



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA UN CASO DE DEPRESIÓN EN
UNA ADOLESCENTE CON RASGOS DE PERSONALIDAD
ESQUIZOIDE**

**PRESENTADA POR
BETTY LUZ SANCHEZ LLONTOP**

**ASESORA
GLADYS IBONNI TORANZO PÉREZ**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA**

LIMA – PERÚ

2019



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-
CONDUCTUAL PARA UN CASO DE DEPRESIÓN EN UNA ADOLESCENTE
CON RASGOS DE PERSONALIDAD ESQUIZOIDE**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:

BETTY LUZ SANCHEZ LLONTOP

ASESORA:

MAG. GLADYS IBONNI TORANZO PÉREZ

LIMA - PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios por haberme acompañado a concluir uno más de mis sueños y por cuidar de mí y de las personas que amo. A mi querido esposo Juver por motivarme a seguir adelante, por llevar las tareas del hogar con esmero y por ser un excelente esposo y papá a la vez. A mis hijos Adrián y Ximena por ayudar en las tareas del hogar y por esas ocurrencias de amor que alegran mis días. A mis padres Carmen y Manuel por haberme inculcado el amor al estudio y por hacer de mí una persona íntegra. A esta casa de estudios que me ha brindado a los mejores maestros, que con sus conocimientos y calidad humana han hecho que ame más esta hermosa profesión.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por permitirme este hermoso logro
y por rodearme de bellas personas en esta etapa.

A mi amado esposo e hijos por ser ese amor bonito
que se refleja en cada acto y me motivan a seguir

A mis amados padres por ser los principales
promotores de cada uno de mis sueños.

A mis hermanos por mantener esa unión y cariño
en las diversas circunstancias de la vida

Gracias a mis maestros por enseñarme con esmero,
dedicación y responsabilidad en esta hermosa profesión

Un sincero agradecimiento a mi asesora Gladys Toranzo quien con su
valioso conocimiento y su gran trayectoria me ayudó a concluir esta meta

Y un especial agradecimiento a Sara por confiar en mi persona
al hacerme partícipe de su recuperación como su psicoterapeuta.

INDICE

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE	iv
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I : MARCO TEÓRICO DE LA DEPRESIÓN	10
1.1 Antecedentes teóricos	11
1.2 Definición	12
1.3 Etiología	13
1.4 Epidemiología	16
1.5 Clasificación	20
1.6 Sintomatología	22
1.7 Modelo explicativo de la Depresión	23
1.8 Tratamiento	25
CAPITULO II : MARCO TEORICO DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL	28
2.1 Antecedentes históricos	28
2.2 Definición	30
2.3 Conceptos básicos	32
2.3.1 La Tríada cognitiva	32
2.3.2 Organización estructural del pensamiento depresivo	33
2.3.3 Errores en el procesamiento de la información	33
2.4 Técnica Cognitiva Conductual	34
CAPITULO III : PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	36
3.1 Historia psicológica	36
3.1.1 Datos de filiación	36
3.1.2 Motivo de consulta	37
3.1.3 Historia personal	38
3.1.3.1 Etapa pre – natal:	38
3.1.3.2 Etapa peri – natal:	39
3.1.3.3 Etapa post – natal:	39
3.1.3.4 Alimentación y control de esfínteres	39
3.1.3.5 Lenguaje	40
3.1.3.6 Psicomotricidad	40
3.1.3.7 Control de esfínteres	40
3.1.3.8 Educación	40
3.1.3.9 Enfermedades	44

3.1.3.10	Desarrollo Psicosexual	44
3.1.3.11	Área laboral	45
3.1.3.12	Vida Social	45
3.1.3.13	Rasgos de personalidad	46
3.1.3.14	Hábitos e intereses	47
3.1.4	Historia familiar:	47
3.1.5	Examen mental	50
3.1.6	Listado de síndromes	53
3.1.7	Aproximación diagnóstica	53
3.2	Informe psicológico	54
3.2.1	Datos de filiación	54
3.2.2	Motivo de consulta	55
3.2.3	Observaciones generales y de conducta	56
3.2.4	Análisis de resultados	57
3.2.5	Conclusiones	59
3.2.6	Recomendaciones	60
CAPITULO IV : PROGRAMA DE INTERVENCIÓN		61
4.1	Justificación	61
4.2	Objetivos	62
4.2.1	Objetivo general	62
4.2.2	Objetivos específicos	63
4.3	Metodología	64
4.4	Análisis funcional	65
4.5	Procedimiento	68
	Sesión N° 1	68
	Sesión N° 2	72
	Sesión N° 3	77
	Sesión N° 4	81
	Sesión N° 5	85
	Sesión N° 6	88
	Sesión N° 7	93
	Sesión N° 8	98
	Sesión N° 9	101
	Sesión N° 10	107
	Sesión N° 11	109
	Sesión N° 12	113
	Sesión N° 13	116

Sesión N° 14	119
Sesión N° 15	124
4.6 Seguimiento	129
Primera sesión de seguimiento	129
Segunda sesión de seguimiento	133
Tercera sesión de seguimiento	137
Capítulo V : RESUMEN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES	142
5.1 Criterio de la paciente	142
5.2 Criterio familiar	142
5.3 Criterio Psicoterapéutico	143
5.4 Criterio funcional	143
5.5 Criterio Psicométrico	144
CONCLUSIONES	147
RECOMENDACIONES	149
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	150
ANEXOS	151

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso tiene la finalidad de compartir una propuesta a través de la Terapia cognitiva conductual para un caso de depresión en un paciente con rasgos de personalidad esquizoide. Es importante tener en cuenta que las personas que tienen estos rasgos de personalidad no asisten a consulta para cambiar estos rasgos, al contrario, se sienten a gusto tal y como son, sin embargo, si acuden lo hacen por temas distintos a estos, tales pueden ser como una depresión, ansiedad, estrés u otras dificultades. En este caso la paciente asiste por una depresión y esto surge porque no se siente comprendida en su forma de ser y al contrario, los padres y su entorno social la presionan para socializar como los demás adolescentes de su edad, por ejemplo sus progenitores siempre le recalcan que “socializar te abre las puertas del éxito”, situación que le genera tensión, estrés y tristeza al no sentirse comprendida ni por sus padres, ni por su entorno social, es así que empiezan dicho episodio.

Durante las citas, la madre es quien acompaña constantemente a la paciente, el padre es quien asiste al inicio y en las últimas sesiones; el último progenitor mencionado es quien insiste a que su hija participe en diversos eventos sociales sin considerar las características particulares de personalidad de su hija. Cabe resaltar que Sara tiene una tía diagnosticada con Trastorno Esquizoide de la personalidad, situación que puede influir de manera genética en sus características

de personalidad, también debemos tener en cuenta el factor psicológico de la paciente y por último el factor social en el cual lo veremos en su historia personal.

Al inicio de la consulta la paciente asistió con un ánimo deprimido, con una energía disminuida por lo que la mayor parte del tiempo se sentía cansada, su alimentación y sueño se habían alterado, había dejado actividades las cuales le agradaban y también dejó sus actividades escolares. Todo lo antes mencionado dejaban en claro que había signos y síntomas propios de una depresión, es así que con una evaluación clínica minuciosa se diagnosticó un episodio depresivo moderado que posteriormente era conveniente aplicar una terapia cognitiva conductual.

El objetivo principal de la terapia fue mejorar el estado afectivo de la paciente mediante la modificación de sus pensamientos distorsionados, instaurando nuevas formas de pensar, de carácter flexible, lógico y racional y aprender habilidades sociales para así lograr una mejor adaptación en su ámbito familiar, social, académico y personal. A inicios de la terapia, la evaluada decide retomar sus estudios escolares y conforme avanzaban las sesiones terapéuticas, su salud mental se iba restableciendo y eso se podía observar porque se iban reduciendo los síntomas depresivos, así también la madre es quien corroboraba dichos progresos, tales como leer, escuchar música, acompañar a sus padres a la iglesia y compartir más momentos en familia.

Al inicio de la psicoterapia se realizó la psicoeducación para que así la paciente identifique los componentes de la depresión, que tenga una mayor comprensión de la problemática y se logre una mayor adherencia al tratamiento, se

realizó la reestructuración cognitiva, aprendió la técnica de relajación para que pueda aplicarlo en los momentos de tensión, se realizó programación de actividades, dominio y agrado, y las que mencionan Beck y Caballo sobre Habilidades sociales. Todas las técnicas fueron importantes, pues la paciente logró aprenderlas y emplearlas en diversas situaciones difíciles.

Por último, se llevó a cabo una retroalimentación de lo que se ha trabajado durante las sesiones para evitar posibles recaídas y se le dejó la posibilidad de retornar cuando ella guste, puesto que la atención psicoterapéutica siempre está al servicio de quien lo necesite.

CAPÍTULO I : MARCO TEÓRICO DE LA DEPRESIÓN

1.1 Antecedentes teóricos

El término psicopatológico de la Depresión data aproximadamente en el año 400 a. C., cuando Hipócrates ya usaba los términos manía y melancolía para describir los trastornos mentales.

“En el año 30 d. C el médico romano Celso describía la melancolía (palabra procedente del griego melan “negro” y chole “bilis”) en su obra de medicina, como una depresión causada por las bilis negras” (Benjamín & Virginia, p. 527).

Otros pensadores como Galeno de Pérgamo (131-201) describieron la melancolía como una alteración crónica, que no se acompaña de fiebre y presenta síntomas como temor, miedo o desesperación, suspicacia, misantropía y cansancio de la vida, entre otros.

En Bagdad, siglo X, el árabe Isaq Ibn Imran la refirió como: “un cierto sentimiento de aflicción y aislamiento que se forma en el alma debido a algo que el paciente cree que es real pero que es irreal. Además de todos estos síntomas psíquicos, hay otros somáticos como la pérdida de peso y sueño...

La melancolía puede tener causas puramente psíquicas, miedo, aburrimiento o ira, de manera que la pérdida de un ser querido o de una biblioteca insustituible pueden producir tristeza y aflicción tales que tengan como resultado a la melancolía.

Conforme fue avanzando el tiempo, los conceptos y términos utilizados para referirse a la melancolía o la depresión eran más acertados y específicos. De esta manera, Zarragoitía (2011) indica que “Meyer propuso eliminar totalmente el término melancolía y reemplazarlo por el de depresión” (p. 11).

Hoy en día las últimas clasificaciones de trastornos mentales utilizan indistintamente el concepto de trastornos afectivos. Vallejo (2006) afirma que:

“Thymos” deriva del griego, alma, y se convirtió en sinónimo de humor tras la creencia de que los sentimientos radicaban en aquella. Las clasificaciones actuales utilizan el término “tímico” para designar menores y persistentes como la ciclotimia o la distimia. (p. 200).

1.2 Definición

El término Depresión proviene del latín depressio que a su vez procede de depressus que significa “abatido” o “derribado”. Esta palabra aduce a un trastorno emocional lo cual hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interno lo cual dificulta su interacción social.

Algunos autores describen la depresión como trastornos afectivos. Morris (1998) menciona lo siguiente:

Considera a la Depresión como un trastorno afectivo, que se caracteriza por perturbaciones en el afecto o estado emocional, en el cual el sujeto se siente abrumado de tristeza, sufrimiento y sentimientos de culpabilidad. El deprimido es incapaz de experimentar placer con las actividades que disfrutaba; se le ve cansado y apático, algunas veces ni siquiera consigue tomar las decisiones comunes y más sencillas. Piensa haber fracasado terriblemente en la vida y tiende a culparse de los problemas. Los que sufren una gran depresión muestran a menudo patrones irregulares de sueño y de ingestión de alimentos, en casos muy graves hay pensamientos suicidas y hasta llegan a quitarse la vida. (p.412).

Posteriormente empezaron a describir a la depresión según las experiencias atendidas de una manera más minuciosa. Benjamín & Virginia (2008) afirmó:

Que los trastornos del estado de ánimo son un grupo de afecciones clínicas que se caracterizan por la pérdida de ese sentido del control y por el sufrimiento subjetivo de un gran malestar. Los pacientes con estado de ánimo elevado demuestran efusividad, fuga de ideas, disminución del sueño e ideas de grandeza, mientras que los pacientes con estado de ánimo deprimido experimentan una pérdida de la energía y del interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, pérdida del patito y pensamiento de muerte o suicidio (p. 527).

Y en la actualidad estas definiciones son establecidas a nivel mundial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos define lo siguiente:

La Depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. (OMS, 2012).

1.3 Etiología

En los últimos años se han estado dando una explicación **biológica**, psicológica y sociales. Cuando hablamos de factores biológicos, se han descrito alteraciones biológicas en pacientes con trastorno del estado de ánimo. Hasta hace poco, los neurotransmisores monoamínicos (noradrenalina, dopamina, serotonina e histamina) eran los principales centros de atención e investigación con respecto a la etiología de estos trastornos, pero se ha ido produciendo un desplazamiento progresivo desde las alteraciones de cada uno de los sistemas por separado hacia el estudio de sistemas neuroconductuales, circuitos neurales y mecanismos neurorregulares más complejos. Dentro de esta explicación también está incluido otros trastornos de los neurotransmisores, pues en pacientes con depresión se han detectado valores anormales de colina, que es un precursor de la Ach, lo cual quizá indica

alteraciones de la composición de los fosfolípidos celulares. El ácido γ -aminobutírico (GABA) tiene un efecto inhibitor en las vías monoaminérgicas ascendentes, sin embargo, cuando hay este trastorno se detecta el descenso de las concentraciones de GABA. Y por último es importante mencionar que también se puede haber alteraciones de la regulación hormonal.

Los factores **genéticos** también pueden estar involucrado en la aparición de este trastorno y es que hay investigaciones que en su mayoría lo pueden sustentar.

Para tener en cuenta el factor genético hay que tener en cuenta diversos estudios. Benjamín & Virginia (2008) nos dice lo siguiente:

Muchos estudios de familia, adopciones y gemelos han permitido documentar el carácter hereditario de los trastornos del estado de ánimo, si bien recientemente el foco de atención de los estudios genéticos se ha centrado en identificar los genes de susceptibilidad específicos utilizando métodos de genética molecular. Según los estudios familiares, si uno de los padres tiene un trastorno de ánimo su hijo tiene un riesgo entre el 10% y el 25% de tener un trastorno del estado de ánimo. La presencia de una enfermedad más grave en la familia también confiere un mayor riesgo. (pp. 529-532).

Cuando mencionamos este factor, es importante tomarlo en consideración ya que la paciente tiene un familiar de segundo grado que padecen un trastorno relacionado con el estado de ánimo; la tía materna padece de trastorno depresivo recurrente, adicionalmente esta familiar está diagnosticada con trastorno esquizoide de la personalidad desde los 20 años.

Por último, tenemos el factor **psicosocial**, la cual considera situaciones vitales que en su mayoría se adquiere en la infancia, así también hay que considerar el estrés ambiental.

Dentro de este aspecto hay estudios que siguen aportando para tomar en cuenta en el desarrollo social del ser humano. Benjamín & Virginia (2008) nos explican lo siguiente:

Para explicar esta observación es que el estrés que acompaña el primer episodio da lugar a cambios de larga duración en la biología del cerebro, y que estos cambios de larga duración podrían alterar los estados funcionales de varios neurotransmisores y sistemas de señalización intraneuronal, cambios que incluso podrían incluir la pérdida de neuronas y una reducción excesiva de los contactos sinápticos. Los datos más convincentes, indican que el suceso vital que se asocia más a menudo al desarrollo de la depresión es la pérdida de uno de los padres antes de los 11 años (p. 533).

A lo anterior mencionado, Papalia, Diane; Feldman, Ruth; Martorell, Gabriela (2012) menciona: “el desarrollo psicosocial afecta el funcionamiento cognoscitivo y físico. En efecto, sin conexiones sociales positivas, la salud física son factores importantes para el aprovechamiento escolar, mientras que las emociones negativas como la ansiedad pueden afectar el rendimiento” (p. 6).

En este caso, la paciente tuvo escasa interacción con ambos padres, con la madre los cinco primeros meses de nacida recibió leche materna, pero en el aspecto afectivo fue distante, pues recién había fallecido su madre -que es la abuela de la paciente-, posteriormente a los cinco meses de nacida la deja al cuidado de la abuela paterna y una cuidadora particular. Por cuestiones económicas ambos padres laboran fuera de casa y se la pasan la mayor parte del día fuera de ella. Según menciona la madre eran distantes con sus hijos pues consideraban que ellos podían hacer solos sus cosas, asumiendo cada uno sus propias responsabilidades, adicionalmente no mostraban mucho afecto con Sara y así fue durante sus ocho primeros años.

1.4 Epidemiología

Hoy en día la depresión es considerada como la principal causa de problemas de salud y discapacidad, lo cual genera un estado de alarma en todo el mundo. Según las últimas estimaciones de este trastorno podemos decir lo siguiente:

Más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden que muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir vidas saludables y productivas (OMS, 2012).

Tres años después la organización mundial de la salud nos menciona que este trastorno es alarmante y que:

En las Américas, cerca de 50 millones de personas vivían con depresión en el 2015, alrededor del 5% de la población. "La depresión nos afecta a todos. No discrimina por edad, raza o historia personal. Puede dañar las relaciones, interferir con la capacidad de las personas para ganarse la vida, y reducir su sentido de la autoestima", señaló la directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Carissa F. Etienne. Sin embargo, dijo, "incluso la depresión más grave se puede superar con un tratamiento adecuado", aunque una de las barreras para buscar tratamiento son los prejuicios y la discriminación (OMS, 2015).

Y en estos últimos años la organización mundial de la salud establece de manera clara el siguiente enunciado:

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutan, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias, durante 14 días o más (OMS, 2017).

Además, las personas con depresión normalmente padecen varios de los siguientes síntomas: pérdida de energía; cambio en el apetito; dormir más o menos; ansiedad; concentración reducida; indecisión; inquietud; sentimientos de inutilidad, culpa o desesperanza; y pensamientos de automutilación o suicidio".

La prevalencia: Cuando hablamos acerca de la prevalencia nos preocupamos ya que este trastorno ha ido en aumento estos últimos años y según los estudios esta aumenta durante la adolescencia.

