

Bogotá, Carrera 12 # 47 - 29  
Sede C

320-378-00-18  
319-329-91-66

MENU ¿QUÉ NOS SOMOS? INICIA SESIÓN CONTACTANOS

## UNIDAD 2: PSICOEDUCACIÓN EMOCIONAL

### INFORMACIÓN

¿QUÉ SON LAS EMOCIONES?

EMOCIONES BÁSICAS

¿QUÉ ES REGULACIÓN EMOCIONAL?

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE REGULAR NUESTRAS EMOCIONES?

VENTAJAS DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL

¿QUÉ SUCEDE SI NO REGULAMOS NUESTRAS EMOCIONES?

Bogotá, Carrera 12 # 47 - 29, Sede C

Para emergencias llamar al 123

CONTACTANOS

Figura 48: Información

**HAZ CLICK  
ACTIVATE YA**

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30. Sede 4  
320-378-00-18  
319-329-91-66

MENÚ ¿QUIÉNES SOMOS? INICIA SESIÓN CONTÁCTANOS

## ¿QUÉ SON LAS EMOCIONES?

Las emociones son respuestas normales de nuestra mente y cuerpo que se manifiestan ante las diversas situaciones que ocurren en nuestra vida cotidiana, se manifiestan por medio de nuestro cuerpo, así como por nuestros pensamientos y actos.

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30, Sede 4

f G+

Para emergencias llamar al 123.

CONTÁCTANOS

Figura 49: Emociones

The image is a screenshot of a website page titled "EMOCIONES BÁSICAS" (Basic Emotions). The page features a header with contact information and a navigation menu. The main content area is a light green banner with the title "EMOCIONES BÁSICAS" in a purple box, accompanied by a pink flower icon. Below this, the page is divided into two columns of photos and text labels for six basic emotions: ALEGRÍA (Joy), SORPRESA (Surprise), MIEDO (Fear), IRA (Anger), ASCO (Disgust), and TRISTEZA (Sadness). Each emotion is represented by a central text label in a yellow box, surrounded by several small photographs of people exhibiting that emotion. The footer contains contact details, social media icons, and a "CONTÁCTANOS" button.

**HAZ CLICK  
ACTIVATE YA**

Robots, Carrera 13 # 47 - 29  
Boca L

320-378-00-18  
319-329-91-66

HOME QUIÉNES SOMOS INICIA SESIÓN CONTÁCTANOS

**EMOCIONES BÁSICAS**

**ALEGRÍA**

**SORPRESA**

**MIEDO**

**IRA**

**ASCO**

**TRISTEZA**

Robots, Carrera 13 # 47 - 29 - 320-378-00-18

Para emergencias llamar al 123

CONTÁCTANOS

Figura 50: Emociones básicas



Es la capacidad que tiene el ser humano de controlar, disminuir, inhibir o cambiar las respuestas emocionales.

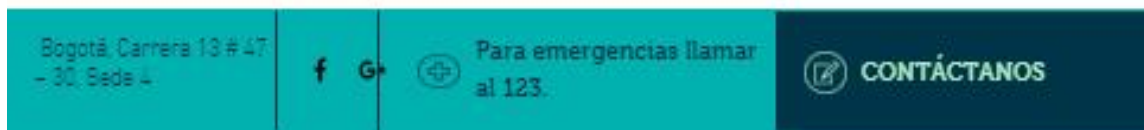
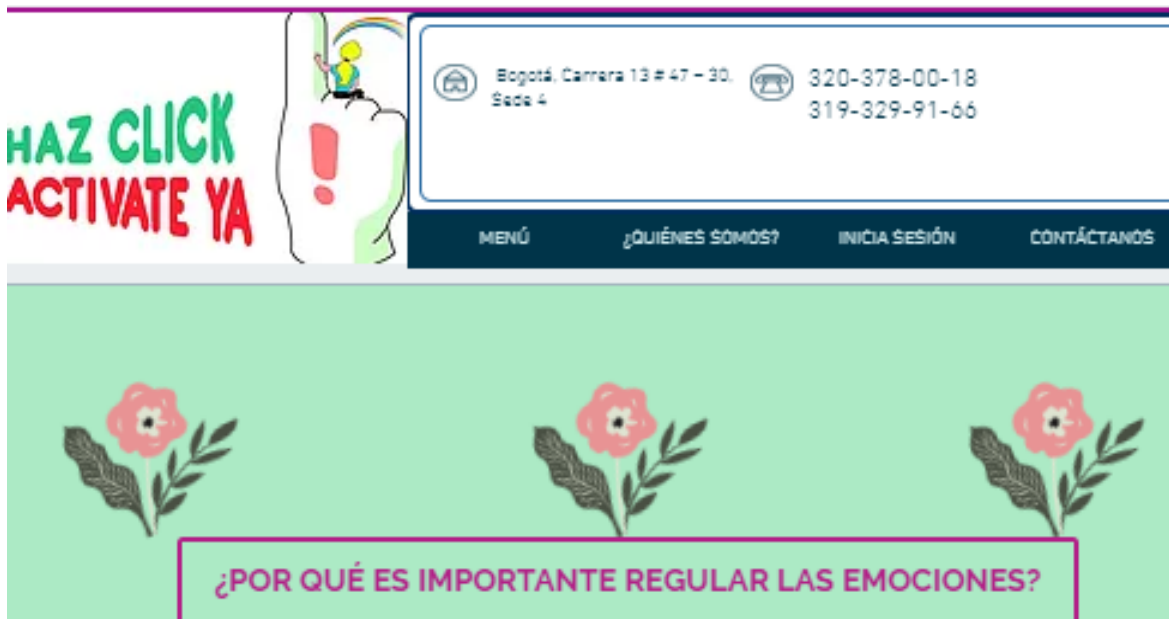