Para mencionar sobre la prevalencia esta también está relacionado con otros factores. Papalia (2012) nos dice lo siguiente:

Un promedio anual de casi 9% de los jóvenes de entre 12 y 17 años había experimentado por lo menos un episodio de depresión mayor, y sólo cerca de 40% de ellos había recibido tratamiento. Además del género, los factores de riesgo que contribuyen a la depresión incluyen ansiedad, temor al contacto social, eventos estresantes de la vida, enfermedades crónicas como la diabetes o epilepsia, conflicto en la relación con los padres, abuso o descuido y tener un padre con una historia de depresión (p. 394).

Así mismo tenemos que considerar que la Depresión se puede presentar de otras formas. Vallejo (2006) nos hace una breve descripción:

La prevalencia entre el 10 y 20%, y entre pacientes psíquicos la cifra aumenta hasta casi un 50%. Solo el 10% de estos pacientes llegan a las consultas psiquiátricas especializadas, por lo que el 90% restante son tratados por médicos generales o especialistas no psiquiatras o no reciben tratamiento. La explicación parcial de este hecho puede deberse a que aproximadamente la mitad de las depresiones se presentan de forma enmascarada. Estos equivalentes depresivos ocultan la verdadera

faz del trastorno, que aparece como una enfermedad somática, lo que hace a veces difícil el diagnóstico diferencial.

La frecuencia de la depresión en la población general se estima estable en el 5%, cifra sensiblemente superior si se incluyen los subcasos. La prevalencia/vida se sitúa, por otra parte, en torno al 17% (Gotlib y Hammen, 2002), si bien en Europa las diferencias de prevalencia son notables (8,8-23,6%) (Copeland y cols., 1999), pero siempre más frecuentes en mujeres que en hombres (Ayuso-Mateos y Cols., 2001). La revisión de Vallejo (2006) en su libro de Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría precisan los siguientes datos:

1. Síntomas depresivos,

Prevalencia: 13-20%

Factores de riesgo: mujeres, varones jóvenes y viejos, clase social baja, divorciados y separados.

2. Depresión no bipolar

Prevalencia: varones, 3,2%; mujeres 4,5-9,3%.

Factores de riesgo: mujeres de 35-45 años, historia familiar de alcoholismo y depresión, marco ambiental desfavorable, escasa relación interpersonal y parto en los 6 meses precedentes al episodio depresivo.

3. Trastornos bipolares.

Riesgo de morbilidad: 0,6-0,88%.

Factores de riesgo: muy ligero predominio en la mujer, historia familiar de trastorno bipolar, primer episodio por debajo de los 50 años en el 80% de casos y alto nivel socioeconómico (p. 486).

1.5 Clasificación

Diversos estudios que se han realizado a lo largo de la historia han contribuido a clasificar de manera clara este trastorno. Según la Organización Mundial de la Salud (2017) nos menciona que:

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves.

Una distinción fundamental es la establecida entre la depresión en personas con y sin antecedentes de episodios maníacos. Ambos tipos de depresión pueden ser crónicos y recidivantes, especialmente cuando no se tratan. La Organización Mundial de la Salud lo clasifica de la siguiente manera:

Trastorno depresivo recurrente: como su nombre indica, se caracteriza por repetidos episodios de depresión. Durante estos episodios, hay estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito,

sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica.

Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones.

Trastorno afectivo bipolar: este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, logorrea, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir. (OMS, 2017).

Es importante mencionar la clasificación este trastorno del humor. Vallejo (2006) en su libro de Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría nos menciona lo siguiente:

Según el DSM-IV-TR (2000) y la CIE-10(1992), establecen en la sección de trastornos del humor (afectivos) siete apartados: episodio maníaco, trastorno bipolar, episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, trastorno del humor y sin especificación. La

base de la clasificación se establece en función de los grupos clásicos de trastornos bipolares y depresiones no bipolares, bajo la posibilidad de episodios únicos o recurrentes. Asimismo, se contempla la distinción entre trastornos afectivos episódicos (trastornos bipolares, episodios depresivos recurrentes) o persistentes (ciclotimia, distimia). Se valora, para subclasificar, la intensidad (leve, moderada, grave) y la presencia o ausencia de síntomas somáticos y los trastornos graves en sin o con síntomas psicóticos (p. 490).

1.6 Sintomatología

En cuanto a la sintomatología es importante considerar todos los síntomas presentes en el paciente que son características propias de una para denominar este trastorno. Según su Vallejo (2006) menciona lo siguiente:

Que el eje nuclear de la depresión es la tristeza vital y profunda que envuelve al sujeto hasta afectar todas las esferas de su relación intra e interpersonal. También menciona que la depresión condensa en cinco grandes áreas: afectividad, pensamiento-cognición, conducta, ritmos biológicos y trastornos somáticos. El mencionado autor cita a Klein (1974) que enfatiza el fenómeno de la anhedonia (incapacidad de obtener y experimentar placer) como un fracaso de los mecanismos de obtención de placer (alimentación, sexual, relacional, ocupacional), relacionándolo con una desorganización funcional de los “centros cerebrales del placer”. Según Klein, a partir de la anhedonia pueden establecerse diferentes tipos de depresión. Vallejo

menciona que, en consecuencia, del estado de ánimo, el paciente está pesimista y pierde la ilusión por su familia, su trabajo y un proyecto existencial que él se siente incapaz de alcanzar. El llanto es la expresión de este estado emocional. En ocasiones el enfermo se queja de no poder llorar, a pesar de sentirse profundamente triste, y prevalece cierta anestesia afectiva. El rendimiento del paciente disminuye progresivamente hasta llegar a la abulia y apatía total, en que el sujeto es incapaz de realizar cualquier actividad. Vallejo cita a otros autores que confirman pausas largas del lenguaje y deterioros del rendimiento y de la reactividad motora, que se normalizan con la mejoría clínica (pp. 493-494).

La sintomatología mencionada por diferentes autores se encuentra presente en la paciente, ya que su estado afectivo se encuentra disminuido la mayor parte del día, mostrando tristeza, ha dejado de realizar las pocas actividades que le agradaban, no tiene energías para ayudar con los quehaceres de la casa, tiene problemas para concentrarse, sus horas de sueño han aumentado, su apetito ha disminuido, se encuentra cansada y ha dejado de asistir a su escuela. Por otro lado, a esto se le suma que también tiene pequeños dolores musculares en la parte superior y a veces tiene dolores de cabeza.

1.7 Modelo explicativo de la Depresión

Para dar una explicación acerca de la depresión es importante mencionar las diferentes teorías que sustentan este trastorno afectivo.

Una de las más antiguas es del psicoanálisis. Morris (1992) lo describe de la siguiente manera:

La teoría psicoanalítica es una teoría donde su máximo representante es Freud, él es quien considera a la depresión como una pena excesiva e irracional. Pensaba que la fuente del dolor yacía en la relación del individuo con la persona que más dependió de niño. Suponía que la depresión surgía en algún trastorno de dicha relación, en general la pérdida real o imaginaria de uno de los padres. Como la “pérdida” provoca enojo y ansiedad intensos, se reprime, y la persona deja de estar consciente de ella. Morris, Ch., nos dice que si bien esta teoría es intrigante, ha sido difícil establecer una relación directa entre una pérdida temprana y los riesgos de sufrir una depresión en la edad adulta (Crook y Eliot, 1980), y los críticos del modelo psicoanalítico señalan que no hay pruebas directas que apoyen el argumento de que el individuo deprimido interprete la pérdida como un abandono o rechazo (p. 414).

También citaremos a la Teoría Cognitiva, que es una de las más investigadas en estos últimos tiempos. Benjamín & Virginia (2008) nos describe lo siguiente:

El trastorno de la depresión es el resultado de las Distorsiones Cognitivas, denominadas representaciones depresógenas, son las plantillas cognitivas que reciben los datos tanto internos como externos de una forma que se altera en presencia de experiencias más precoces. Aaron Beck propuso una triada cognitiva de la depresión que está formada por las opiniones de uno mismo (una autopercepción negativa),

sobre el entorno (tendencia a experimentar el mundo como hostil y exigente) y sobre el futuro (la expectativa de sufrir y fracasar). El tratamiento consiste en modificar esas distorsiones (p. 534).

Y por último tenemos a la teoría de la Indefensión aprendida. Esta teoría es explicada por Morris (1992) con la siguiente descripción:

Es una teoría que enlaza los fenómenos depresivos con la experiencia de situaciones incontrolables. Por ejemplo, cuando se expone a perros en un laboratorio a descargas eléctricas de las cuales no pueden escapar, se manifiesta comportamientos que distingue a estos animales de otros perros que no han estado expuestos a estas situaciones incontrolables. Estos perros que sufrieron las descargas aprendieron que el resultado es independiente de la respuesta, por lo que mostraban un déficit cognitivo motivacional (es decir, no intentarían escapar de la descarga). En la visión reformulada, las explicaciones internas causales provocan la pérdida de la autoestima después de sufrir situaciones adversas externas (p. 414).

1.8 Tratamiento

El tratamiento con mayor eficacia y que recomiendan por sus resultados es el tratamiento cognitivo conductual, el cual su creador y mayor representante es Aaron Beck. Este tratamiento como su mismo nombre lo dice, su objetivo es restaurar las cogniciones, modificar pensamientos distorsionados para que estas sean adaptativas a la realidad. Benjamín & Virginia (2008) nos menciona lo siguiente:

La terapia cognitiva, desarrollada originalmente por Beck, se centra por en las distorsiones cognitivas supuestamente presentes en el trastorno depresivo mayor. Estas distorsiones consisten en la atención selectiva a los aspectos negativos de las circunstancias e interferencias patológicas establecidas irrealmente sobre las consecuencias (p. ej., la apatía y la falta de energía son consecuencia de la expectativa de fracaso del paciente). El objetivo de la terapia cognitiva es aliviar los episodios depresivos y prevenir su recurrencia ayudando a los pacientes a identificar y analizar las cogniciones negativas, desarrollar formas de pensamiento alternativas, flexibles y positivas, y ensayar nuevas respuestas cognitivas y conductuales (p. 553).

En este caso la paciente tiene un episodio depresivo moderado. Sus pensamientos distorsionados surgen cuando la obligan a socializar en la familia, escuela o iglesia, generándole malestar, tristeza y todos los síntomas propios del episodio depresivo moderado. Hay que tener en cuenta, de una manera clara que los sujetos con un trastorno esquizoide de la personalidad tienen manifestaciones de conducta como la depresión y que muchos de nosotros podemos confundirlo sin embargo ellos asisten por la depresión, más no por su personalidad, ya que con ello se encuentran a gusto y eso no les genera ningún tipo de problema.

Para tener en claro este trastorno vamos a citar a Caballo (1998) quien nos manifiesta lo siguiente:

Las personas con este trastorno son esencialmente solitarios, sin amigos/as, que no necesitan a nadie, salvo a sí mismos, que no disfrutan de las relaciones sociales ni sexuales, que no se inmutan por los elogios o las críticas de los demás y que apenas sienten emociones. El entrenamiento en habilidades sociales (especialmente en grupo) y la exposición graduada a tareas sociales, como el establecimiento de actividades sociales estructuradas, pueden ser procedimientos de ayuda para mejorar y aumentar las relaciones interpersonales de los sujetos con un TEP, pues es muy poco frecuente que los sujetos con un TEP acudan a tratamiento y si lo hacen suele ser por otros problemas distintos al TEP (depresión, elevado estrés, drogadicción, etc.), como es en este caso de Depresión (pp. 513-514)

CAPITULO II : MARCO TEORICO DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

2.1 Antecedentes históricos

Los orígenes filosóficos esta terapia cognitiva se remontan desde los siglos a. c. Beck (2010) uno de los máximos exponentes nos resume lo siguiente:

Los Estoicos, en particular a Zenón de Citio (siglo IV a. C.), Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto, y Marco Aurelio dieron mayor énfasis en las ideas de las personas. Epicteto escribió en El Enchiridión: “Los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen”. Del mismo modo que el Estoicismo, las Filosofías Orientales, como el Taoísmo y el Budismo, han subrayado que las emociones humanas están basadas en las ideas. El control de los sentimientos más intensos puede lograrse mediante un cambio en las ideas.

El énfasis filosófico en las experiencias subjetivas conscientes surge de los trabajos de Kant, Heidegger, y Husserl. Este “movimiento fenomenológico” ha contribuido sustancialmente al desarrollo de la psicología moderna en este grupo de terapias.

Los últimos avances en la psicología conductual también han hecho hincapié en la importancia de las cogniciones del paciente. Bowers (1973) ha defendido un modelo interactivo (características del sujeto y características del ambiente), en contra del “situacionismo” de los enfoques conductistas clásicos. Arnold Lazarus (1972) también hace hincapié que la corrección de las ideas erróneas puede producirse tanto antes como después de que tenga lugar el cambio en la conducta.

Adicionalmente el trabajo de Ellis (1957, 1962, 1971, 1973) supuso un nuevo impulso en el desarrollo histórico de las terapias cognitivo-conductuales. Ellis relaciona el estímulo ambiental o Activador (A) con las Consecuencias emocionales (C) a través de la Creencia interviniente (Cr). Así, el objetivo de su Terapia Racional Emotiva consiste en hacer que el paciente tome conciencia de sus creencias irracionales y de las consecuencias emocionales inadecuadas de éstas. La Terapia Racional Emotiva pretende modificar estas creencias irracionales.

Las recientes contribuciones al desarrollo de la terapia cognitiva por parte de autores de orientación conductual (Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977; Goldfried y Davison, 1976; Kazdin y Wilson, 1978) han proporcionado una base empírica y teórica más firme sobre la cual continuar trabajando en esta área (pp. 17-19).

2.2 Definición

La terapia cognitiva, según Beck (2010) nos dice lo siguiente:

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976). Sus cogniciones (“eventos” verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores.

La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: (1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; (3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; (4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias(p.p13- 14).

En un libro de depresión donde especifican las generalidades y particularidades de la depresión, Zarragoitía (2011) nos dice:

La terapia cognitiva conductual se basa en el cambio del estilo de interpretación del mundo por parte del paciente. Este tipo de terapia intenta cambiar las creencias, fomentando el pensamiento lógico y racional sobre su situación y sus posibles salidas (pp. 51- 52).

Según Beck (2010) las características más importantes de la terapia cognitiva están en el aspecto formal de las sesiones y en los tipos de problemas en que se centra, la cual se explica de la siguiente manera:

- ψ Empirismo Colaborativo; hace referencia a que la terapia se encuentra en continua actividad e interactúa intencionadamente con el paciente, donde requiere su participación y colaboración, de modo que el terapeuta le ayuda a organizar su pensamiento y su conducta con la finalidad de ayudarlo a hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana.
- ψ Está centrado en el aquí y el ahora, cuyo objetivo principal es investigar los pensamientos y sentimientos del paciente durante la sesión terapéutica y entre las sesiones.
- ψ La terapia cognitiva pone énfasis sobre las experiencias internas(mentales) del paciente, tales como pensamientos, sentimientos, deseos, aspiraciones y actitudes.
- ψ La estrategia se puede diferenciar del resto por su énfasis en la investigación empírica de los pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos del paciente.

ψ La terapia cognitiva se basa en siete supuestos: La percepción, las cogniciones, las evidencias, las modificaciones del contenido, las distorsiones cognitivas y la corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica (pp. 16-17).

2.3 Conceptos básicos

2.3.1 La Tríada cognitiva

La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a minimizarse a sí mismo, a interpretar su futuro como un mundo con demandas exageradas y que tenga una visión negativa con respecto a su futuro. Beck (2010) lo describe de la siguiente manera:

El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo.

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente clínica (pp. 19, 20).

2.3.2 Organización estructural del pensamiento depresivo

Este es un componente bastante importante ya que nos explica el por qué esta depresión aumenta o se mantiene en el paciente. Beck (2010) lo explica de la siguiente manera:

Se refiere al modelo de esquemas que se utiliza para explicar por qué el paciente mantiene actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en la vida. A medida que la depresión se agrava, su pensamiento cada vez está dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. En tales casos, inferimos que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responda a los cambios que se producen en su entorno inmediato clínica (pp. 21- 22).

2.3.3 Errores en el procesamiento de la información

Los errores se dan en el pensamiento del paciente depresivo, ya que mantiene la creencia de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la evidencia contraria. Beck, Rush, Shaw & Emery (2010) distingue 6 tipos de distorsiones cognitivas:

1. Inferencia arbitraria: refiere en adelantar una conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye.
2. Abstracción selectiva: se centra en un detalle fuera de contexto, ignorando características relevantes de la situación.

3. Generalización excesiva: se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionados como a las inconexas.
4. Maximización y minimización: es evaluar y darle la magnitud a un evento, errores que constituyen una distorsión.
5. Personalización: se refiere a la atribución que se da el paciente a sí mismo cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
6. Pensamiento absolutista, dicotómico; es la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. En este caso el paciente selecciona la categoría del entorno negativo clínica (pp. 22-23).

2.4 Técnica Cognitiva Conductual

En este modelo, el terapeuta formula el método terapéutico de acuerdo con las necesidades específicas de un determinado paciente en un momento dado. Es así que también pueda aplicar técnicas conductuales o abreativas (liberación o descarga de las emociones). La modificación de conducta es importante en tanto en cuanto le proporciona al paciente evaluar empíricamente sus ideas de inadecuación e incompetencia. Las técnicas conductuales descritas por el autor son las siguientes:

- ψ Programación de actividades
- ψ Técnica de dominio y agrado
- ψ Asignación de tareas graduales
- ψ Entrenamiento en asertividad y role Playing

- ψ Práctica cognitiva
- ψ Reestructuración cognitiva
- ψ Reatribución cognitiva

Según lo antes mencionado, las técnicas que se emplea en esta terapia están acorde al caso en particular, es por ello que se toma en consideración sus rasgos de personalidad esquizoide.

Para explicar las técnicas más recomendables a utilizar en este caso citaremos a Caballo (1998) quien nos dice lo siguiente:

Las personas con Trastorno Esquizoide de la Personalidad es poco común que acudan a tratamiento terapéutico y si lo hacen suele ser por otros problemas distinto al trastorno de personalidad que presenta (Depresión, elevado estrés, adicciones, etc.), en este caso la paciente asistió por Episodio Depresivo Moderado.

El entrenamiento en habilidades sociales (especialmente en grupo) y la exposición graduada a tareas sociales, como el establecimiento de actividades sociales estructuradas, pueden ser procedimientos de ayuda y aumentar las relaciones interpersonales de los sujetos con un Trastorno de Personalidad Esquizoide (pp. 513-514).