Figura 51: Regulación emocional



Las emociones hacen parte del ser humano y le ayudan a comportarse de manera adecuada dentro de la sociedad. La regulación de emociones nos permite mejorar nuestra salud tanto física como mental.

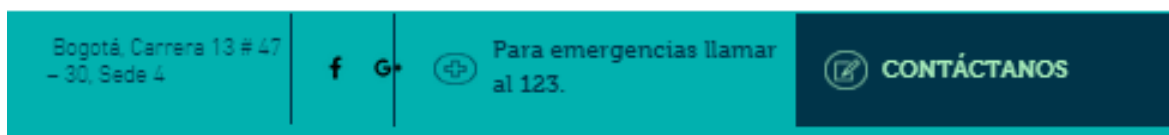


Figura 52: Importancia de regular las emociones



Saber controlar las emociones genera en nosotros bienestar físico tanto emocional, por lo que nos hace realizar mejor todas las actividades, contar con mejor salud y relacionarnos con las personas que se encuentran a nuestro alrededor.

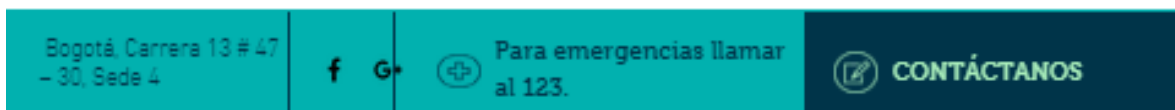





Figura 53: Ventajas de la regulación emocional






 Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30,  
Sede 4


 320-378-00-18  
319-329-91-66

MENÚ
¿QUIÉNES SOMOS?
INICIA SESIÓN
CONTÁCTANOS




¿QUÉ SUCEDE SI NO REGULAMOS NUESTRAS EMOCIONES?




Se pueden llegar a padecer consecuencias negativas. En un momento de crisis es difícil pensar con claridad, nos alejamos y no sabemos qué decir o cómo actuar, podemos ser groseros y agresivos con los otros y con nosotros mismos.



Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30, Sede 4

Para emergencias llamar al 123.



**CONTÁCTANOS**

Figura 54: ¿Qué sucede sin regulación?

**HAZ CLICK  
ACTIVATE YA**

Bogotá, Carrera 12 # 47 - 25, Sede C. 320-378-00-18  
319-329-91-66

HOME JUVENES SOMOS! INICIA SESIÓN CONTÁCTANOS

## UNIDAD 2: PSICOEDUCACIÓN EMOCIONAL

### TÉCNICAS

**RECUERDA:** Las técnicas que se mencionarán a continuación son únicamente para tu conocimiento del proceso, tu psicólogo se encargará de guiarte por cada una de ellas por medio de asesorías individuales tanto virtuales como presenciales.

**PSICOEDUCACIÓN**

**REGULACIÓN FISIOLÓGICA** (respiración, relajación, meditación)

**TÉCNICAS COGNITIVAS**

**ACTIVACIÓN CONDUCTUAL**

**EXPRESIÓN EMOCIONAL ASERTIVA**

Bogotá, Carrera 12 # 47 - 25, Sede C. Para emergencias llamar al 123. **CONTÁCTANOS**

Figura 55: Técnicas

**HAZ CLICK  
ACTIVATE YA**

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30, Sede 4  
320-378-00-18  
319-329-91-66

MENÚ ¿QUIÉNES SOMOS? INICIA SESIÓN CONTÁCTANOS

## DESCARGAS

- FORMATO 1 ACTIVACIÓN CONDUCTUAL
- FORMATO 2 ACTIVACIÓN CONDUCTUAL
- FORMATO 3 ACTIVACIÓN CONDUCTUAL
- FORMATO 4 ACTIVACIÓN CONDUCTUAL
- FORMATO 5 ACTIVACIÓN CONDUCTUAL
- FORMATO AUTORREGISTRO
- EJERCICIOS MINDFULLNES

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 30, Sede 4

f G+

Para emergencias llamar al 123.

CONTÁCTANOS

Figura 56: Descargas

¡AZ CLICK  
ACTIVATE YA

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 25  
Sede 4

320-378-00-18  
319-329-91-88

MENÚ   ¿QUÉ NOS SOMOS?   INICIA SESIÓN   CONTÁCTANOS

## REGISTRA TUS EMOCIONES

abril 2018   Hoy

lun.	mar.	mié.	jue.	vie.	sáb.	dom.
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	1	2	3	4	5

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 25, Sede 4

Para emergencias llamar al 123.