La modificación de los esquemas y pensamientos en este trastorno es difícil, teniendo en cuenta los rasgos de personalidad de la paciente. En este caso clínico la colaboración de la paciente fue bastante importante para su recuperación y esto se llevó a cabo por su persistencia y asistencia puntual.

CAPITULO III : PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

3.1 Historia psicológica

3.1.1 Datos de filiación

Nombres y apellidos : Sara

Edad :14 años

Lugar y Fecha de Nacimiento: Ventanilla, 30 de mayo del 2003

Estado Civil : Soltera

Grado de Instrucción : 3ero de Secundaria

Ocupación : Estudiante

Número de Hermanos : uno

Lugar que ocupa : primera

Religión : Testigo de Jehová

Residencia : Ventanilla, Callao

Tiempo de Residencia : 15 años

Informantes : Madre y Padre

Fecha de Evaluación : 16/07/18 - 23/07/18 - 01/08/18 - 08/08/18
- 15/08/18 - 22/08/18

3.1.2 Motivo de consulta

Paciente acude por primera vez a consulta, acompañada de su madre y refiere: “decidí venir a psicología porque soy consciente de que no estoy bien y esto lo he percibido estas dos últimas semanas. Desde muy pequeña me he sentido distinta a los demás y que nadie me comprende, no sé cuál será la razón pues mis padres y hermano son personas comunes, es decir no tienen problemas como yo, nunca he tenido interés alguno en socializar o relacionarme con los demás, por tal motivo no he tenido compañeros y mucho menos amigos. Todo esto hace que me sienta demasiado diferente, no encajando con los estereotipos de la sociedad, lo cual me causa mucha desesperación ante la presión para socializar con los demás, lo cual me genera tristeza, frustración, lloro porque intento hacerme entender que soy distinta, pero veo que no lo consigo, llegando a estresarme y me causa mucha fatiga que ya no me da ganas de hacer ninguna actividad, pues no logro concentrarme, es así que me la paso durmiendo. Además, nunca he logrado sentir que es la felicidad, alegría u otra emoción, solo he podido sentirme cómoda como, por ejemplo, cuando leo, en especial acerca de literatura, arte e historia o también cuando dibujo o hago diseño de ropa. De igual forma, toda muestra de afecto me es indiferente, no me causa ningún placer o emoción. Por otro lado, a veces me critico por cada cosa que no realizo bien, lo cual me generaba malestar. Asimismo, un hecho que me causaba un poquito de ansiedad era recordar un evento que sucedió en mi infancia, el cual fue ver pornografía a lado de mi niñera, por esta razón es que, durante un tiempo, sentí la necesidad de ver este tipo de videos. Sin embargo, actualmente ya desapareció, pues me di cuenta de que no estaba bien y, además, no había

finalidad alguna de hacerlo, ya que no me causaba algún tipo de placer.” Por otro lado, la madre refiere: “mi hija desde muy pequeña siempre ha tenido preferencia por actividades solitarias, recuerdo que la profesora me comentó, que Sara de pequeña no jugaba con sus compañeritos del nido, se quedaba en el salón de clases pintando o a veces solo echada en la carpeta leyendo; lo cual coincidía con lo que me dijo más adelante otra profesora en primaria. También, he notado que ella es muy ‘fría’, no le gusta que la toquen, ni si quiera para un abrazo o beso, es como si fuera indiferente con las personas que la quieren, así como son casi nulas las veces las que la he visto feliz, además, Sara no continúa con sus estudios, pues no logró adaptarse con las exigencias sociales nuestras, ni las de su escuela.”

ANTECEDENTES PREVIOS.

No hubo antecedentes previos

3.1.3 Historia personal

3.1.3.1 Etapa pre – natal

Hija dentro de una familia con padres casados, madre de 23 años, padre de 28 años. A los 28 años su madre sale embarazada, fue una hija deseada, hubo controles de embarazo mensuales o según lo determinaba el doctor. La madre tenía una buena alimentación, pero tenía una relación de pareja conflictiva ya que el esposo se dedicaba mucho al trabajo y no se sentía comprendida, por otro lado, su madre tenía cáncer terminal por lo que estuvo pasando muchos días de tristeza. Hubo un adecuado desarrollo del embarazo.

3.1.3.2 Etapa peri – natal

La madre refiere que su hija nace al cumplir los nueve meses de gestación en el hospital de Ventanilla, trabajo de parto normal, fue rápido, sin complicaciones y asistida con el médico de turno del hospital; lloró apenas nació, con un peso de 2 750 gr, la succión fue inmediata ya que apenas nació la pusieron en mi pecho y “tomó rápido mi pecho”. Al segundo día nos dieron de alta y mi esposo me acompañaba por unos días.

3.1.3.3 Etapa post – natal

La madre de la paciente continuaba con las labores del hogar y el cuidado de la niña durante los seis primeros meses. Al séptimo mes la madre retoma un trabajo para poder ayudar a solventar los gastos del hogar. Los controles del “NIÑO SANO” eran mensuales y fueron normales acorde a su edad, sin enfermedad de gravedad, hubo algunos resfriados, pero en su mayoría curada por cuidados caseros.

3.1.3.4 Alimentación y control de esfínteres

La lactancia materna fue exclusiva hasta los 6 meses, posteriormente se le fue complementando con leche en polvo debido a que la madre empezó a trabajar, el destete fue de a pocos pues asimilaba tomar en biberón, su control de esfínteres fue cerca de los 2 años y medio, ya que la madre controlaba sus tiempos y así llegó a enseñarle. Levantó su cabeza a los 3 meses, gateó a los 6 meses y caminó al año. Las papillas fueron a partir de los 6 meses, al año ya le variaban los alimentos porque la madre decía tienen que comer de todo para que no se enfermen de nada. A partir de los seis meses de edad quedaba al

cuidado de la abuela paterna pues la madre solía trabajar la mayor parte del día y se ocupaban poco de ella, pues ambos padres se centraban mucho en el trabajo. A partir de los 4 años fue al nido.

3.1.3.5 Lenguaje

Balbucesos fueron a los 7 meses, pero habló sus primeras palabras al año, a los dos años hablaba con pequeñas frases.

3.1.3.6 Psicomotricidad

A los 6 meses ya se sentaba sola, hubo gateo normal, se paró al noveno mes y caminó al año 2 meses.

3.1.3.7 Control de esfínteres

Sara empezó a controlar sus esfínteres a los dos años y medio, con ayuda de la madre.

3.1.3.8 Educación

Etapa Pre – escolar

Ingresó al nido a los 4 años, no le gustaba mucho ir al colegio ya que quería estar con su madre, es así que la madre se quedaba en el aula la primera hora de clase por un mes, pues la evaluada lloraba cuando la dejaba en la escuela. Posteriormente hasta los 5 años se quedaba en el aula tranquila, era poco de participar en grupo, se concentraba en hacer sus trabajos en su sitio y siempre fue obediente a las indicaciones de la profesora.

Etapa escolar

A los 6 años Sara ingresa a primer grado, fue una niña con calificaciones buenas y la madre siempre le decía que tenía que sacar buenas notas, asistía al colegio en el turno mañana, siempre cumplía sus tareas académicas sola ya que le gustaba leer, además recuerda que sus padres no estaban con ella la mayor parte del tiempo. En el aspecto social a pesar de que tenía varios compañeros en el aula, no le gustaba socializar y prefería estar sola dibujando y pintando en la hora de recreo. Hasta los 12 años se mantenía en un nivel académico bastante bueno y con buena conducta. Fue una niña introvertida, un poco callada, pero muy responsable con las tareas que le encomendaban. A los inicios de su etapa primaria Sara refiere que veía a sus padres en discusiones constantes por cuestiones económicas y porque no se llevaban bien, Sara recuerda que sus padres no se dedicaban a ella, y que como padres solo eran de nombre. También recuerda que durante sus inicios en la escuela no compartía con sus compañeros porque no le agradaba estar con ellos, tampoco le gustaba que la abracen o la toquen y eso hacía que no la incluyeran en los grupos.

La madre de la paciente recuerda que las profesoras siempre le decían que ella era distante con sus compañeros, que no le gustaba compartir con los demás y que en su mayor parte estaba sola, también, solía decir las cosas de manera directa y acusaba a sus compañeros mostrándose indiferente al mencionar las faltas que podían cometer sus compañeros dentro del aula, es por ello que sus docentes siempre le encargaban el orden del aula cuando se ausentaban por momentos. Por otro lado, también mencionaban que Sara era

poco expresiva en cuanto a diversas situaciones en el aula y que pareciera que todo le era indiferente y no le causaban ninguna emoción. Asimismo, refiere que no ha tenido ninguna amistad duradera, pero si compañeros que le eran indiferentes y con los cuales no gustaba de reunir.

A los 6 años ella y su hermano quedaban al cuidado de una niñera, sin embargo, ella recuerda que la chica que estaba a su cuidado la hacía ver películas pornográficas en la cual le generó culpa pues sus padres le habían hablado de sexualidad y lo veía mal verlo a su edad porque eso les competía solo a los adultos, en ese momento se sentía un poco mal y más rara aún. Cuando ingresa a cuarto de primaria empieza a imitar comportamientos de algunos compañeros “del aula” (como reír de las bromas), esto lo hace con la finalidad de ser incluida en los grupos por presión de la docente de turno, sin embargo, eso le generaba ansiedad y tristeza pues se sentía forzada a lo que no podía ser y en ocasiones se mostraba tal y como es lo cual hacía que sus demás compañeros la vieran y la trataran como la “rara”, no la hacían entrar a sus juegos y eso la hacía sentir incómoda, pero a la vez tranquila porque podía estar sola.

A los 11 años ella prefería hacer sus trabajos de manera individual en clase, pues le molestaba estar con sus demás compañeros, con todo eso no se sentía bien, pues sabía que no encajaba en los grupos, también refiere que siempre le gustó leer, estudiar e investigar temas culturales u otras obras dentro de su cuarto y disfrutaba mucho el estar sola. Sara menciona que en cuarto grado de primaria y en inicios de secundaria encontró una compañera que le

gustaba leer y sentía que coincidían en algo, es allí que empieza a hacer una amistad pues compartían algo en común, sin embargo cuando ella le invitaba a dos de sus reuniones asistía por presión social, pero a los pocos minutos se retiraba ya que no se mostraba cómoda en grupo, pues al ver reír o como se bromeaban los demás, no le generaba ninguna reacción o satisfacción, siéndole todo indiferente.

Sara menciona que cuando la compañera que tenía gustos en común -la lectura y dibujo- se retira del colegio, empieza a sentirse más sola, pues ser diferente para ella era normal, pero ser presionada a trabajar en dúo o compartir en los diversos grupos por presión de los docentes le hacía sentir intranquila, es por ello que dejó de estudiar en el colegio, sus padres no entendían por qué era así, no entendían por qué prefería estar sola y en lugar de entenderla a veces la obligaban a salir a reuniones ya sea en la iglesia o con sus primas, pues siempre le decían “debes de ser más alegre y vivir tu adolescencia socializando con los demás”, pero cada vez que ella asistía a reuniones se sentía estresada por estar rodeada de las personas y en su intento de estar con los demás chicos “por cumplir los estándares que le decían sus padres o docentes” sentía que fracasaba, pues le causaba estrés por estar allí obligadamente, es por ello que pensó en no estar en este mundo.

Posteriormente a estos eventos Sara habla con su madre pues ya no soportaba más, sentía tristeza porque no la comprendían, sentía que no podía estar tranquila en las reuniones familiares, o cuando la enviaban a las reuniones de grupo en la iglesia, al sentirse presionada de estar con las demás personas,

cuando todos sus compañeros hablaban de programas de televisión cuando a ella le era indiferente diciendo “no veo esos programas” y sentía que no era de reír o expresar emociones como los demás lo hacían, sentirse presionada por los demás le generaba ansiedad, ya que en varias oportunidades le han dicho porqué no eres alegre como nosotros, pareces que ni te emocionas y eso la hacía sentir incómoda, pues así era y esas preguntas para ella eran como sentirse obligada a estar con los demás. Con todos estos sucesos Sara empezaba a sentirse triste, irritable y hasta dejaba de comer, a veces le hormigueaba sus manos y el rostro, no sabía lidiar con la presión de socializar a fuerzas, a algo que a ella le desagradaba o le era indiferente, la desesperación le hizo pensar hasta en suicidarse es por ello que a los 14 años decide ir al hospital para entender el problema que estaba pasando.

3.1.3.9 Enfermedades

Ausencia de enfermedades, siempre se recuperaba rápido de malestares comunes como la gripe, fiebres e infecciones al estómago.

3.1.3.10 Desarrollo Psicosexual

La primera menstruación fue a los 10 años, estaba informada por la madre, aunque la sorprendió cuando sucedió, luego todo es normal. Menciona que la mujer debe llegar virgen al matrimonio, que eso hace que un hombre la valore más, además menciona que si ve a parejas homosexuales le es indiferente pues hoy en día las personas deciden lo que desean ser, sin embargo, no está de acuerdo porque Dios ha creado hombre y mujer, pero es decisión de los demás. Recuerda que a fines de la primaria un niño le dijo que

ella le gustaba, pero no le generó emoción alguna. No ha tenido enamorado, tampoco actividad sexual, pero si siente un poco de culpa el que haya visto videos pornográficos a los 6 años ya que eso le había llevado a tener curiosidad acerca del sexo, pero al poco tiempo dejó de interesarle pues menciona que no tiene sentido saber de esas cosas.

3.1.3.11 Área laboral

No ha realizado trabajo alguno, pero sus intereses están en leer obras u otras lecturas de historia o ciencia.

3.1.3.12 Vida Social

Los padres de Sara mencionan que desde pequeña han tenido poca interacción con ella debido ya que se dedicaban mucho al trabajo y se la pasaban la mayor parte del día fuera de casa, asimismo cuentan que los profesores siempre le mencionaban que ella prefería estar sola, cuando ponía a todos los niños juntos ella se retiraba de los juegos e iba al aula para dibujar, leer o pintar. Asimismo, también recuerdan que era poco expresiva, y que cuando la halagaban a ella y a sus trabajos no había reacción alguna como otro niño y que generalmente los abrazos y saludos amicales nunca fueron correspondidos. Cuando había eventos en el colegio ella no mostraba emociones como los demás compañeros de su edad y que prefería no participar en ningún evento social. A toda esta situación Sara se fue sintiendo rara porque no se veía como los demás niños de su edad, porque siempre le decían por qué eres chismosa y no eres como nosotros -eso le dijeron dos compañeritas en la primaria- no era de expresar las emociones y no era de reaccionar

adecuadamente ante las situaciones dentro de la convivencia, como por ejemplo ante los chistes, las bromas entre compañeros y mucho menos abrazar a algún compañero. Hasta recibir elogios por sus altas calificaciones le era indiferente es por ello que los docentes siempre le comentaban eso a sus padres, que era fría y no reaccionaba ante las situaciones como sus demás compañeros y ellos lo dejaban desapercibido. Conforme iba creciendo Sara no quería entablar relaciones cercanas, pues no la disfrutaba, más bien eso le generaba tensión. Ya a inicios de la adolescencia por la presión social Sara quiso imitar ciertos comportamientos de los chicos de su edad (como reír por las bromas), pero le frustraba aún más pues decía no sentirse ella misma, pues forzarse era algo que le ponía ansiosa y se sentía bien estando ella sola.

3.1.3.13 Rasgos de personalidad

La evaluada desde niña ha presentado conductas con preferencia al aislamiento, solía realizar actividades solitarias como leer, escribir o pintar, además, no tenía interés y no le gusta entablar ni conocer gente nueva, pues solo lograba conversar o realizar actividades en grupo cuando era por obligación, como por ejemplo en el colegio y no por conseguir una amistad. En la actualidad muestra rasgos de una personalidad de tipo esquizoide, ya que prefiere actividades solitarias, no tiene interés en tener amistades y tampoco una pareja, no manifiesta sus estados emocionales y afectivos a las personas que la rodean e incluso con sus padres y hermano, mostrándose indiferente ante los halagos y críticas. En ocasiones suele sentirse ansiosa pues la presión social o el sentirse obligada a cumplir los estereotipos de jóvenes de su edad

la llevan a frustrarse, por lo cual tiende a desestimar las relaciones sociales ya que no son de su agrado.

3.1.3.14 Hábitos e intereses

Sara desde pequeña ha tenido un particular interés por dibujar, pintar y leer. Suele leer temas culturales, le gusta leer obras literarias, conocer más de historia y también ha descubierto que le atrae corte y confección, pero desde siempre menciona que las actividades de su agrado siempre lo han realizado sola y que hasta el día de hoy lo prefiere así. A esto también agrega que le gusta crear diseño de ropa y disfruta estando sola leyendo o dibujando.

3.1.4 Historia familiar:

Sara nace en el seno de una familia nuclear, sus padres son casados, fue una niña planificada y deseada por ambos, pero la relación de pareja en la convivencia fue conflictiva en sus inicios, ya que ambos padres no compartían las mismas costumbres y se dedicaban mucho al trabajo, es por ello que muchas veces tenían discrepancias en cuanto a sus conductas, a esto se agrega que el padre venía de una familia tradicional por lo que siempre esperaba ser atendido por la esposa y encontrar un orden y tranquilidad en el hogar. Por otro lado, la madre quien es una persona pasiva se dedicaba a cumplir con las tareas del hogar, trataba de ayudar económicamente en los gastos, sin embargo, menciona que las discusiones eran constantes pues el esposo siempre quería ser atendido, más no ayudaba en la tarea del hogar y siempre mencionaba “llego cansado y lo primero que deseo es encontrar todo en orden y ser atendido como merezco”. Conforme iba creciendo Sara fue

cuidada la mayor parte del tiempo por la abuela y por una tercera persona contratada como nana, es así que ella menciona no haber tenido cariño ni atención de sus padres y que sólo tenían el nombre de padres, más no lo asumían, situación que también sucedía con su hermano, pero él sí era distinto a ella, pues siempre ha sido cercano a ellos e incluso era un poco desobediente. A pesar de vivir solos en su propia casa a veces tenía la visita de la abuela paterna, la cual considera como persona conflictiva pues las veces que llegaba sólo lo hacía para criticar y mencionar siempre que traten y cuiden mucho a su hijo ya que es el que trae el sustento diario, haciendo menos a la madre. Sara menciona que tiene un tío con esquizofrenia y una tía por el lado materno quien tiene los mismos rasgos de personalidad que ella y que también pasó por depresión en su adolescencia, sin embargo, cuando vienen a visitarla igual prefiere estar sola en su cuarto leyendo o viendo algún documental. En cuanto a la parte académica siempre le recordaban que tenía que traer buenas calificaciones y a pesar de que no la ayudaban, lo hacía por sí sola. En el aspecto social los padres tenían muy poca comunicación con ella, pues casi siempre regresaban tarde del trabajo y la encontraban durmiendo, a esto también le suman que salían muy poco a pasear en familia. Durante inicios de su pubertad ambos padres pasaron a ser Testigos de Jehová, y junto con esto su problema de Sara es más evidente, es por ello que la madre deja de trabajar y se dedica más a ella, hasta considera que la religión ha cambiado y mejorado el ambiente familiar.

La relación con su hermano ha sido normal, se llevaban bien, aunque a veces ha surgido desacuerdos o peleas, situación que en sus inicios solo la

llevaba a acusarlo, pero poco a poco fue entendiendo que él también estaba entrando a la pubertad; habían situaciones en la cual su hermano hacía lo que quería, desobedecía a su mamá y ella no entendía por qué su hermano era así, alegre, bromista, un poco rebelde y con intereses sociales, eso también fue otra situación que hacía verse diferente.

La relación con la madre, en sus primeros años de vida hasta terminar su primaria era distante, ya que la madre se dedicaba la mayor parte a trabajar como asistente en una empresa, no la ayudaba en sus tareas de la escuela y casi siempre la encontraba durmiendo; Sara menciona que su madre solía revisar sus tareas cuando llegaba temprano, pero que no hubo situaciones donde recuerde que haya tenido muestras de afecto, situación normal para ella, además veía a su mamá como una persona pasiva con las indicaciones de su papá, pero estricta para darle indicaciones con las tareas de la casa, asimismo muestra una personalidad introvertida. Actualmente la madre de Sara suele ser más empática con su hija, ya que toma interés y comprende las vivencias de la paciente.

El padre de Sara tiene 38 años, es administrador y actualmente participa en la Iglesia "Testigos de Jehová". Richard, es introvertido, callado, serio, e impulsivo, pues para cada situación e indicación que daba dentro de la familia tenía que ser respetada y de no ser cumplida empezaba a gritar y a instigar a todos. La evaluada menciona que la relación con su padre desde pequeña hasta hace un año fue distante, pues no tenía tiempo para ella ni para los demás de su familia, sólo esperaba la atención en cuanto a sus alimentos, orden y

tranquilidad dentro del hogar ya que consideraba que era él quien lo mantenía y debía tener paz y tranquilidad, es por ello que se mostraba autoritario, pero ahora ha cambiado a raíz de entrar a la religión y de entender un poco por la situación que está pasando la paciente.

El hermano de Sara es un niño de 12 años, ambos tienen una relación buena, aunque a veces surge las discrepancias porque él es desobediente y ella lo acusa con sus padres sin tomar en cuenta las represalias que tomarán en casa, diciéndole chismosa. Sara menciona que lo ve como una persona irresponsable y rebelde pues a veces no asume sus tareas del colegio ni las de casa, pero a veces considera que es parte de la adolescencia.

3.1.5 Examen mental

Paciente de sexo femenino, aparenta su edad cronológica de 14 años, con una talla de 1.65 y contextura 70 kg. Aproximadamente, tiene un biotipo normosómico, ya que su peso está acorde en relación a lo establecido de acuerdo a su talla, de tez trigueña, ojos marrones, cabello negro, mediano y lacio, se encuentra vestido acorde a su género, edad, estación del año y nivel socioeconómico, de igual manera, mantiene una higiene y aliño personal adecuado, pues se encuentra peinada y con su ropa limpia. Ingres a consulta con una marcha lenta; mirando a todos lados, durante todo el transcurso de la entrevista se mantiene sentada y con los brazos sobre sus piernas, con postura recta, además, mantiene contacto visual prolongado; muestra facies de preocupación y tristeza, cuando comenta que nadie la entiende, esto es cada vez que sus padres o docente la forzaban a socializar. Asimismo, mueve sus

pies constantemente. Al inicio muestra una actitud soberbia, por lo que respondía de manera cortante las preguntas, sin embargo, a lo largo de la entrevista se muestra colaboradora, ya que responde a todas las preguntas. Por otro lado, se encuentra lúcida y orientada en espacio, tiempo y persona, reconociendo el lugar en donde se encuentra, la fecha y hora, y a sí misma. Presenta una atención sostenida y flexible puesto que mantiene el foco de atención durante toda la entrevista. En relación a la percepción, la evaluada no presenta alteraciones. De igual manera, presenta un pensamiento abstracto, el cual está acorde a su edad, puesto que es capaz de analizar y a su vez realizar inferencias acerca de supuestos y situaciones pasadas, en relación al curso, es coherente y con contenido presenta ideas de culpa, ya que se culpa de lo que le paso en su infancia y en alguna oportunidad por no ser sociable como los demás. En cuanto a la memoria, muestra buena capacidad para evocar sucesos recientes y pasados. También, el lenguaje es articulado, fluido, rítmico y de tono bajo. Asimismo, en la afectividad, evidencia estado de ánimo triste y ansioso, al comentar acerca de su estado actual.

Listado de signos y síntomas

Signos:

Sexo femenino.

Aparenta edad cronológica.

Biotipo normosómico.

Vestimenta acorde al género, edad, estación y nivel socioeconómico

Adecuado aliño e higiene personal.

Marcha lenta

Se mantiene sentada con los brazos sobre sus piernas

Postura recta.

Contacto visual prolongado.

Facies de tristeza

Actitud colaboradora.

Lúcida

Orientado persona, tiempo y espacio

Atención sostenida y flexible

Percepción sin alteración.

Pensamiento abstracto, de curso coherente

Memoria reciente y remota conservadas.

Lenguaje articulado, rítmico, fluido y de tono bajo.

Afectividad: estado de ánimo triste

Síntomas:

Tensión muscular

Dificultad para conciliar el sueño

Cefaleas

Dificultad para concentrarse en sus actividades

Dejó la escuela por hace casi 5 meses

Preferencia por actividades solitarias

Frialdad emocional

No acepta ni da muestras de afecto

Evita contacto físico

Aumento de sueño
Fatigabilidad
Rendimiento académico adecuado
Llanto
Tristeza patológica
Rumiaciones
Hace dos meses: ideas de culpa

3.1.6 Listado de síndromes

Síndrome Depresivo

Síndrome Ansioso

3.1.7 Aproximación diagnóstica

F32.11 Episodio depresivo Moderado, con Síndrome Somático

Rasgos de Personalidad Esquizoide

3.2 Informe psicológico

3.2.1 Datos de filiación

Nombres y apellidos	: Sara
Edad	: 14 años
Fecha de nacimiento	: 30/05/2003
Lugar de nacimiento	: Lima
Escolaridad	: 3ero de Secundaria
Número de Hermanos	: 1 hermano
Lugar que ocupa	: Hija mayor
Lugar de residencia	: Callao
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Testigo de Jehová
Motivo de consulta	:Área de Inteligencia, Personalidad, Afectividad, Emotividad
Evaluador	: Betty Luz Sánchez Llontop
Técnicas Utilizadas	: Observación y Entrevista
Instrumentos utilizados	: Anamnesis psicológica Cuestionario de Depresión Infantil Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad Inventario Clínico de Millon para Adolescentes (MACI)

3.2.2 Motivo de consulta

Paciente acude por primera vez a consulta, acompañada de su madre y refiere: “decidí venir a psicología porque soy consciente de que no estoy bien y esto lo he percibido estas dos últimas semanas. Primero le cuento que desde muy pequeña me he sentido distinta a los demás y que nadie me comprende, no sé cuál será la razón, pues mis padres y hermano son personas comunes, es decir no tienen problemas como yo, nunca he tenido interés alguno en socializar o relacionarme con los demás, por tal motivo no he tenido compañeros y mucho menos amigos. Todo esto hace que me sienta demasiado diferente, no encajando con los estereotipos de la sociedad, lo cual me causa mucha desesperación ante la presión que me ponen para socializar, lo cual me genera tristeza, frustración, lloro porque intento hacerme entender que soy distinta, pero veo que no lo consigo, llegando a estresarme y me causa mucha fatiga ya que no me da ganas de hacer ninguna actividad, pues no logro concentrarme, es así que me la paso durmiendo. Además, nunca he logrado sentir que es la felicidad, alegría u otra emoción, solo he podido sentirme cómoda como, por ejemplo, cuando leo, en especial acerca de literatura, arte e historia o también cuando dibujo o hago diseño de ropa. De igual forma, toda muestra de afecto me es indiferente, no me causa ningún placer o emoción. Por otro lado, a veces me critico por cada cosa que no realizo bien, lo cual me generaba malestar. Asimismo, un hecho que me causaba ansiedad era recordar un evento que sucedió en mi infancia, el cual fue ver pornografía por parte de mi niñera, por esta razón es que, durante un tiempo, sentí la necesidad de ver este tipo de videos, sin embargo, actualmente ya desapareció, pues me di cuenta de que no estaba bien y además, no había finalidad alguna de hacerlo,

ya que no me causaba algún tipo de placer”. Por otro lado, la madre refiere: “mi hija desde muy pequeña siempre ha tenido preferencia por actividades solitarias, recuerdo que la profesora me comentó, que Sara de pequeña no jugaba con sus compañeritos del nido, se quedaba en el salón de clases pintando o a veces solo se acomodaba a leer en su carpeta; lo cual coincidía con lo que me dijo más adelante otra profesora en primaria. También, he notado que ella es muy ‘fría’, no le gusta que la toquen, ni si quiera para un abrazo o beso, es como si fuera indiferente con las personas que la quieren, así como son casi nulas las veces las que la he visto feliz, además, Sara no continua con sus estudios, pues no logró adaptarse con sus compañeros”.

3.2.3 Observaciones generales y de conducta

Paciente de sexo femenino, aparenta su edad cronológica de 14 años, con una talla de 1.65 y contextura 70 kg. Aproximadamente, tiene un biotipo normosómico, ya que su peso está acorde en relación a lo establecido de acuerdo a su talla, de tez trigueña, ojos marrones, cabello negro, mediano y lacio, se encuentra vestido acorde a su género, edad, estación del año y nivel socioeconómico, de igual manera, mantiene una higiene y aliño personal adecuado, pues se encuentra peinada y con su ropa limpia. Ingresa a consulta con una marcha lenta; mirando a todos lados, durante todo el transcurso de la entrevista se mantiene sentada y con los brazos sobre sus piernas, con postura recta, además, mantiene contacto visual prolongado; muestra facies de preocupación y tristeza, cuando comenta que nadie la entiende, esto es cada vez que sus padres o docente la forzaban a socializar. Asimismo, mueve sus pies constantemente. Al inicio muestra una actitud soberbia, por lo que

respondía de manera cortante las preguntas, sin embargo, a lo largo de la entrevista se muestra colaboradora, ya que responde a todas las preguntas brindando información bastante detallada de los episodios traumáticos que paso. Por otro lado, se encuentra lúcida y orientada en espacio, tiempo y persona, reconociendo el lugar en donde se encuentra, la fecha y hora, y a sí misma. Presenta una atención sostenida y flexible puesto que mantiene el foco de atención durante toda la entrevista. En relación a la percepción, la evaluada no presenta alteraciones. De igual manera, presenta un pensamiento abstracto, el cual está acorde a su edad, puesto que es capaz de analizar y a su vez realizar inferencias acerca de supuestos y situaciones pasadas, en relación al curso, es coherente y con contenido presenta ideas de culpa, ya que se culpa de lo que le paso en su infancia y en alguna oportunidad por no ser sociable como los demás. En cuanto a la memoria, muestra buena capacidad para evocar sucesos recientes, así como acontecimientos pasados. También, el lenguaje es articulado, fluido, rítmico y de tono bajo. Asimismo, en la afectividad, evidencia estado de ánimo triste y ansioso, al comentar acerca de su estado actual.

3.2.4 Análisis de resultados

En el área de Personalidad, La evaluada desde niña ha presentado conductas con tendencia al aislamiento, solía realizar actividades solitarias como leer, escribir o pintar, además, no tenía interés y no le gusta entablar ni conocer gente nueva, pues solo lograba conversar o realizar actividades en grupo cuando era por obligación, como por ejemplo en el colegio y no por conseguir una amistad. En la actualidad denota rasgos de una personalidad de

tipo esquizoide, esto es que prefiere actividades solitarias, no tiene interés en tener amigos, no tiene interés en tener pareja, no manifiesta sus estados emocionales y afectivos a las personas que la rodean e incluso con sus padres y hermano, mostrándose indiferente ante los halagos y crítica. En ocasiones suele sentirse ansiosa pues la presión social o el sentirse obligada a cumplir los estereotipos de jóvenes de su edad la llevan a frustrarse, por lo cual tiende a desestimar aún más las relaciones sociales ya que no son de su agrado.

En el área de Afectividad, la evaluada impresiona mantener un nivel de depresión moderada, ya que, desde hace más de 6 meses a raíz de la presión por parte de su entorno por no tener los mismos gustos, preferencias, ha empezado a sentirse triste e irritable, por lo que a veces llora, de frustración al sentir que no la entienden y no la comprenden. Además, casi todos los días suele sentir mucho cansancio para realizar sus actividades cotidianas, y a su vez actividades que le generan placer como leer, escribir o dibujar. También, lo cual afecta su rendimiento escolar, por tal razón dejó el colegio. Asimismo, ha habido variaciones en cuanto a su sueño, ya que le cuesta conciliar el sueño, por las rumiaciones que tiene, como por ejemplo si ella tiene la culpa de no gustarle lo mismo que los demás. Todo lo expuesto ha traído como consecuencia que Sara, no logre concentrarse en sus clases, así como una disminución gradual de su rendimiento escolar, por lo que sus padres decidieron que deje el año escolar para así empezar cuando este más estable anímicamente.

En el área de Emotividad, la evaluada mantiene un nivel de ansiedad moderada, pues a raíz de la frustración que siente por la presión de su entorno, desde hace un mes ha empezado a sentirse tensionada, con fuertes cefaleas que le impiden realizar actividades, por lo que usualmente tiende a dormir para que le pase el dolor. Además, indica que no se siente calmada la mayor parte del tiempo, pues por lo general está pensando en que excusa o que decir para no participar en actividades sociales o unirse a grupos, por lo que también ha presentado sudoración de manos, lo cual afectó principalmente su rendimiento escolar.

3.2.5 Conclusiones

En el área de Personalidad, la evaluada denota rasgos de personalidad esquizoide, lo cual afecta a su desenvolvimiento en el ámbito personal, social, familiar y académico.

En el área de Afectividad, la evaluada impresiona mantener una depresión de intensidad moderada, afectando su desenvolvimiento cotidiano y académico.

En el área de Emotividad, la evaluada presenta un nivel de ansiedad moderado, afectando así su desenvolvimiento en las áreas personal, familiar y social.

3.2.6 Recomendaciones

Terapia Cognitivo- Conductual

Interconsulta en Psiquiatría

CAPITULO IV : PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

4.1 Justificación

De acuerdo con la información recopilada durante el proceso de evaluación, la paciente presenta dificultades en el área afectiva, encontrándose un nivel Moderado de depresión el cual, como postula Beck (2010) se puede explicar a través de tres supuestos: la tríada cognitiva, los esquemas y, los errores cognitivos. Por un lado, la triada cognitiva se basa en la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Del mismo modo, se encuentran los esquemas; y Beck (2010) los define como patrones cognitivos relativamente estables que determinan el modo como se estructuran las experiencias. Por último, los errores cognitivos son los pensamientos negativos que se mantienen a pesar de la existencia de evidencias contrarias. Es así que, en el presente caso, Sara se atribuye la culpa porque no la comprenden cuando no desea relacionarse con los demás, porque sus padres le dicen que debería ser como los demás chicos de su edad, porque sus padres la obligan a tener amistades, por lo que en una ocasión pensó que debería dejar de existir para así no tener presión por los de su entorno, incluyendo a su propia familia, además se siente con poca motivación y energía para realizar sus actividades. Asimismo, la tensión se refleja en dolores musculares y dolores de cabeza.

Por lo expuesto anteriormente, se cree conveniente iniciar el proceso terapéutico mediante el uso de técnicas cognitivo-conductuales, las primeras están determinadas por la importancia de la psicoeducación, seguido la paciente podrá identificar sus pensamiento automáticos y así logre evaluarlos, validarlos y modificarlos, luego se pasa a descubrir sus creencias intermedias y nucleares ya que con ello será posible identificar sus distorsiones cognitivas y trabajar con ellas para llegar a reemplazarlas por pensamientos adaptativos que le permitan un mejor desarrollo en su vida social, familiar, académico y personal. Además, se hará uso de técnicas conductuales con la finalidad de planificar actividades que sean de su agrado y que puedan ayudar a que su estado de ánimo y energía mejore. Por último, se va a trabajar la técnica de solución de problemas y toma de decisiones, así como la implementación de técnicas de relajación y entrenamiento en habilidades sociales.

4.2 Objetivos

4.2.1 Objetivo general

Mejorar el estado afectivo de la paciente mediante la identificación y modificación de sus pensamientos distorsionados, instaurando nuevas formas de pensar, de carácter flexible, lógico y racional, asimismo aprender habilidades sociales para así lograr una mejor adaptación en su ámbito familiar, social, académico y personal.

4.2.2 Objetivos específicos

Psicoeducar a la paciente respecto a su problemática actual, todo esto desde la perspectiva Cognitiva Conductual, describiendo los componentes que se encuentran implicados en esta.

Disminuir sus niveles de ansiedad a través de la respiración abdominal y muscular.

Lograr que la evaluada identifique y establezca la relación entre situación, pensamiento, emociones y conductas, a través de la técnica de columnas paralelas.

Conseguir que la paciente conozca e identifique los tipos de errores en el procesamiento de la información a través del diálogo expositivo y la escucha activa.

Conseguir que la paciente logre controlar sus cogniciones a través de la técnica de reestructuración cognitiva.

Lograr que la paciente disminuya el sentimiento de culpa mediante la técnica de reatribución.