CONTÁCTANOS

Figura 57: Registro





Bogotá, Carrera 12 # 47 - 25  
Sede C

320-378-00-18  
310-320-91-88

MENÚ
¿QUÉ NOS PASA?
INFORMACIÓN
CONTÁCTANOS

## UNIDAD 3: PSICOEDUCACIÓN SOBRE DEPRESIÓN

Bienvenido/a a la tercera unidad de tu proceso en **ACTIVATE**.

En esta unidad aprenderás más respecto a qué te está pasando y por qué. Nunca te autodiagnostiques o diagnostiques otros.

Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo periodo de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros. (2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días. (3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (4) Insomnio o hipersomnias casi todos los días. (5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días. (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. (7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo). (8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros). (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

**B** Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.

**C** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

**D** Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).

**E** Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Bogotá, Carrera 12 # 47 - 25, Sede C






Para emergencias llamar al 123.


CONTÁCTANOS

Figura 58: Signos y síntomas




Bogotá, Carrera 13 # 47 - 22, Sede C

300-378-00-18  
319-329-91-66


[MENÚ](#)
[¿QUÉ NOS COMO?](#)
[INICIA SESIÓN](#)
[CONTÁCTANOS](#)

## UNIDAD 3: PSICOEDUCACIÓN SOBRE DEPRESIÓN

Bienvenido/a a la tercera unidad de tu proceso en ACTIVATE.

En esta unidad aprenderás más respecto a qué te está pasando y por qué. Nunca te autodiagnostiques o diagnostiques otros.

Haz click en la información que deseas obtener. Si tienes alguna duda puedes comunicarte con tu psicólogo o con atención al usuario.

- [¿Qué es depresión?](#) 
- [Tratamiento de la depresión?](#) 
- [Orígenes de la depresión](#) 
- [Curso de la depresión](#) 
- [Prevalencia de la depresión](#) 
- [Factores de riesgo](#) 
- [Factores protectores](#) 
- [Tips para la familia](#) 

¡RECUERDA!, esta información se va actualizando de acuerdo a los más recientes hallazgos científicos.

Bogotá, Carrera 13 # 47 - 22, Sede C

Para emergencias llamar al 123.


 **CONTÁCTANOS**

Figura 59: Psicoeducación sobre depresión

**HAZ CLICK  
ACTIVATE YA**

Bogotá, Carrera 12 # 47 - 25  
Sede C.

320-378-00-18  
319-329-91-66

MENÚ    ¿QUÉNES SOMOS?    INICIA SESIÓN    CONTÁCTANOS

## UNIDAD 4: VALIDACIÓN Y FLEXIBILIZACIÓN DEL PENSAMIENTO

**ESQUEMA DE TU PROGRAMA DE INTERVENCIÓN:**

- 1. SESIÓN INDIVIDUAL:** Entrevista inicial en la que se comienzan a explorar áreas valiosas y barreras psicológicas que puedan estar a la base de los comportamientos.
- 2. METÁFORA DEL JARDÍN:** Clarificación de valores.
- 3. EJERCICIOS DEL ESCUDO:** El escudo es un ejercicio elaborado para la intervención que tiene como objetivo la identificación de las áreas valiosas del adolescente, así como su valoración de importancia y consistencia en sus acciones en dirección a estas áreas valiosas.
- 4. METÁFORA DE LA TORTUGA-METÁFORA DEL DIQUE:** Identificar barreras psicológicas y el control emocional como problema.


[Leer Más](#)

Bogotá, Carrera 12 # 47 - 25, Sede C.

Para emergencias llamar al 123.

CONTÁCTANOS

Figura 60: Validación y flexibilización del pensamiento



Bogotá, Carrera 12 # 47 - 32  
Sede C
320-978-00-18  
319-929-91-66

MENÚ
¿QUÉ NOS SOMOS?
INICIA SESIÓN
CONTÁCTANOS

## UNIDAD 4: VALIDACIÓN Y FLEXIBILIZACIÓN DEL PENSAMIENTO


### ESQUEMA DE TU PROGRAMA DE INTERVENCIÓN:

**5. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS:** Clarificación de valores y acciones en dirección a valores.

**6. ANÁLISIS FUNCIONAL:** Incrementar estrategias de tolerancia al malestar y regulación emocional en la toma de decisiones. Se realizan ejercicios de toma de perspectiva.

**7. EL CICLO DE MALESTAR:** Incrementar estrategias de tolerancia al malestar y regulación emocional en la toma de decisiones.

**8. CIERRE:** Identificar progresos.



Bogotá, Carrera 12 # 47  
- 32, Sede C

Para emergencias llamar  
al 123.

CONTÁCTANOS

Figura 61: Cierre



La interfaz de acceso será a través del usuario (documento de identificación) y contraseña, solo puede ser abierto en un solo dispositivo al tiempo, éste usuario deberá tener el permiso del terapeuta a cargo, quien podrá revisar y monitorear el progreso, las tareas, el acceso y unidades disponibles, de igual manera la forma de ingreso se realizará a través del siguiente link <https://angieloca05.wixsite.com/activateya>, en caso que el producto sea adquirido de forma individual, el lugar en el que se compre el producto deberá realizar la activación del PIN, esto con el fin de evitar robos o incidentes con el aplicativo, en caso contrario, si el producto hace parte de una institución o IPS, éstos deberán designar al consultante el PIN único de acceso.