Fomentar en la paciente actividades que le proporcionen satisfacción y contrarresten los pensamientos negativos acerca de su funcionabilidad a través de la técnica de programación de actividades.

Incorporar en la paciente actividades que logre realizar eficazmente y a su vez sean de su satisfacción, a través de la técnica de dominio y agrado.

Aprender habilidades para relacionarse con los demás, promover la capacidad para resolver los conflictos de la vida diaria.

Disminuir la ansiedad asociada a la incapacidad para tomar decisiones a través de la técnica de solución de problemas.

4.3 Metodología

Se estableció la alianza terapéutica entre la paciente y terapeuta, en donde se comprometieron a participar activamente durante el proceso de psicoterapia.

El desarrollo de la terapia se llevó a cabo en aproximadamente 18 sesiones, en las cuales 15 eran de tratamiento y 3 de seguimiento, cada sesión tuvo una duración de 45 minutos, una vez por semana, en donde se aplicaron las técnicas del enfoque Cognitivo-Conductual como la psicoeducación, para que la paciente conozca más a fondo acerca de la problemática actual, las técnicas de relajación, para que Sara logre disminuir la sintomatología ansiosa que interfiere con su funcionalidad. Además, se empleó la técnica de columnas paralelas, con la finalidad de que la paciente logre identificar sus pensamientos, emociones y conductas. Posteriormente logró identificar, debatir y modificar las creencias irracionales que influyen de forma negativa en la manera de sentir y actuar del paciente.

Asimismo, se le entrenó para que logre identificar y controlar sus cogniciones por sí misma a través de la reestructuración cognitiva, también se emplearon las técnicas de programación de actividades y dominio y agrado, de

manera que le proporcionaron satisfacción, despejándola de los pensamientos negativos. Finalmente, se le entrenó en habilidades sociales para mejorar su desenvolvimiento, promoviendo la mejora en las relaciones interpersonales y técnicas de solución de problemas, así como para prevenir recaídas y lograr los objetivos propuestos.

4.4 Análisis funcional

ANTECEDENTE	RESPUESTA	CONSECUENCIA
<p style="text-align: center;"><u>EXTERNO</u></p> <p>Cuando la obligan a juntarse con otras personas</p> <p style="text-align: center;"><u>INTERNO</u></p> <p>Cuando piensa en que tiene que socializar más</p>	<p>Cognitivo</p> <p><u>Pensamiento Automático</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Yo soy así” • “Mejor me voy” • “Seguro no les caeré bien, porque a mí no me agradan” • “porque me obligan a trabajar en grupo, yo no soy así” <p><u>Creencia intermedia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “No me agradan, yo tampoco porque dicen que soy rara” • “Deberían de aceptarme tal y como soy y no presionarme” <p><u>Creencia Nuclear</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Soy así, <p>Afectivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Cólera <p>Fisiológica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tensión muscular • Llanto (de cólera) 	<p style="text-align: center;"><u>EXTERNO</u></p> <p>Evitar la situación</p> <p>Salir del lugar</p> <p style="text-align: center;"><u>INTERNO</u></p> <p>Tratar de pensar en otra cosa</p> <p>Pensar en los amigos cercanos que tiene y la quieren</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Sudoración en las manos <p>Conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquietud motora (movimiento de piernas) <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Latencia: Inmediato ➤ Frecuencia: Cuando se presenta el estímulo ➤ Intensidad: 9/10 	
--	---	--

ANTECEDENTE	RESPUESTA	CONSECUENCIA
<p style="text-align: center;"><u>EXTERNO</u></p> <p>Escuchar a sus compañeros hablar de ella</p> <p style="text-align: center;"><u>INTERNO</u></p> <p>Recordar la ocasión que la pusieron a trabajar en grupo, le dijeron creída y sus compañeros la dejaron de lado.</p>	<p>Cognitivo</p> <p><u>Pensamiento Automático</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Sé que les caigo mal a todo el mundo” • “seguro siempre hablan mal de mi porque no me gusta reunir en grupo” <p><u>Creencia intermedia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Se que soy diferente” • “Deberían respetar mi posición” • “Ser diferente es algo terrible cuando te obligan a trabajar en grupo, aunque yo me sienta bien conmigo misma” • “Trabajar sola es mucho mejor” <p><u>Creencia Nuclear</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Soy así” <p>Afectivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Ansiedad 	<p style="text-align: center;"><u>EXTERNO</u></p> <p>Aislarse para pasar desapercibida</p> <p>Continúo con mis actividades</p> <p>Evitar comunicarse con los amigos</p> <p style="text-align: center;"><u>INTERNO</u></p> <p>Pienso que tal vez escuché mal y me pongo a trabajar pensando en que ya me quiero ir, no los soporto y que piense eso de mí, me da igual</p>

	<p>Fisiológica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tensión muscular • Sudoración <p>Motora</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquietud motora <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Latencia: Inmediata ➤ Frecuencia: Cuando se presenta el estímulo ➤ Intensidad: 8/10 	
--	--	--

ANTECEDENTE	RESPUESTA	CONSECUENCIA
<p><u>EXTERNO</u></p> <p>Cuando sus padres le insisten que socialice con otras personas</p> <p><u>INTERNO</u></p> <p>Cuando recuerda que sus padres la comparan con otros chicos</p>	<p>Cognitivo</p> <p><u>Pensamiento Automático</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “no lo lograré” • “porque me insisten tanto” • “no los aguanto” <p><u>Creencia intermedia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Deberían dejarme tranquila, que me obliguen ser como los demás chicos de mi edad es un problema” • “Si fuera más sociable, mis padres no me obligarían a eso” • “Me tiene que gustar lo mismo que a otros para ser feliz” <p><u>Creencia Nuclear</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “me siento bien sola” <p>Afectivo</p>	<p><u>EXTERNO</u></p> <p>Evitar hablar con sus padres</p> <p>Evitarlos cuando los ve</p> <p><u>INTERNO</u></p> <p>Cuando imagina que si hace actividades con otras personas le dejaran de insistir</p> <p>Recordar que sus padres se alegraron cuando hablaba con una compañera</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Ansiedad <p>Fisiológica</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tensión muscular <input type="checkbox"/> Sudoración <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <p>Conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquietud motora <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Latencia: Inmediata ➤ Frecuencia: Cuando se presenta el estímulo ➤ Intensidad: 8/10 	
--	---	--

4.5 Procedimiento

Sesión N° 1

Fecha: 03-09-2018

Objetivos de la sesión:

- ψ Psicoeducar a la paciente respecto a su problemática actual, todo esto desde la perspectiva Cognitiva Conductual, describiendo los componentes que se encuentran implicados en esta.
- ψ Fortalecer la Alianza Terapéutica

Técnicas:

- Diálogo expositivo
- Alianza Terapéutica
- Psicoeducación

Descripción de la sesión:

Se inicia el proceso terapéutico, dándole la bienvenida a la paciente y felicitándola por haber tomado la decisión de continuar, asimismo se le explica los objetivos de la sesión, posteriormente se prosiguió con el desarrollo del contenido:

T: Buenas Tardes Sara, ¿Cómo has estado durante estos últimos días?

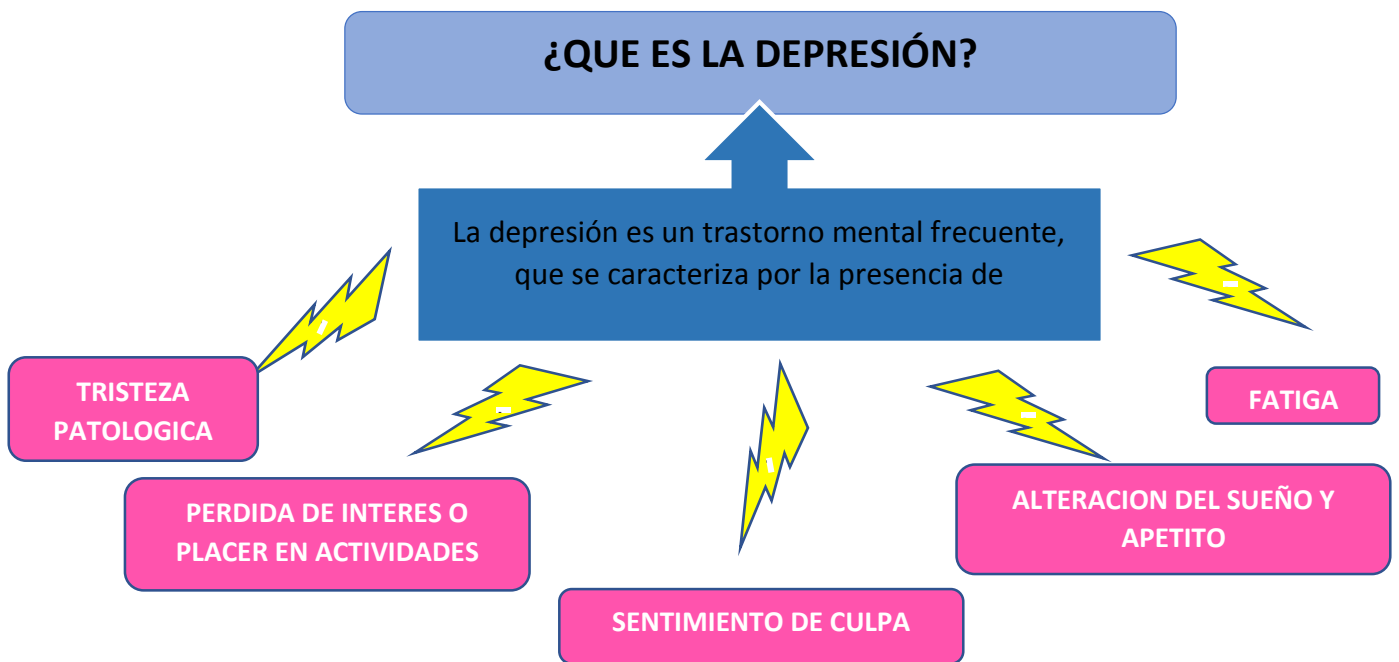
P: Sigo un poco decaída, pero debo decirte que no tanto como antes, pues el hecho de saber que ya empezaremos con la terapia me agrada y más porque podré lograr sentirme mejor y entender lo que me está pasando.

T: Me parece perfecto que esto te motive a iniciar la terapia, pues verás que poco a poco lograrás lo que te propongas. Justamente hoy voy a explicarte un poco de qué se trata esta tristeza que has mantenido desde hace un tiempo atrás.

P: si, está bien, eso es lo que quiero.

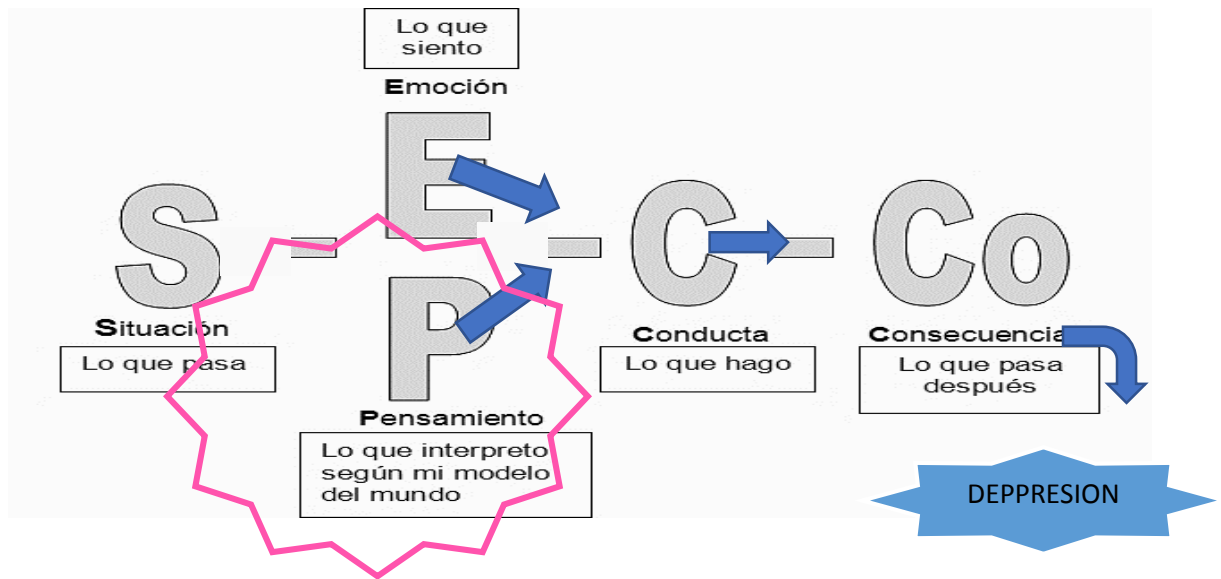
T: A través de la evaluación, he podido llegar a la conclusión que lo que estas atravesando es una depresión moderada, lo cual, aunque no lo creas es muy común, por lo que no tienes que sentirte menos, ya que, hay que tener en cuenta que muchas personas han podido pasar por algo similar en algún momento. Ahora, el término depresión moderada se emplea porque engloba y explica los diversos síntomas que estas presentando.

Se explica a la paciente en que consiste la depresión, bajo el modelo cognitivo conductual



AFECTIVOS	Tristeza, Apatía, Ansiedad, Irritabilidad
COGNITIVOS	Dificultades de atención, memoria, ideas de minusvalía, culpa
MOTORES	Pasividad, Aislamiento, lentitud o agitación
FÍSICO	Insomnio o hipersomnia, pérdida o aumento de apetito, cansancio, dolor de cabeza, tensión muscular
FISIOLOGICO	Dolor estomacal, Sudoración, Temblores, Taquicardia

T: Ahora, presta atención al siguiente gráfico, por favor



T: Como te has dado cuenta, nosotros solemos actuar en base a lo que estamos pensando de las circunstancias, no por la situación en sí. Con lo explicado, ¿se entiende mejor qué es la depresión?

P: Sí doctora, ahora está más claro.

T: Perfecto Sara. ¿Te ha quedado alguna duda?

P: No doctora, está bastante claro lo que me acaba de explicar, y es cierto, la tristeza muchas veces suele presentarse por mis pensamientos que surgen porque no me agrada estar en grupo y por ello reconozco que aparecen dichos síntomas.

T: Si, es por eso que en las siguientes sesiones centraremos nuestra atención en tus pensamientos, pues según lo que hemos conversado, esto no solo te genera tristeza sino también estrés, es así que también aprenderás estrategias en donde logres relajarte por sí misma.

P: Eso es algo que también me gustaría aprender, para así disminuir la tensión o los dolores de cabeza que a veces tengo.

T: entonces con más detalle continuaremos la siguiente sesión, ¿te parece?

- También se le preguntó a la madre si había alguna pregunta y manifestó lo siguiente:
- M: Psiquiatría nos habló de ese trastorno, pero usted acaba de darnos una explicación bastante amplia y entendible acerca del problema. Mi esposo también debería de participar, pero él está trabajando ahora, aunque de todas maneras le explicaré y la próxima cita lo traeré.
- T: me parece bien señora, ya que la participación del padre es bastante importante, bueno ¿tiene algo más que agregar?
- M: bueno, algunos signos de lo que usted menciona, es lo que está viviendo mi hija, en las primeras evaluaciones se estaba encerrando mucho en su cuarto e incluso ha dejado el colegio y eso me preocupa, aunque por otro lado me siento tranquila porque la veo comprometida con el tratamiento psicológico...bueno no se preocupe doctora, mi esposo y yo apoyaremos a nuestra hija con sus indicaciones. Muchas gracias por la ayuda.

P: Estoy para ayudar en lo que necesiten, ya nos estaremos viendo en la siguiente cita, acompáñenme por favor.

Se concluyó la sesión felicitándola por su participación y explicándole a la madre, cómo será el abordaje con la paciente.

Conclusión:

Se logró alcanzar los objetivos propuestos, pues se logró explicar la depresión a través del Modelo cognitivo conductual.

Sesión N° 2

Fecha: 10-09-2018

Objetivos de la sesión:

ψ Aprender y aplicar técnicas de relajación con la respiración diafragmática en las situaciones que le generen ansiedad.

Técnicas:

- Diálogo expositivo
- Psicoeducación
- Técnicas de respiración

Descripción de la sesión:

T: Hola Sara, buenas tardes ¿cómo estás?, ¿Qué tal te ha ido esta semana?

P: Doctora, buenas tardes, estoy bien, tranquila pues ya regresaré al colegio, espero me vaya bien.

T: Que bueno que retomes tus estudios, felicitaciones Sara. Y por qué dices que esperas que te vaya bien, ¿a qué te refieres?

P: Es que no quiero sentirme presionada a ser como los demás, creo que eso me pone un poquito tensa

T: que es lo que te pone un poquito tensa

P: pues que me digan: “tienes que ser como tus amigos”, “tienes que socializar, así como ellos”, que los profesores les digan a mis padres que me comporte “raro” y que debo ser como mis demás compañeros.

T: ¿eso te molesta?

P: No me molesta ser como soy, pero no quiero sentirme presionada por los demás, aunque mi mamá ya le dice a mi papá: déjala que haga sus cosas a su

manera y aunque a mi papá le gustaría que participe en todo -situación que no me llama la atención-, está colaborando con lo que usted ha dicho.

T: Bueno, poco a poco irán colaborando. Por otro lado, me parece bien que identifiques situaciones que te generan tensión, pues bien; ahora realizaremos Técnicas de relajación, y para ser específica realizaremos la técnica de respiración Diafragmática para que lo puedas aplicar en situaciones que te generen ansiedad, estrés, o alguna preocupación que te incomoda, como en la situación que me acabas de mencionar, ¿te parece? presta atención para que conozcas y luego apliquemos juntas alguna de estas técnicas.

Y bueno esta técnica lo puedes realizar en el momento que tú lo requieras de modo que así puedas relajarte. Antes de comenzar, ¿quisiera saber si tienes alguna contracción muscular, algún dolor o alguna enfermedad cardiaca, hipertensión o alguna afección médica?

P: no, ninguno

T: Perfecto Sara, entonces empecemos, pero primero respira, quiero ver cómo lo haces.

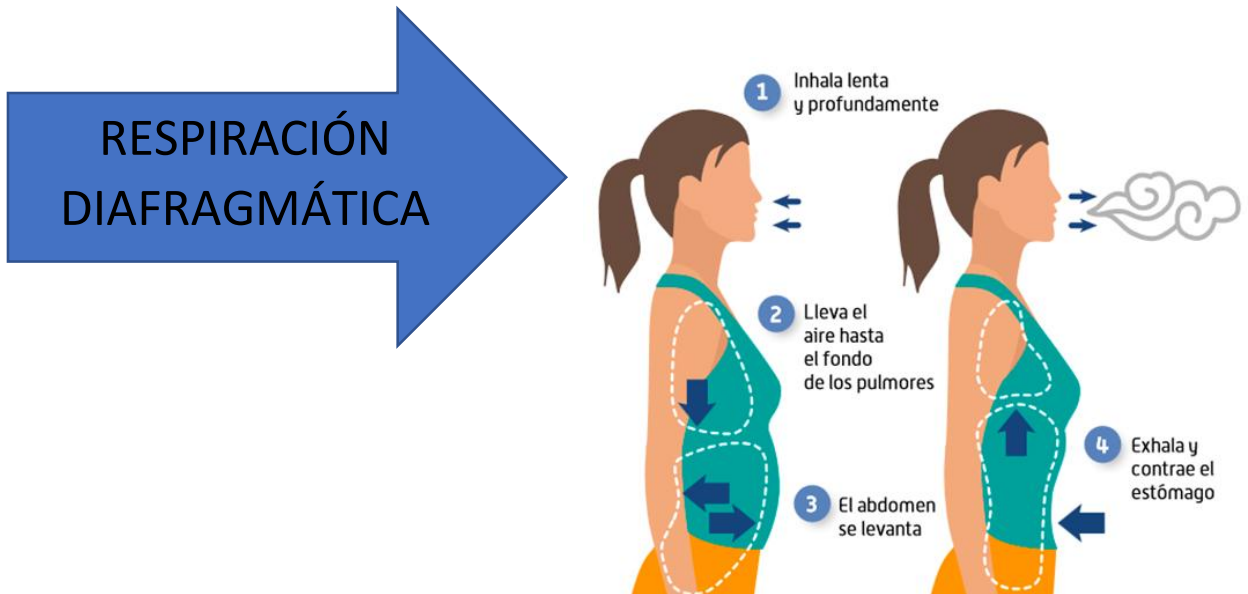
P: está bien, ...(empieza a respirar)

T: Tú sabes ¿cómo respiran los bebés?

P: conozco algo, ellos inflan bien su barriga

T: así es, desde un modo natural se respira con el diafragma, que está a la altura de lo que mencionas, bueno hoy lo pondremos en práctica. Lo que tenemos que hacer es inhalar a través de la nariz, mantener el aire por unos 6 segundos a la altura que te voy a señalar y luego expulsas el aire a través de la boca haciendo en forma de "O" y de manera lenta. Primero lo haré yo, y luego tú, así que observa:

P: está bien doctora



T: ahora que ya me has observado, vamos a empezar, primero pasaremos a medir las pulsaciones



1. Vamos a sentarnos cómodamente, pégate al espaldar de la silla

2. Tus piernas en manera recta
3. Puedes cerrar los ojos si es que te sientes más cómoda.
4. Coloca tus manos sobre el diafragma si es que deseas y si no en tus piernas, como gustes.

T: Bueno, mediremos tu pulsación, (se le tuvo que ayudar porque no encontraba el lugar exacto)

P: Gracias doctora, tengo 38 que multiplicado por 2 sería 76.

T: ¿y de ansiedad cuanto le pones?

P: de 5 a 6

T: Está bien Sara, ahora iniciemos la técnica, ya sabes si gustas cierra los ojos y coloca tus brazos donde te sientas cómoda. Ya, vamos a ver si podemos disminuir esas pulsaciones. Ten en cuenta que tal vez los diversos ruidos que hay a nuestro alrededor solo disminuya un poco tus pulsaciones. Vamos a concentrarnos. ¿Lista?

P: Lista doctora.

T: Empecemos



ETAPA INICIAL		ETAPA FINAL	
PULSACIONES	USA	PULSACIONES	USA
76	5 a 6	70	3 a 4

T: Cómo hemos podido ver tus pulsaciones han disminuido, ¿cómo te has sentido?

P: Me siento como más tranquila, como más relajada, libre.

T: Imagínate si lo practicas antes de dormir, podrías dormir plácidamente.

P: Si, doctora. Y eso lo puedo hacer antes de salir de mi casa también.

T: Claro Sara, cuando lo creas conveniente, en los momentos que te sientas un poco tensa.

P: Ya doctora, está bien.

T: Bueno aquí nos quedamos, hasta una próxima sesión, ahora me acompañas para sacar la próxima cita.

P: Está bien doctora, vamos.

Conclusión:

Se alcanzaron los objetivos planteados

Sesión N° 3

Fecha: 17-09-2018

Objetivo de la sesión:

- ψ Conseguir que la paciente conozca e identifique los tipos de errores en el procesamiento de la información a través del diálogo expositivo y la escucha activa.

Técnicas:

- Diálogo expositivo
- Psicoeducación

Descripción de la sesión:

Paciente asiste acompañada de su mamá a lo cual se le felicita por el constante apoyo para el progreso de Sara.

T: Hola Sara, ¿cómo has estado?

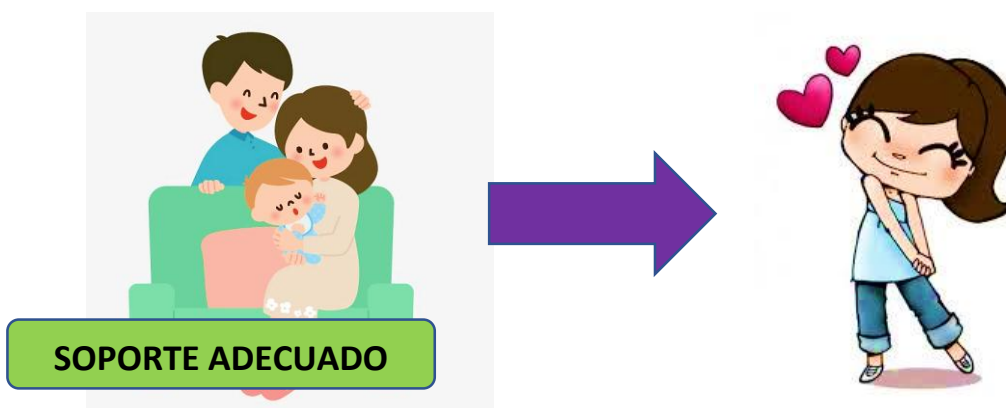
P: bien, estas semanas me he sentido mucho mejor, he aplicado las técnicas de respiración antes de dormir, he estado más tranquila, también estoy conversando más con mis padres y expreso mis deseos.

T: qué bueno, imagino que eso te genera más tranquilidad

P: si, ahora estoy mejor por eso, siento que mis padres ahora me dan el soporte que necesitaba para estar tranquila.

T: Claro, como en todo caso, el apoyo de la familia es muy importante, y eso se refleja en tu caso y en tu mejoría. Ahora el soporte familiar, como sabemos no sólo involucra cosas materiales sino también el amor que nos dan nuestros, y a su vez la atención y comunicación que recibimos.

P: eso es lo que necesitaba, un poco de comprensión. Le cuento que hoy casi no llego pues confundí la cita, pensé que era para mañana, pero mi mamá me hizo revisarlo pues ella tenía la seguridad de que era hoy y bueno así fue



T: a veces suele pasar, lo importante es que estás aquí, posteriormente te ayudaré a que te organices un poco con los horarios, eso es parte del programa

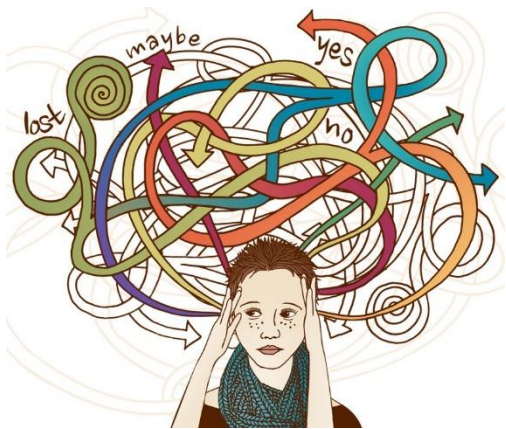
de tratamiento, pero para llegar a eso primero vamos a realizar temas previos a eso.

P: está bien doctora

T: bien, hoy te voy a explicar algunos errores que existen cuando pensamos.

P: ¿errores de pensamiento?

T: Así es. Se pasó a explicar acerca de las distorsiones cognitivas y los tipos que existen.



Las distorsiones cognitivas son **errores** que comete nuestro **pensamiento** de manera sistemática, al procesar la información que proviene de todo aquello que nos rodea

Filtraje	pensamiento polarizado	sobregeneralización	interpretación de pensamiento	visión catastrófica
<ul style="list-style-type: none">Se toman los detalles negativos y se magnifican mientras que no se filtran todos los aspectos positivos de la situación	<ul style="list-style-type: none">Las cosas no son blancas o negras, buenas o malas. No existe término medio	<ul style="list-style-type: none">Se extrae una conclusión general de un simple incidente o parte de la evidencia.	<ul style="list-style-type: none">Sin mediar palabras, la persona sabe qué sienten los demás y por qué se comportan de la forma en que lo hacen	<ul style="list-style-type: none">Se espera el desastre

personalización	falacia de control	falacia de justicia	culpabilidad	debería
<ul style="list-style-type: none"> La persona que los sufre cree que todo lo que la gente hace o dice es alguna forma de reacción hacia ella. También se compara con los demás 	<ul style="list-style-type: none"> Si se siente controlado (impotente), se ve desamparado, como una víctima del destino. La falacia de control interno convierte a la persona en responsable del sufrimiento o de la felicidad de aquellos que le rodean 	<ul style="list-style-type: none"> La persona está resentida porque piensa que conoce qué es la justicia, pero los demás no están de acuerdo con ella. 	<ul style="list-style-type: none"> La persona mantiene que los demás son los responsables de su sufrimiento, o toma el punto de vista opuesto y se culpa a sí mismo de todos los problemas ajenos. 	<ul style="list-style-type: none"> La persona posee una lista de normas rígidas sobre cómo deberían actuar tanto ella como los demás.

T: ahora que hemos podido ver los tipos de distorsiones, ¿crees que puedas reconocer cuales son los pensamientos más usuales en ti?

P: Tal vez puede ser, por ejemplo, cuando a veces mis padres piensan que hago las cosas mal, y es que a veces me dicen que lo haga de otro modo (en pequeñas cosas) como cuando voy a realizar un trabajo del colegio, me dicen ¿por qué no utilizas otros materiales?, o me dicen: “buscas los más complicados”, es allí donde pienso que me puede salir mal las cosas. En el colegio, cuando dejan trabajos en grupo, le digo al maestro que puedo hacerlo mejor sola y pienso que me va a decir “deberías hacerlo en grupo”. Y bueno tal vez si fuera sociable -cosa que a mí no me gusta- pero sí “como mi papá quiere” quizás no me sentiría tan presionada.

T: bien

P: me parece que eso que acabo de mencionarle son de los debería, filtraje, culpa y visión catastrófica.

T: cuando tengas esos pensamientos, es decir que te hayan pasado en algún momento, los anotas. Vamos a ir registrando esos pensamientos y lo vamos a trabajar.

P: interesante, está bien, lo traeré en mi agenda, ¿estaría bien?

T: perfecto, entonces nos vemos la próxima sesión.

Madre: Ingresa y manifiesta que su hija está bastante mejor, que ha retomado la lectura y a veces escucha música.

Conclusión:

Se logró parcialmente los objetivos de la sesión, y se recalcó la asistencia con puntualidad a las citas.

Sesión N° 4

Fecha: 24-09-2018

Objetivo de la sesión:

ψ Explicar la relación entre situación, emoción, conducta y pensamiento.

Técnicas:

- Diálogo expositivo
- Columnas paralelas

Descripción de la sesión:

Buen día Sara, que bueno que seas puntual y persistente a las citas, bien vamos a continuar con el proceso terapéutico,

T: Hola Sara, ¿cómo has estado?

P: bien, en el colegio me está yendo muy bien, al inicio me costó asimilar mi nuevo entorno, tengo algunas compañeras con las que estoy interactuando, y en cuanto a las calificaciones estoy bien.

T: qué bueno que estés estudiando, y que te sientas cómoda.

P: si, la verdad que al inicio me pareció muy extraño el hecho de conocer y que se acerquen mis compañeros a conversar, porque como ya le había comentado antes, no me gusta socializar y me es indiferente, pero sin embargo lo hago.

T: si claro, hace unos meses atrás me comentaste que el hecho de socializar te era indiferente, que ni te causaba algún placer y por el contrario que no te agradaba, ¿cierto?

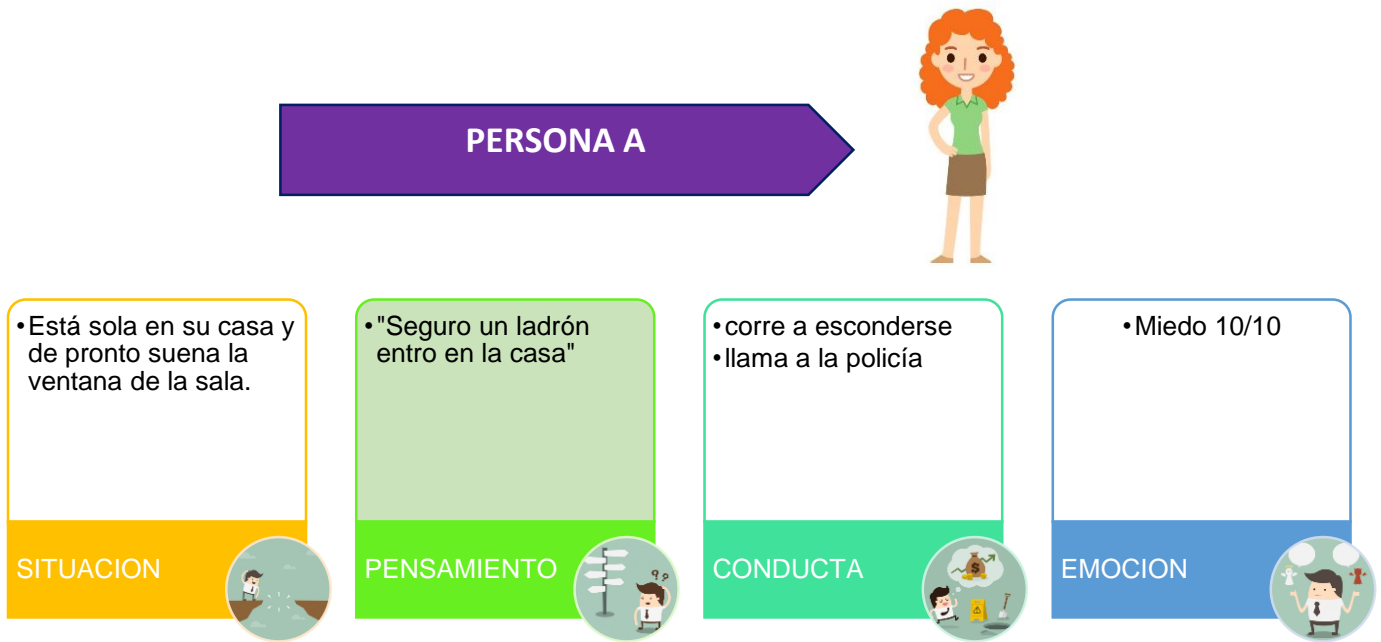
P: si eso es correcto, ahora que tengo dos compañeras con las que hablamos por algunos momentos y bueno, existen personas que le pueden gustar algunas de las cosas que a mí también me agradan.

T: exacto, como ya te había mencionado, existen personas con las que podrás compartir tus gustos o preferencias, de repente son pocas, pero existen. Todos somos diferentes, así como tú tienes diferentes gustos, yo también y todos en general, y no por eso vamos a cambiar, solo es cuestión de respeto y adaptarnos a nuestro entorno.

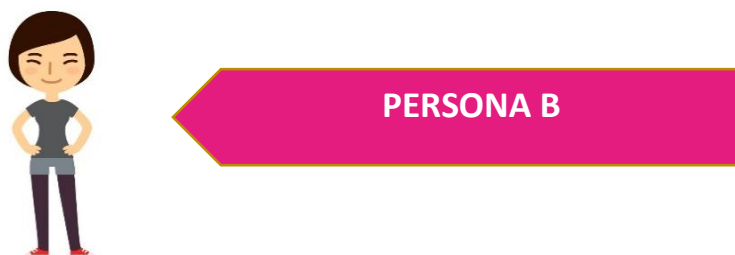
P: si eso es cierto, creo que yo estaba tan centrada en que ser diferente a veces es espantoso y a veces por obligación intentaba ser como los demás, que no me di cuenta de que yo misma me hacía daño.

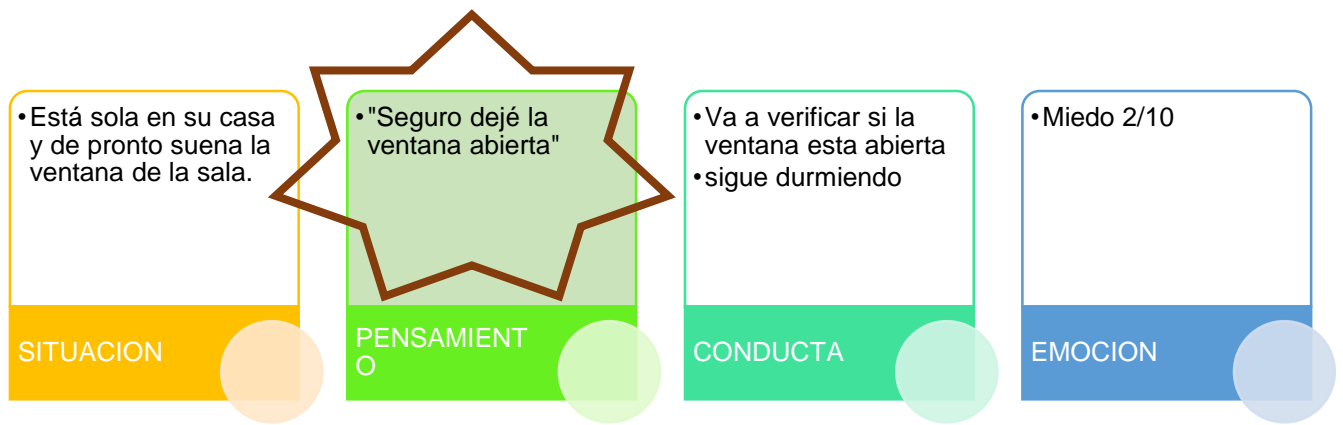
T: me alegra que te hayas dado cuenta de eso mismo. La cita de hoy tiene como objetivo, el conocer la relación de la situación, pensamiento, emoción y conducta; a través de un esquema y ejemplos.