Posterior a esto se podrá hacer uso del aplicativo tanto en el computador ya sea a través del navegador o aplicación, o en el celular, Tablet/iPad a partir de la aplicación oficial designadas a las plataformas correspondientes, después de hacer inicio de sesión la primera vez, se pedirá al consultante diligenciar datos sociodemográficos como edad, sexo, estrato socioeconómico, nivel educativo, situación laboral, entre otros, y se pedirá retroalimentación por parte del terapeuta en cuanto a motivo de consulta y progreso en el caso.

Se concluye en el apartado de resultados del producto que éste se trata de una herramienta terapéutica y no de una terapia o aplicación de autoayuda, esto debido a la complejidad de la temática tratada, donde se involucran variables como diferencias individuales, creatividad en el proceso terapéutico y la respuesta individual frente al mismo proceso, finalmente también se realiza la claridad respecto a que tampoco es un mero instrumento de psicoeducación o información debido a que éste si cuenta con modelos terapéuticos breves y solvencia de las crisis.

## Conclusiones

A continuación, se presentan las conclusiones del tiempo de trabajo e investigación en torno a la depresión mayor, se enuncia en primer lugar, los aprendizajes derivados de la temática central, el nivel de comprensión se ilustra en la medida que se integran los diferentes apartados que se enuncian tales como la conceptualización, los factores de riesgo intrínsecos, extrínsecos, precipitantes, evaluación, mantenedores, teorías entorno a la adquisición, curso y prevalencia, entre otros, dando como resultado una propuesta de intervención y acompañamiento, de igual manera se ilustra la utilidad del estudio de mercado dentro del ejercicio del diseño del producto, la perfilación y el posible posicionamiento de este en el mercado, de igual manera los elementos que se establecieron para el producto y el alcance al que se llegó, se agregan algunas recomendaciones, finalmente se ilustra la utilidad para la población blanco.

Referente al trastorno depresivo mayor, se evidencia que es una problemática persistente o transitoria, que en la actualidad se caracteriza por ser prevalente en países latinoamericanos, lo anterior, parece estar asociado principalmente a variables contextuales tales como el conflicto armado, género, pautas y estilo de crianza, además de esto, se evidencian diferentes niveles de incapacidad por cantidad de áreas de ajuste afectadas, manifestándose principalmente en el aislamiento, generalmente tienden a desaparecer o disminuir síntomas asociados y es tendiente la mayoría de veces a ser recidivante, lo anterior permite confirmarla como una de las problemáticas con más prevalencia y poca intervención.

Su diagnóstico se hace difícil debido a la gran comorbilidad que comparte con diferentes problemáticas asociadas, tales como la ansiedad, trastornos de personalidad, consumo de sustancias, entre otros, lo anterior resulta relevante debido a que si bien las recientes propuestas terapéuticas apuntan a la activación conductual la cual busca que la persona sea funcional a pesar del factor o factores depresógenos, se podría apuntar el hecho que el conocimiento de las causas puede ayudar a realizar programas de promoción y prevención de salud mental a nivel nacional, de igual manera, se hace latente el hecho de que hay un crecimiento poblacional para esta problemática y problemas derivados tales como las ideaciones y actos suicidas.

En ese orden de ideas, como población blanco se seleccionan los adolescentes, esto debido en primer lugar a que es uno de los grupos etarios en Colombia que cuenta con mayor cantidad de población, además de que conjuntamente, las variables ya mencionadas (extrínsecas)

y las variables intrínsecas a esa etapa del ciclo vital, tales como cambios hormonales, los hacen evidenciar como uno de los grupos etarios más vulnerables, por lo que se opta por la comprensión de la problemática desde una perspectiva biopsicosocial.

Los riesgos a nivel social y contextual parecen estar asociados a un fenómeno que se vale del “mass media” para su propagación, la globalización e internacionalización en la que nos encontramos en este momento de la historia, contribuyen al hecho de que se conozca a otras personas con la problemática e incluso obtener información más fácilmente de ella, por lo que puede que no haya la necesidad de un trastorno de la depresión completamente configurado, pero si un estado de ánimo bajo y con lo anterior, ideación y actos suicidas modelados o enseñados por otros.

Siguiendo la idea anterior, se evidencia que el hecho de realizar un abordaje a los tipos de suicidio resulta importante, esto debido a que es una problemática latente y de alto riesgo en población adolescente, dicho lo anterior, en primer lugar, se separa la idea de muerte al deseo de muerte, en segundo lugar el suicidio se encuentra como factor asociado a la depresión mayor; siguiendo con la nosología del suicidio se enmarca en primer lugar una gran categoría, el suicidio activo, en el cual se cometen acciones en contra de la vida y el suicidio pasivo el cual consiste en dejar de realizar acciones de autocuidado y supervivencia, se han brindado otras categorías que se enuncian a continuación, se encuentran los tipos de suicidio según la motivación, según la modalidad o el método, según el nivel de regulación e integración social, según la presencia de planificación previa y por último, según la implicación de otras personas.

Por otro lado, se evidencia que tanto a nivel teórico como empírico, hay necesidad realizar estudios a nivel nacional que cuenten con validez y confiabilidad de los datos obtenidos, lo anterior se sustenta en los resultados obtenidos por la encuesta de salud mental a nivel nacional en el año 2015, donde se obtienen unos resultados que parecen no mantener coherencia con la realidad, en adición a esto, se hace latente el hecho que se realicen actualizaciones tanto en las estadísticas a nivel nacional, como en los estudios empíricos, esto debido a las diferencias a nivel contextual y diferencias socioeconómicas las cuales se encuentran en constante cambio, se considera que el nivel de comprensión alcanzado de la problemática llega a ser propositivo, esto debido a que si bien no es la primer idea entorno a un aplicativo que realice acompañamiento terapéutico si es uno de los pocos que apunta a un modelo de terapia breve.

En cuanto al estudio de mercado se hace claro el hecho que es algo que en nuestro contexto académico no se enseña de una forma extensa o profunda y debido a esto puede que se encuentre sesgado y no sea realizado de una manera que sea efectiva y eficiente, esto se evidencia en las preguntas del estudio de mercado y la poca cantidad en la muestra de esta misma, esto se entiende por el alcance al cual se apunta en el nivel educativo, sin embargo, logra ser de gran importancia a nivel de aprendizaje realizar un estudio de mercado que si bien concierne al ámbito laboral de los psicólogos es algo a lo que no se ha tenido cercanía en el transcurso de la carrera, de igual manera resulta utilidad el evidenciar el estudio de necesidades percibidas y el trabajo de campo en esta área, además de permitir el desarrollo, discusión y resultado del producto final.

La perfilación del producto, esta se realiza a partir de las necesidades percibidas a nivel individual en procesos psicológicos, tanto dando como recibiendo atención psicológica, además de esto el diseño y presentación del producto se realiza a partir de un concepto de diseñador gráfico, los resultados y discusión de mercado obtenidos, el gusto personal de los creadores acompañados por temas de psicología del consumidor, como psicología del color y psicología social; para la posicionamiento del mercado se plantea la posibilidad de un voz a voz dentro del gremio de psicólogos, esto es a partir de docentes, estudiantes e incluso la misma universidad como medio de divulgación y esparcimiento del producto, de igual manera se plantea la posibilidad de realizar alianzas no solo con instituciones de carácter privado, sino también publico.

Se establecen elementos para el producto que se consideran básicos para el abordaje y acompañamiento de la problemática presentada, además se opta por la comprensión de la problemática desde la perspectiva de terapias de tercera generación las cuales se han evidenciado como aquellas que tienen mayor eficacia y eficiencia, por lo que los temas como flexibilización del pensamiento, defusión del pensamiento, técnicas como mindfulness y la terapia propiamente dicha de activación conductual apuntan a una armonía con el abordaje terapéutico, ahora bien, eso no significa que sea restringido solo a esta área, tal como se ha venido trabajando, se realiza la utilización de diversas para que el consultante reciba el mejor tratamiento basado en evidencia.

El alcance actual del producto se contempla únicamente a nivel local con posibilidad de presentarse primeramente en ciudades pequeñas, a medida que se vaya trabajando con este ir implementando sugerencias, mejoras brindadas ya sea por la utilización de los terapeutas, ideas

de otros con conocimiento o relacionados con esta área o incluso, con la observación de los mismos creadores, por lo que se hace el llamado continuo a la mejoría y continuo avance, de igual manera se recomienda que se extienda este tipo de programas a otras problemáticas de orden psicológico, lo anterior se recomienda debido al avance tecnológico y la permeabilidad de la cultura actual, lo que puede resultar como atractivo además de funcional para personas ubicadas en la adolescencia y adultez temprana.

Se considera que el producto podría ser mucho mejor si se implementa una inteligencia artificial en un dispositivo que aprenda y sea sensible a los gustos, disgustos, ciclo anímico de la persona, actividades de placer y disfrute además de cantidad de contacto social que se establezca y la calidad y estilo de vida que lleva la persona, de igual manera se considera que podría potenciarse el uso de este diseño con el uso de tecnologías más avanzadas, por lo que se podría establecer un enlace, convenio o acuerdo con la facultad de ingeniería para que conjuntamente se desarrolle el dispositivo planteado, se considera que este tipo de tecnologías se hacen necesarias debido a la cercanía y necesidad con las necesidades del grupo etario seleccionado.

Finalmente, se considera que la utilidad para la población a la cual va dirigido el producto es potencialmente alta, debido a la facilidad, disponibilidad, costo y cercanía de los creadores del producto no solo a la población sino a la psicología, además del diseño interactivo y amigable, asegura que sea de fácil uso para todos los que requieran del servicio, dicho lo anterior no solo resulta beneficioso para los adolescentes en cuestión, sino también para los terapeutas a quienes se espera sea una herramienta de utilidad y cercanía terapéutica.