Se le paso a explicar el siguiente esquema:



Luego, se le pasó a explicar que normalmente creemos que nuestra emoción va a determinar nuestra conducta y pensamiento, por ejemplo, la persona A sintió mucho miedo cuando escucho que la ventana suena, por eso corrió a esconderse para poder llamar a la policía, todo porque creyó que un ladrón había ingresado a su casa.





Observas que ambas personas han pasado por la misma situación, pero la persona B ha sentido menos intensidad de miedo, luego de observar ambos cuadros quiero que tú me digas ¿cuál es la diferencia entre la persona A y B?

P: Los pensamientos son diferentes, es por eso que la persona B se siente más tranquila.

T: Bien, ahora quiero que lo hagas tú sola con la situación que experimentaste cuando iniciaste el colegio nuevamente.

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	CONDUCTA	EMOCIÓN
Primer día de clases y no entablo conversación con los chicos de mi aula porque no me agrada	"De seguro van a creer que soy sobrada, hablarán mal de mí, el profesor nos pondrá en grupo para presentarnos" No tengo idea que voy a decir porque me es indiferente todo eso.	Alejarme más de lo habitual	Tristeza (9/10) Ansiedad (5/10)
	"es mi primer día, así que poco a poco, lograré adaptarme y de repente nadie me molesta y respetan como soy"	saludar a todos, presentarme y sentarme en mi sitio. Comentar a mis padres del primer día de clase.	Tristeza (4/10) Ansiedad (2/10)

T: Muy bien Sara, ahora te puedes dar cuenta la importancia que tienen nuestros pensamientos y cómo estos van a determinar nuestra forma de actuar, sentir y pensar. Ahora cuando surjan pensamientos similares también los puedes cambiar a uno más racional pues como vez ellos tienen poder.

P: Sí, ahora veo que nuestros pensamientos tienen mucho poder en nosotros, me costará, pero creo que puedo lograrlo.

T: Muy bien, recuerda que hay que tomarlo con calma, es un proceso y para ir mejorando debemos de trabajar cada día. Por el momento nos vamos a quedar ahí, me alegra haberte visto hoy, acompáñame a sacar la siguiente cita con tu mamá.

Madre de la paciente: Doctora quería comentarle que mi hija está avanzando bien, la he visto que pone en práctica las técnicas de relajación y lo hace en las noches antes de dormir. También he podido ver que ha retomado la lectura, antes se encerraba a dormir y ahora se sienta en el mueble y se pone a leer de vez en cuando.

Conclusión: Se alcanzaron los objetivos propuestos.

Sesión N° 5

Fecha: 02-10-2018

Objetivo de la sesión:

- ψ Fomentar en la paciente actividades que le proporcionen satisfacción y contrarresten los pensamientos negativos acerca de su funcionalidad

Técnicas:

- Diálogo expositivo
- Programación de actividades

Descripción de la sesión:

Se inicia la intervención saludando a la paciente y felicitando por su asistencia puntualmente, asimismo se le da a conocer los objetivos de la sesión

T: Hola Sara, ¿cómo has estado?, cuéntame cómo te va en la escuela

P: Buenas tardes Doctora, muchas gracias, he estado bien, aun acostumbrándome a la rutina del colegio, pues ahora tengo más tareas, pero creo que es algo bueno porque logro concentrarme en esto y me siento útil.

T: bueno, es cuestión de adaptarnos a esta rutina, la tarea es parte de eso, y bueno te habrás dado cuenta de que estás que pones bastante empeño.

P: si, ahora que me dedico un poco más tengo buenos resultados

T: entonces, según lo que vimos la sesión pasada, antes tú me mencionabas que “sentías que no eras capaz de realizar nada”, ¿qué tipo de pensamiento era? y ¿eso era completamente verdad?

P: es un pensamiento de sobregeneralización. Y bueno, ahora me doy cuenta de que no era cierto, porque si soy buena en los estudios, me va bien y tengo buenas calificaciones.

T: perfecto, tu sola poco a poco te estás dando cuenta y das respuesta a los pensamientos erróneos que presentabas.

P: Si doctora, lo estoy logrando.

T: bien, el día de hoy comenzaremos con la técnica que nos ayudara a fomentar la realización de diversas actividades que hacías diariamente.

Se paso a explicar la técnica que se implementará.



**PROGRAMACION DE
ACTIVIDADES**

OBJETIVO: FOMENTAR LA MOTIVACION PARA VOLVER A REALIZAR LAS ACTIVIDADES QUE SE DEJARON DE REALIZAR, Y EVITAR LOS PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS. ADEMAS, ASI VUELVA A SER FUNCIONAL

T: bien, ahora te voy a pedir que armemos un horario, en el que establezcamos actividades que usualmente haces, incluyendo las actividades que dejaste de hacer. Para empezar, veamos el día lunes.

Se establecen las siguientes actividades:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	domingo
7:00	Levantarme de la cama	Levantarme de la cama					
7:10	Cambio de ropa y tender cama	Cambio de ropa y orden de cuarto					
7:20	Desayuno	Desayuno					
7:30	Salir a la escuela						
7:40-1:40	Colegio						
2:00- 3:00	Almorzar Ver tv						
3:00	Hacer mis tareas						

4:00	Dibujar						
5:00	Investigar algún tema que me guste						
7:30	Estudio de la biblia						
8:30	Cenar y conversar con la familia						
9:30	Ir a dormir						

T: bien, ahora quiero que, según este modelo, completes los demás días y lo traigas para la siguiente sesión

P: está bien, y ¿lo puedo traer impreso?

T: si no hay problema, trata de que lo que diga en el horario, sea algo verdadero

P: ok, lo traeré la siguiente sesión

Conclusión:

Se pasó a felicitar a la paciente por su participación, asimismo, se logró los objetivos de la sesión.

Sesión N° 6

Fecha: 10-10-2018

Objetivo general:

- ψ Retroalimentar la sesión pasada
- ψ Lograr que la paciente detalle las actividades que realiza durante la semana, señalando el grado de dominio y agrado que obtiene de las mismas.

Técnicas:

- Diálogo expositivo
- Dominio y agrado

Descripción de la sesión:

Se inició la sesión saludando a la paciente, se expusieron los objetivos a trabajar y posteriormente se le invitó a recordar lo visto la ocasión anterior.

T: Buenas tardes, Sara ¿Cómo te sientes?

P: Buenas tardes doctora, bien, me siento mucho mejor, pues los dolores que sentía en la nuca y el desgano ha disminuido, además, estoy feliz porque he logrado realizar la mayoría de las actividades que me propuse

T: que bueno, me alegra que hayas seguido las técnicas aprendidas en cada sesión, y dime ¿estás cumpliendo tu programación de actividades?

P: si, la verdad que al inicio me costó seguir el horario, pues yo había dejado de ayudar en los quehaceres e incluso mis actividades de ocio, por preferir dormir, pero me doy cuenta de que retomando mis actividades me siento mucho más activa.

T: bien, entonces has logrado cumplir la mayoría de las actividades que programaste

P: así es, y también he agregado a la programación, el predicar la biblia con mi familia, como antes lo hacía.

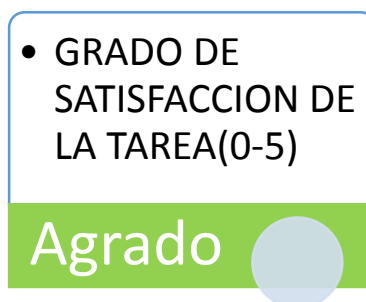
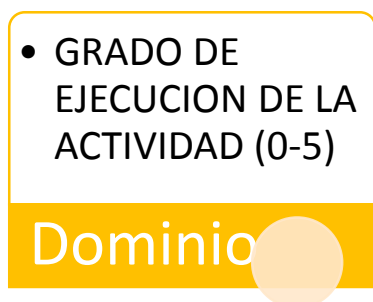
T: que bonito, eso es cuando explicas versículos de la biblia, ¿verdad?

P: si, es enseñar acerca de relatos de la biblia, a las demás personas para que así se muestren interesados y cercanos a Dios. Pero en esta actividad son mis padres

quienes hablan y yo los acompaño de vez en cuando, como 1 o 2 veces a la semana.

T: perfecto, antes de revisar tu programación te voy a explicar el tema de hoy.

Se paso a explicar el tema de hoy



T: Teniendo en cuenta lo explicado a continuación, te voy a pedir que empecemos a valorar cada actividad que está dentro del horario, ¿te parece?

P: está bien doctora.

T: bien, hasta ahora según lo que has valorado existe un balance en las actividades que hemos programado.

P: Veo realmente que mis actividades las hago bien, claro que algunas son rutinarias, pero es propio de mis responsabilidades y las hago sin dificultad alguna.

T: exacto, espero que sigas con estas actividades y si hay una que te agrade puedes agregarlo, ya que has notado que eres capaz de estar activa y funcional, antes fue distinto pues por los pensamientos constante sentías que eras poco eficaz para lograrlo, sin embargo, ya notaste que lo haces muy bien.

P: si doctora, en realidad soy buena

T: bien, te espero la siguiente sesión y te felicito por tus avances.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	domingo
7:00	Levantarse de la cama D: 3 / A:3	Levantarse de la cama D: 3 / A:3	Levantarse de la cama D: 3 / A:3	Levantarse de la cama D: 3 / A:3	Levantarse de la cama D: 3 / A:3	Levantarse de la cama D: 3 / A:3	
7:10	Alistarme y tender mi cama D: 4 / A:3	Alistarme y tender mi cama D: 4 / A:3	Alistarme y tender mi cama D: 4 / A:3	Alistarme y tender mi cama D: 4 / A:3	Alistarme y tender mi cama D: 4 / A:3	Alistarme y tender mi cama D: 4 / A:3	
7:20	Desayuno D: 4 / A:5	Desayuno D: 4 / A:5	Desayuno D: 4 / A:5	Desayuno D: 4 / A:5	Desayuno D: 4 / A:5	Desayuno D: 4 / A:5	
7:30	Ir al colegio D:3 / A:4	Ir al colegio D:3 / A:4	Ir al colegio D:3 / A:4	Ir al colegio D:3 / A:4	Ir al colegio D:3 / A:4	Iglesia D:4 / A:5	Levantarse de la cama D:3 / A:3
7:40	colegio D:4 / A:5	Colegio D:4 / A:5	Colegio D:4 / A:5	Colegio D:4 / A:5	Colegio D:4 / A:5		Cambio de ropa y orden de cuarto D: 4 / A:3
1:40							Desayuno D: 4 / A:5
2:00 - 3:00	Descansar, ver tv D:5 / A:5	Descansar, ver tv D:5 / A:5	Descansar, ver tv D:5 / A:5	Descansar, ver tv D:5 / A:5	Descansar, ver tv D:5 / A:5		Alistarme para salir D:3 / A:3
3:00 - 4:00	Limpiar la casa D:3 / A:3		Limpiar la casa				Almuerzo D:5 / A:5

Conclusión:

Se culminó la sesión con éxito, logrando los objetivos propuestos

4:00	Tareas del colegio D:3 / A:4	Ocio: investigar ciencias D: 4 / A:5	Tareas D:3 / A:4	Reunión con la congregación	Ocio: leer D: 4 / A:5		Visitar a familiar D:4 / A:4
5:30	Ordenar mochila y ropa de colegio D:3 / A:4	Ocio: investigar D: 4 / A:5	Tareas D:3 / A:4	D: 4 / A:5	Ocio: leer D: 4 / A:5	Descansar D:5 / A:5	
6:00	Ocio: dibujar D: 4 / A:5	Predicar D: 4 / A:5	Ocio: practicar algún idioma D:3 / A:5	Cenar y conversar con la familia D: 4 / A:5	Predicar D: 4 / A:5		
8:00	Ocio: dibujar D: 4 / A:5	Predicar D: 4 / A:5	Ocio: practicar algún idioma D:3 / A:5		Predicar D: 4 / A:5	Reunión con congregación D: 4 / A:5	Pasear D:5 / A:5
9:00	Cenar y conversar con la familia D: 4 / A:5	Cenar y conversar con la familia D: 4 / A:5	Cenar y conversar con la familia D: 4 / A:5	Cenar y conversar con la familia D: 4 / A:5	Cenar y conversar con la familia D: 4 / A:5	Cenar y conversar con la familia D:5 / A:5	Cenar y conversar con la familia D:5 / A:5
						Ir a dormir D: 4 / A:5	Ir a dormir D: 4 / A:5

Objetivo general de la sesión:

- ψ Conseguir que la paciente logre controlar sus cogniciones a través de la técnica de reestructuración cognitiva.

Técnicas:

- Reestructuración
- Debate
- Flecha descendente

Descripción de la sesión:

Se inicia la sesión dando la bienvenida a Sara, se le felicita por ser puntual a su terapia así también se le explica los objetivos a cumplir hoy lo cual asintió con una leve sonrisa.

T: buenas tardes, Sara, ¿Cómo te ha ido?

P: bien doctora, desde la última vez que nos vimos, me propuse realizar las actividades que programamos, y lo he estado logrando, solo que a veces hay variaciones en la hora, pero no he dejado de hacer lo que dice el horario, e incluso en dos oportunidades agregué dos actividades, de las cuales al realizarlas me sentí muy bien

T: ¿así? ¿Cuáles fueron?

P: Bueno acepté salir a hacer unas tareas con unas compañeras, fue un poco extraño, como ya le comenté, aun no me acostumbro a juntarme y socializar, me gustar tener mi espacio.

T: tu decidiste salir con tus compañeras o ¿te incitaron a hacerlo?

P: bueno, en realidad tenía que hacer tareas grupales y mis compañeras dijeron que íbamos a reunirnos en casa de una de ellas, y pues dije “¿por qué no?”, si bien no me gusta, cumplo y me retiro.

T: claro, de esa manera tal vez puedas conocerlas un poco más, y no solo en el ámbito escolar.

P: no es de mi interés socializar, pero como no me sentí presionada para trabajar en grupo, lo hice. A raíz de las tareas, a veces hemos conversado por WhatsApp, sin embargo, dos de mis compañeras me han dicho que soy muy brusca y directa para responder, pero me siento bien así. Si bien es cierto doctora, estoy tratando de cumplir con las demandas sociales, a pesar de que eso me es indiferente, quiero aprender a responder, pues hasta mis padres me han dicho q me falta un poco de tino en hacerlo y hasta los profesores le han dicho lo mismo a mi mamá.

T: me parece genial que lo intentes, justo el día de hoy vamos a abordar una de esas situaciones que te generaba tristeza y en ocasiones ansiedad

P: está bien

T: me gustaría que hoy hablemos de una, exactamente la que más te genere o generaba malestar

P: la situación que me generaba mucho malestar era cuando intentaba juntarme con chicos de mi edad por presión de mis padres

T: ¿a qué te refiere con juntarte?

P: a hablarles, para evitar que me sigan insistiendo, para mí es muy incómodo y que presionen para hacerlo sabiendo que no me gusta, me hace sentir muy triste

T: bien, e Imaginemos que podemos medir este nivel de tristeza calificando del 1 al 10, siendo 1 la menor cantidad de ansiedad que puedes sentir y 10 la mayor cantidad

P: yo diría que es un 8

T: entonces, por lo que entiendo, sientes tristeza cuando intentas juntarte con tus compañeros solo por presión de tus padres

P: exacto.

T: y cuando intentas juntarte con tus compañeros solo por presión de tus padres, has notado que haya algún cambio en tu cuerpo

P: bueno, cuando tengo que hacer eso, suelo incomodarme, no sé cómo irme, tengo ganas de gritar, pero me contengo, es por eso que me empieza a doler la cabeza

T: entiendo, entonces cada vez intentas juntarte con tus compañeros solo por presión de tus padres, sueles sentirte triste, irritable con ganas de gritar y llorar, e incluso te da dolores de cabeza, ¿cierto?

P: si es correcto

T: entonces, ¿cuándo pasa todo esto que sueles hacer para sentirte mejor?

P: en realidad no hago nada, solo lo hago, así me sienta mal, hasta que ya no pueda más, recién me retiro.

T: entonces el hecho que cada vez intentas juntarte con tus compañeros solo por presión de tus padres, sueles sentirte triste, irritable con ganas de gritar, e incluso te da dolores de cabeza, y para hacer frente a esto sueles hacerlo pese al malestar, hasta que ya no puedes más, es que recién te vas, ¿cierto?

P: si justamente eso me pasa así

T: y al pasar por esta situación, ¿qué es lo primero que se te viene a la mente?

P: que no lo soporto, “que esto es horrible”, y “porque me sucede esto a mí”

T: entonces para ti que significa que no lo soportaras y que te sucede eso a ti

P: que no conozco ni he visto a nadie que le hagan lo mismo que a mí y que es muy incómodo, porque tengo que hacer algo que no me gusta.

T: entonces ¿qué opinas acerca de las personas que les gusta socializar?

P: que es propio de ellos, mi papá dice que son normales, porque si yo fuera más sociable, no pasaría por este malestar, por eso es que mis padres me insisten tanto

T: entonces, ¿qué piensas de las personas que no les gusta socializar?