## Referencias

- Abamson, L., Alloy, L., Metalsky, G., Joiner, T., & Sandin, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza aportaciones recientes. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*. Recuperado de: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3845/3700>
- Adlina, J. O., Maritim, E. K., Sindabi, A. M. & Disiye, M. A. (2017). Effect of Cognitive Behaviour Therapy on Depressive Symptoms among HIV Infected Outpatients in Kenya. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(2), 161-173.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2018). Localidades: Zona Oriente: Chapinero. Recuperado de: <http://bogota.gov.co/localidades/chapinero>
- Armendáriz, N. A., Alonso, M. M., López, K. S. & Alonso, B. A. (2013). Depresión en mujeres. Análisis de concepto desde la perspectiva de enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(2), 270-276.
- Arrieta, K. M., Díaz, S., & González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14-22.
- Barlow, D. & Durand, M. (2007). Trastornos del Estado de Ánimo. En D, Barlow. Y M, Durand. (Eds). *Psicología Anormal un Enfoque Integral*. (pp. 210-262). México: Internacional Thomson Editores.
- Bentley, S. M., Pagalilauan, G. L. & Simpson, S. A. (2014). Major depression. *Medical Clinics of North America*, 98(5), 981-1005.
- Bitencourt, V., Abreu, N., Reis, I. & Sudak, D. (2008). Cognitive-behavioral therapy for depression. *Revista brasileira de psiquiatria*, 20(2).
- Brito, I. (2011). Ansiedade e depressão na adolescência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(2), 208-214.
- Bogaert, H. (2012). La depresión: etiología y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, 37(2), 183-197.

- Bohórquez, A. P., García, J., Rodríguez, M., Arenas, A. E., Castro, S. M., de la Hoz, A. M., Maldonado, P., Jaramillo, L. E., Brito, E., Palacio, C. A., Sánchez, R., González-Pacheco, J. & Gómez-Restrepo, C. (2012). Guía de atención integral para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente Parte II: Aspectos generales del tratamiento, manejo de la fase aguda, continuación y mantenimiento del paciente con diagnóstico de depresión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(4), 740-773.
- Bonnot, O. (2009). Estados depresivos en la adolescencia. *Tratado de medicina*, 13(3), 1-7.
- Botto, A., Acuña, J. & Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1297-1305.
- Caetano-Anolles, K., Teran-Garcia, M., Raffaelli, M., Alvarado, B. & Mellado, M. R. (2013). Depression, Family Support, and Body Mass Index in Mexican Adolescents. *Interamerican Journal of Psychology*, 47(1), 139-146.
- Calvo-Gómez, J. M. & Jaramillo-González, L. E. (2015). Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 471-482.
- Campagne, D. M. (2017). Diagnostica la depresión antes. *Semergen*, 30(20), 1-6.
- Campos, J. R., Del Prette, A, & Del Prette, Z. A. P.. (2014). Depressão na adolescência: habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(2), 408-428.
- Carrobles, J. (2014). Trastornos depresivos. En V, Caballo. Salazar, I. y J, Carrobles. (Eds.). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. (pp. 339-368). Ediciones Pirámide.

- Cova, F., Rincón, P., Valdivia, M. & Melipillán, R. (2008). Prevalencia de trastornos depresivos e impedimento asociado en adolescentes del sexo femenino. *Revista chilena de pediatría*, 79(6).
- Davison, G. & Neale, J. (2000). Trastornos del estado de ánimo. En G. Davison. (Eds). *Psicopatología de la conducta anormal*. (pp. 230 - 270). España: Limusa-Noriega.
- Espinosa, M. C., Orozco, L. A. & Ybarra, J. L. (2014). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud Mental*, 38(3), 201-208.
- Ferrel, R. F., Celis, A. & Hernández, O. (2011). Depresión y factores sociodemográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública (Colombia). *Psicología desde el caribe*, 27, 40-60.
- Figuroa, G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40(1).
- Flores, M. (2017). Depresión y estrategias de afrontamiento en adolescentes de 16 a 18 años de edad, hijos de padres divorciados que asisten al centro de investigación, educación y servicios (cies) de la ciudad del alto. Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia. Recuperado de <http://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/11040/FMML.pdf?sequence=1>
- Frias, A., Carrasco, A., Fernández, M., García, A., & García, B. (2009). Comorbilidad Entre Trastornos de Conducta y Depresión Mayor en la Adolescencia: Prevalencia, Teorías Explicativas y Estatus Nosológico. *Asociacion Española de Psicología clínica y Psicopatología*. Recuperado de: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/30740/089872.pdf?sequence=1&isAllowed=1> y
- Gotlib, I. & Joormann, J. (2010). Cognition and Depression: Current Status and Future Directions. *Annu Rev Clin Psychol*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2845726/>



- Halgin, R. & Whitbourne, S. (2004). Trastornos del Estado de Ánimo. En R, Halgin. Y S, Whitbourne. (Eds). *Psicología de la anormalidad Perspectivas Clínicas Sobre los Trastornos. Clínicos.* (pp. 310- 347). México: McGraw-Hill
- Hewitt, N. y Gantiva, C. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en psicología Latinoamericana.* 27 (1), Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/799/79911627012.pdf>
- Jones, R. B., Thapar, A., Stone, Z., Thapar, A., Jones, I., Smith, I. & Simpson, S. (2017). Pshychoeducational interventions in adolescent depression: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 10.
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V., & Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo e la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría.* Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002&script=sci_arttext)
- Lazarevich, I., Delgadillo-Gutiérrez, H. J., Mora-Carrasco, F. & Martínez-González, Á. B. (2013). Depresión, autoestima y características de personalidad asociadas al género en estudiantes rurales de México. *Alternativas en Psicología*, 17(29), 44-57.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. En R. J. Friedman y M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-185). NuevaYork: Wiley.
- Londoño, C. & González, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 315-329.
- López, V., González, N., Andrade, P. & Oudhod, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35(1), 37-43.
- Maio, T. B., Zeni, C. P., Cavalcante, S. & Kieling, C. (2013). Mood disorders in childhood and adolescence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(1).
- Marcotte, D, & Lemieux, A. (2014). La trajectoire des symptômes dépressifs de l'enfance à l'adolescence et les cibles d'intervention préventive. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 785-796.

- Melo, A. K., Siebra, A. J. & Moreira, V. (2017). Depressão em Adolescentes: Revisão da Literatura e o Lugar da Pesquisa Fenomenológica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 18-34,
- Mingote, J. C., Gálvez, M., del Pino, P. & Gutiérrez, M. D. (2009). El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. *Medicina y seguridad del trabajo*, 55(214).
- Ministerio de Salud. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Recuperado de: [https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud\\_mental\\_tomoI.pdf](https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf)
- Montenegro, D. (2014). Informe Final del Trabajo de titulación de Psicólogo Clínico. Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3630/1/T-UCE-0007-115.pdf>
- Organizacion Mundial de la Salud. (2017). Notas descriptivas sobre la Depresión. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Ophir, Y., Asterhan, C. & Schwarz, B. B. (2017). Unfolding the notes from the walls: Adolescents depression manifestations on Facebook. *Computers in Human Behavior*, 72, 96-107.
- Rehm, L., Guchs, C., Roth, D., Kormblith, S., & Romano, J. (1979). A Comparison of Self-Control and Assertion Skills Treatment of Depression. *Behavior Therapy*. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789479800489>
- Resende, C., Santos, E., Santos, P. & Ferrão, A. (2013). Depressão nos adolescentes: mito ou realidade?. *Nascer e Crescer*, 22(3), 145-150.
- Roberts, R. E. & Duong, H. T. (2015). Does major depression affect risk for adolescent obesity?. *Journal of affective disorders*, 186(1), 162-167.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (2009). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), *Manual de psicopatología* (pp. 233-270). Valencia: Promolibro.

- Sanz, J., & Vázquez, C. (2009). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), *Manual de psicopatología* (pp. 271-297). Valencia: Promolibro.
- Sarason, I., & Sarason, B. (2006). Trastornos del Estado de Ánimo y Suicidio. En I, Sarason. Y B, Sarason. (Eds). *Psicología Anormal: El Problema de la Conducta Inadaptada*. (pp. 330-371). México: Pearson.
- Slekman, M. (2012). La evolución de un modelo de terapia breve para adolescentes con problemas. En M. Slekmán (Ed.) *Abriendo Caminos para el cambio: Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas* (13-34). Barcelona, España: Editorial Gedisa S.A.
- Sue, D., Ring, D., & Sue, S. (2010). Trastornos del Estado de Ánimo. En D, Sue., S, Ring., y S, Sue. (Eds). *Psicopatología Comprendiendo la Conducta Anormal*. (pp. 303-332). Cengage Learning.
- Tamayo, J. M., Rovner, J. & Muñoz, R. (2007). La importancia de la detección y el tratamiento de los síntomas somático en pacientes latinoamericanos con depresión mayor. *Revista brasileña de psiquiatría*, 29(2), 182-7.
- Teasdale, J., Fennell J., Hibbert A., & Amies L. (1984). Cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. *Br J Psychiat* .Recuperado de: <http://bjp.rcpsych.org/content/144/4/400.short>
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379, 1056-1067.
- Zarragoitia, I. (2011). Capítulo 1: Depresión. Características Principales. En I, Zarragoita. (Eds). *Depresión, generalidades y particularidades*. (pp. 5-35). Cuba: Editorial de Ciencias Médicas.
- Zelaya de Migliorisi, L. (2016). Depresión Infanto Juvenil: Un desafío profesional complejo. *Pediatría (Asunción)*, 43(2), 107-108

## **Apéndices**

**Apéndice A. Encuesta de Mercado**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**SEMINARIO TRABAJO DE GRADO II**

**ENCUESTA DE MERCADO**

La siguiente encuesta se encuentra conformada por un total de 25 preguntas cerradas con única y múltiple opción. El objetivo de la misma es identificar las preferencias en cuanto a costos, elementos, duración, valor agregado, roles y características físicas de un aplicativo virtual para el manejo de la depresión mayor en adolescentes.

Le solicitamos que responda de manera sincera, recuerde que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_ identificado con cédula de ciudadanía (C.C) número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ autorizo el uso de la información de la presente encuesta con fines académicos por parte de los estudiantes Angie Paola Castillo García con documento 1020816143 y código 425530, y Julián Esteban Rodríguez Galeano con documento 1013664123 y código 425504, para la asignatura de trabajo de grado II en asesoría y supervisión de la docente Ivonne Alejo.

Si está en acuerdo con lo anterior firmar a continuación

\_\_\_\_\_

**Nombre**

**Firma**

**Cédula**

\_\_\_\_\_

**Fecha**

**1. Qué elementos tendría en cuenta a la hora de elegir un producto relacionado con una guía virtual para el seguimiento de adolescentes con depresión:**

**\*Por favor pondere según el grado de importancia**

**2. ¿Qué diferenciaría este producto de otros similares que usted haya usado o de los que haya oído?**

a. Seguimiento continuo

*	Por supuesto	probablemente	Probablemente no	Para nada	No estoy seguro
Es de alta calidad					
Tiene un precio razonable					
Está bien diseñado					
Trae alto valor					
Es estéticamente acorde					

b. Asesorías de uso por parte de los diseñadores del producto

c. Asistencia psicológica 24/7

d. Actualizaciones

e. Otro

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**3. Aparte del producto, ¿qué otros factores influirían en la decisión de compra?**

a. Experiencia de otros clientes

b. Los profesionales que lo diseñan

c. Publicidad

d. Garantía

e. Estética

f. Métodos de acceso

g. Otro

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**4. ¿Cuánto tiempo de vigencia le gustaría que la licencia del producto tuviera?**

- a. 3 meses
- b. 6 meses
- c. 9 meses
- d. 1 año

**5. ¿Preferiría pagar licencia de uso por paciente o por tiempo de tratamiento?**

- a. Paciente
- b. Tiempo

**6. ¿Le gustaría poder personalizar el aplicativo según sus necesidades?**

- a. Si
- b. No

**7. Al momento de decidir sobre la compra del producto, usted prefiere:**

- a. Obtener la totalidad del producto a un precio alto sin actualizaciones
- b. Obtener la totalidad del producto con un precio de suscripción mes a mes con actualizaciones
- c. Obtener la plataforma del producto gratuitamente e ir pagando por los diferentes módulos

**8. Opción múltiple: ¿Cuál o cuáles de los siguientes contenidos considera fundamentales en un aplicativo para la intervención sobre la depresión mayor en adolescentes?**

- a. Manejo de las crisis
- b. Tips para la familia
- c. Reconocimiento emocional
- d. Psicoeducación sobre la problemática
- e. Retroalimentación por parte del terapeuta
- f. Seguimiento de tareas
- g. Otro

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**9. Opción múltiple: ¿A usted qué tema le gustaría saber si le están enseñando sobre depresión?**

- a. Tratamiento
- b. Signos de alarma
- c. Causas
- d. Cómo prevenirla
- e. Qué es
- f. Síntomas
- g. Otro

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**10. Considerando que el producto se encuentra orientado hacia una ayuda complementaria al seguimiento pos psicología, y por ende, promoción de un mejor estilo y calidad de vida de población adolescente que padece depresión mayor, ¿en cuánto tiempo esperaría ver resultados?**

- a. Menos de un año
- b. Un año
- c. Más de un año
- d. Otro

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**11. ¿Qué elemento o elementos le resultan más atractivos como valor agregado para la adquisición definitiva del producto?**

- a. Actualizaciones
- b. Capacitaciones
- c. Soporte técnico 24/7
- d. Descuento por referir el producto
- e. Otro

¿Cuál? \_\_\_\_\_



**12. Opción múltiple: Teniendo en cuenta que el producto ha sido diseñado por Psicólogos, ¿qué expectativas tendría usted de los mismos?:**

- a. No se involucren de ningún modo con los compradores
- b. Respondan a las preguntas que se tienen del producto
- c. Escuchen y dediquen el tiempo suficiente a los problemas

**13. Le resultaría más cómodo adquirir el producto por medio de:**

- a. Llamada telefónica
- b. Por internet
- c. Librerías
- d. Consultorios Psicológicos
- e. IPS
- f. En persona
- g. Otro

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**14. Opción múltiple: En un aplicativo virtual usted se fija principalmente en:**

- a. Presencia de imágenes
- b. Presencia de vídeos
- c. Presencia de audio
- d. Colores llamativos
- e. Tamaño de las fuentes
- f. Estilo de las fuentes
- g. Otro

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**15. ¿Qué combinación de colores le gustaría ver en una plataforma cuyo objetivo es diseñar una guía virtual para seguimiento de adolescentes con trastorno depresivo mayor?**

- a. *Amarillo*: energía, felicidad y diversión. *Verde*: Esperanza, equilibrio, crecimiento, estabilidad. *Rojo*: fortaleza, fuerza, determinación, valor.
- b. *Negro*: silencio, sobriedad, poder. *Gris*: paz, tenacidad. *Rosado*: dulzura, delicadeza, amistad.
- c. *Naranja*: calidez, creatividad, éxito. *Azul*: seriedad, libertad, verdad. *Púrpura*: serenidad, místico, elegante.

**16. ¿En cuál de los siguientes dispositivos sentiría mayor comodidad a la hora de ingresar al aplicativo virtual?**

- a. Computador
- b. Tablet/iPad
- c. Celular
- d. Más de una de las opciones anteriormente mencionadas