P: que tal vez son extrañas, porque a todos los chicos de mi edad les gusta juntarse, salir, pasear y conversar, lo cual es todo lo contrario a mí, por eso es que debería ser sociable, eso es lo que siempre me dicen mis padres

T: y que significa una persona extraña

P: ósea son personas con las que casi nadie se junta, mejor dicho, son raras o diferentes

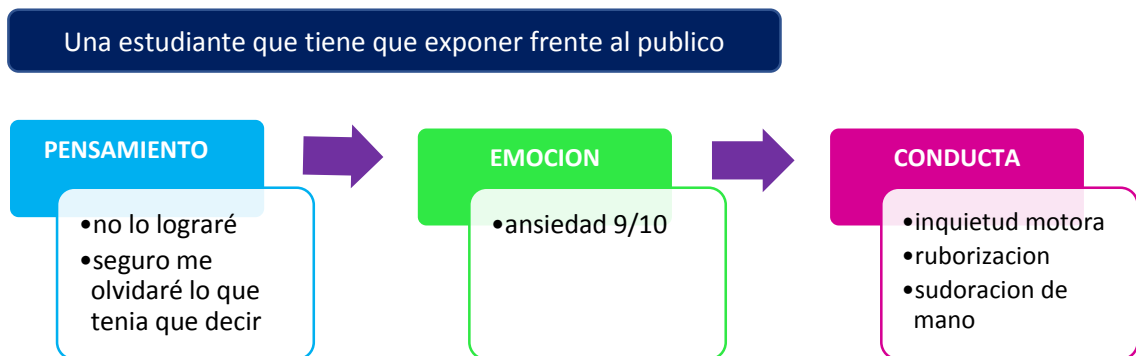
T: bien, y ¿ser raro es realmente malo?

P: pues creo que no, yo me siento normal que no me gusta socializar a lo que los demás dicen RARA, pero pese a lo que digan mis padres, soy feliz porque no daño a nadie.

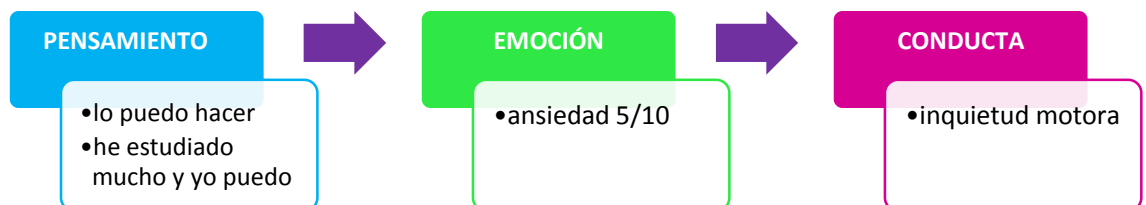
T: exacto, como ya hablamos anteriormente, ser diferente no es algo malo. Al contrario, te hace único y especial y al querer cambiar perdemos nuestra esencia. Es cierto tu eres diferente, pero yo también lo soy, por ejemplo, hay cosas que a mí me gustan, pero a mis compañeros no, pero no por eso hay que sentirnos tristes, de repente habrá algo en que si coincidamos.

P: es cierto eso, hace tiempo tenía una compañera con la que no compartíamos gustos, pero había algo que, si hacía que nos juntemos, era cuando comentábamos acerca de libros que leíamos y era agradable tocar esos temas por un momento.

T: algo que nos ayudará mucho es que cada vez que pase esto, podamos tener pensamientos alternativos a la situación estresante, para que me entiendas un poco mejor te lo explicare en base a un ejemplo:



S:



P: Claro, recuerdo que vimos eso, es cierto, nuestros pensamientos tienen mucha influencia en nosotros.

T: Exacto, entonces ahora que quedo más claro, nos quedaremos ahí, ¿te parece?

P: si está bien.

Conclusión:

Se logró los objetivos propuesto, asimismo se felicita a la paciente por asistir puntual a la cita.

Sesión N° 8

Fecha: 26-10-2018

Objetivo general de la sesión:

ψ Lograr que la paciente disminuya el sentimiento de culpa

Técnicas:

- Diálogo expositivo
- Técnica de Reatribución cognitiva

Descripción de la sesión:

Se da inicio a la sesión, saludando a la paciente y se hace mención de los objetivos a alcanzar el día de hoy.

T: buenas tardes Sara, ¿cómo has estado?

P: buenas tardes, muy bien doctora esta semana me ha ido bien, estoy al día en mis tareas y ya di exámenes, para los cuales me preparé bien, gracias al programa que preparamos hace unas semanas.

T: que bueno, que te haya ayudado mucho, uno de los objetivos era justamente organizarnos para lograr realizar las diversas actividades propuestas.

P: si, por eso me siento bien, espero seguir así

T: si sigues siendo constante y perseverante, lo puedes lograr. Ahora quisiera que debatamos la creencia que tienes acerca de que eres culpable por ser diferente. Lo he considerado porque en algún momento de tanta presión social lo pensaste y

mencionaste “si tal vez fuera como los demás -aunque definitivamente no me gusta- tal vez no me presionarían tanto y lo digo más por la presión que me imponen mis padres y en el colegio”.

P: si lo he pensado en esos momentos de presión social, aunque yo me considero bien siendo así, para los demás tal vez sea rara, pero me siento bien, sé que es parte de mi personalidad y es algo que me parece normal.

T: exacto a continuación veremos que esa culpa que te atribuías al 100% en realidad no era así, sino han existido diversos factores que también fueron influencia y aportaron, justamente estos factores son los que están fuera de nuestras manos y no podemos modificar

P: ¿cómo cuales factores doctora?

T: muchos por ejemplo de la vida diaria, un joven sale a caminar, y de repente empieza a llover, mientras camina más rápido para llegar a casa y no mojarse, sin embargo, se tropieza. Aquí podemos ver que en si el hecho de tropezarse no es completamente culpa del chico, sino que la lluvia que es un factor que no controlamos estaba presente, entonces es posible que la vereda estaba mojada, lo cual favorece a que uno se resbale, entonces con esto podemos ver que en realidad no controlamos todo y no somos culpables al 100%

P: cierto, en mi caso, ¿cuáles podrían ser otros factores?

T: Primero, tú en un momento, tal vez has sentido culpa porque ser como eres y de alguna manera eso generaba preocupación a tus padres

P: eso es correcto, a veces lo he sentido

Se pasó a explicar la técnica mediante el siguiente gráfico:

T: Presta atención a este gráfico, si bien es cierto, es posible que sí tengamos algo de culpa, pero no es del todo así, en tu caso podemos ver que tanto amigos como

familiares, por la constante hostilidad o presión social han hecho que tú te sientas distinta. De igual forma los medios de comunicación, que poco a poco crean estereotipos, entonces el hecho que lo percibas, estos también contribuyen. Por último, podemos ver tu personalidad, la cual tiene carga genética y también se van formando patrones de conducta a través de la experiencia.



T: según este gráfico, podemos observar que existen diversos factores que han influenciado a que tengas esa idea de culpa, y no solo eras tú. Muy bien, entonces ¿aún crees que eres culpable de ser diferente?

P: tiene razón usted, nadie debería sentir culpa por sus características y bueno yo tampoco; por otro lado, tengo una tía que es así como yo, así como también tengo un tío con esquizofrenia, eso escapa de sus manos y tampoco es su culpa.

T: perfecto, con esto podemos ver que hay diversos factores que tienen cierto grado que influyen en nosotros y por ello no podemos culparnos.

P: así es doctora, tiene toda la razón y cada vez veo todo más claro.

T: bueno, se nos acabó el tiempo. Nos vemos la siguiente sesión

Finalmente, se le felicitó por su participación y se le insistió la importancia de traer para la siguiente cita su cuadro llenado.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados.

Sesión N° 9

Fecha: 02-11-2018

Objetivo general de la sesión:

- ψ Aprender habilidades sociales para relacionarse con los demás y promover la capacidad para resolver los conflictos de la vida diaria.
- ψ Explicar a la paciente acerca de la conducta asertiva y su importancia

Técnicas:

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo

Descripción de la sesión:

Se les recibe dando la bienvenida, se le hace pasar a la paciente y se mencionan los objetivos a trabajar el día de hoy.

T: Hola ¿Cómo estás?

P: Mucho mejor doctora, aunque en el transcurso de esta semana me he sentido un poquito incómoda pues como le había comentado no sé bien cómo responder cuando mi papá me dice vamos, tienes que participar dentro del grupo y como usted sabe si puedo hacerlo, pero no es de mi agrado, me es indiferente.

T: bueno Sara, es importante socializar, pero si a ti no te agrada o te es indiferente tienes que decirlo de manera asertiva, de modo que puedas llegar al objetivo.

P: Puedo socializar, pero me es indiferente tener amistades o participar en grupos. Y bueno la verdad no sé cómo expresar que no deseo participar, pues hasta en eso me han dicho que demasiado directa o a veces fría para decir las cosas. Eso para mí no es malo, pero tampoco quiero que me insistan a hacer algo que no quiero o me es indiferente, “que no me vean mal”, pero si quiero decirlo de una forma que tal vez no me vuelvan a insistir.

T: cómo es eso de que “no me vean mal”

P: bueno es que a veces dicen que soy antipática, directa o rara.

T: Y, ¿eso te hace sentir mal?

P: la verdad no, pero no quiero que mi papá me presione, aunque ya no me afecta, pero quisiera decirle de un modo que no me vuelva a insistir.

T: bueno, eso lo enfatizaré con tus padres, hoy empezamos a trabajar en habilidades sociales, así que presta bastante atención. Primero, ¿sabes que son las habilidades sociales?

P: Bueno, es como decir o hacer las cosas sin incomodar a las otras personas, o algo por allí

T: Si, está bien lo que mencionas, pero vamos a agregarle una definición más completa.

Habilidades sociales



Es el conjunto de estrategias de conducta y las capacidades para aplicar dichas conductas que nos ayudan a resolver una situación social de manera efectiva, es decir, aceptable para el propio sujeto y para el contexto social en el que está.



- ✓ mejorar nuestras relaciones interpersonales
- ✓ sentirnos bien
- ✓ obtener lo que queremos
- ✓ conseguir que los demás no nos impidan lograr nuestros objetivos.



- ✓ Relaciones interpersonales insatisfechas
- ✓ Obstruye obtener lo que queremos
- ✓ Nos cuesta mucho lograr nuestros objetivos.

Y, dentro de ellas tenemos:

INTERNAS	·ANÁLISIS SOCIAL	·EMPATÍA
	·AUTOCONTROL	·ESCUCHA
	·ASERTIVIDAD	·OBSERVACIÓN
EXTERNAS	·NEGOCIACIÓN	·EXPRESIÓN EMOCIONAL
	·PERSUASIÓN	·GESTIÓN CONFLICTO
	·CONVERSACIÓN	·LENGUAJE CORPORAL

T: Vamos a empezar por un ejemplo, ¿te parece?

P: por ejemplo, lo que me sucedió el sábado, en una reunión me sacaron a bailar una persona extraña y no tenía deseos de hablar, no sabía cómo decirlo, pero no quería bailar, me sentí incómoda, me miró desganada y me dijo vamos a bailar, y salí a bailar.

T: y ¿Cómo te hizo sentir eso?

P: me sentí un poquito incómoda, pues prefería estar sentada o en mi cama, leyendo.

T: Bueno, Sara, vamos a trabajar la asertividad y lo vamos a empezar a trabajar cuando te comunicas o quieres comunicar algo.

ASERTIVIDAD: es una forma de comunicación que consiste en defender tus derechos, expresar tus opiniones y realizar sugerencias de forma honesta, sin caer en la agresividad o la pasividad, respetando a los demás, pero sobre todo respetando tus propias necesidades.

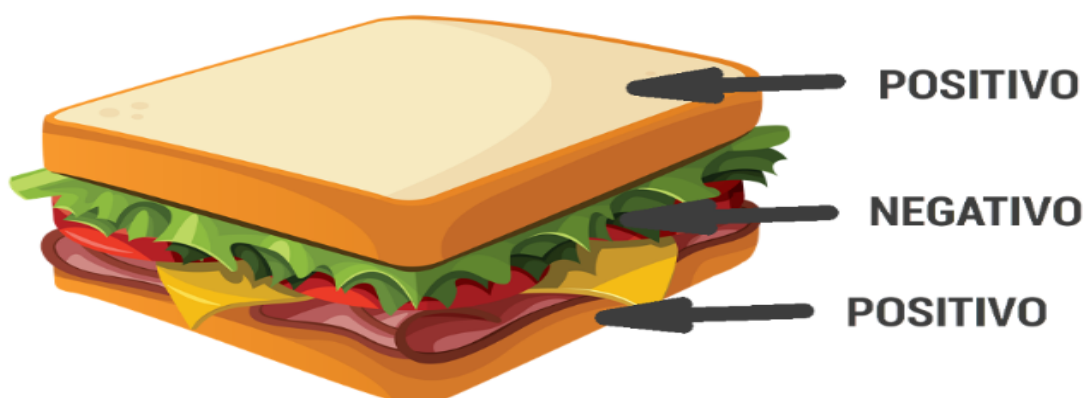


Ejemplo: En el caso del joven que te sacó a bailar

Técnica del Sándwich

En esta técnica lo que hacemos es expresar un mensaje positivo antes y después de expresar nuestro rechazo a la petición que nos hacen. De esta

manera conseguimos que la negativa no sea tan “áspera” como un no y activamos los sentimientos positivos del otro.



Tal y como indica la técnica el primer mensaje a expresar es **positivo**. En este caso el mensaje podría ser agradecer la invitación a salir.

"Te agradezco el ofrecimiento" o "Gracias por pensar en mi para salir"

El segundo mensaje es la exposición de nuestra **negativa**

"Pero estoy muy cansado y no me apetece salir"

Para cerrar el mensaje con otra declaración **positiva**

"Mañana te llamo y vemos cuando nos podemos ver"

Disco rayado, en caso no desees, pero sin embargo insiste:

El uso de esta técnica es muy sencillo:

1. Decidimos, con una frase corta que es lo que queremos decir a nuestro interlocutor (Utilizamos frases de tipo “YO”, es decir expreso de forma inequívoca lo que quiero)
2. Repetimos esa frase continuamente independientemente de lo que nuestro interlocutor diga, acompañándolo en su inicio con “Entiendo que...”, “Comprendo lo que sientes...”
3. Decir NO sin dar justificaciones, de manera breve y directa, sin excusarnos (o incluso se puede dar una excusa real cuando la otra persona es significativa para ti).

4. Repetir siempre el mismo mensaje, no variar.
5. Siempre que sea posible, no dar razones.
6. Si el otro continúa insistiendo, obligarle a cerrar la conversación: “No te enfurezcas porque ya te he dicho que no...”
7. Cuando la otra persona es significativa para ti y temes que al negarte la relación se deteriore: podemos empatizar como hemos dicho anteriormente (“entiendo que te gustaría...”), podemos dar alternativas o incluso aplazar la decisión, siempre respetando y siendo conscientes de nuestros deseos y libertades.

T: bueno Sara ahora tienes que poner en práctica y en la situación que se te presentó...da las respuestas posibles.

Situación	Conducta	consecuencia
<i>Te sacó a bailar (esto fue lo que pasó anteriormente)</i>	<i>Asentiste y apretaste los labios</i>	<i>Saliste a bailar</i>
T: La misma situación, si es que es alguien conocido o de tus amistades.	P: Mirar a los ojos y decirle “Te agradezco, pero ahora estoy cansada, gracias”- un gesto de no con las manos-	No salgo a bailar, y respetaré mi decisión.
T: Si te insiste y ya le dijiste asertivamente que no deseas bailar ...puedes utilizar disco rayado	P: Mirar a los ojos “No deseo bailar”, “no deseo bailar” ...	No salgo a bailar y me quedo tranquila.

T: Bueno Sara, tus dos respuestas últimas es lo que puedes poner en práctica, bueno continuaremos la siguiente sesión con conductas asertivas, te parece.

P: si, gracias doctora.

T: Vamos para darte una nueva cita.

P: Si doctora, vamos.

Conclusión:

Se alcanzaron los objetivos planteados.

Sesión N° 10

Fecha: 10-11-2018

Objetivo general de la sesión:

ψ Aprender habilidades para resolver los conflictos de la vida diaria.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo

Descripción de la sesión:

T: Hola Sara ¿Cómo estás?, hoy llegaste con 20 minutos de tardanza, ¿Qué pasó?

P: Doctora buenas tardes, me siento bien, mucho mejor. Y bueno hoy llegamos tarde porque tenía que esperar a mi tía para venir juntas, pues quiere que usted la atienda también.

T: Que bueno Sara, me da gusto que te sientas bien y que tu tía también quiera venir por un tipo de ayuda.

P: Bueno, el tema de ella es distinto, pues acaba de perder a su pareja. Ya la conocerá.

T: Está bien Sara. Pero recuerda que para cada sesión hay un tiempo estimado y planificado para cumplir con los objetivos.

P: Si y lo sé y bueno para la próxima vendré más temprano.

T: Y dime Sara ¿cómo has estado estos días?

P: Pues he estado bien, en el colegio algo incómoda aún porque no me agrada mucho trabajar en grupo, pero sin embargo lo hago bien.

T: ¿Por qué incómoda?

P: Porque prefiero hacerlo sola y cuando los profesores dicen “grupo de cuatro” me digo a mi misma bueno a trabajar en grupo, no hay de otra y bueno emprendo a trabajar en el grupo, porque siempre hay uno que dice aquí nos juntamos.

T: bueno, y ¿te sientes mal aún?

P: la verdad no, pero lo hago porque es parte de las tareas

T: a veces hay situaciones donde tenemos que adaptarnos y cumplir con algunos deberes.

P: claro, como usted dice hay situaciones que la sociedad lo demanda y bueno lo hago más tranquila, trato de aportar lo que me corresponde y luego de haber terminado me siento en mi carpeta. Antes todo esto me molestaba tanto y creo porque mis profesores le decían a mis padres y mi papá era el que casi siempre me obligaba a participar en grupo.

T: entonces, puedo entender que ¿no te sentiste presionada en el aula?

P: la verdad ya no, me decía a mi misma “puedo hacerlo”

T: supongamos que la profesora les dice: se juntan en grupo y me traen una maqueta referente al tema de la contaminación ambiental y quiero que sea de grupo de 6 integrantes.

P: bueno llevaría la parte que tengo que hacer y pues haría el trabajo que piden, sin necesidad de estar todo el rato en grupo pido mi parte y avanzo, si se demoran ya es responsabilidad de los demás, yo cumplo.

T: Y, si se demoran y no sabes cómo retirarte a pesar de haber terminado tu parte ¿cómo se lo dirías a tu grupo?

P: bueno, le diría ya está listo mi parte y que, si hace falta algo que me avisen. Digo bueno gracias y me voy a mi sitio.

T: Bueno, hoy teníamos que poner en práctica más de lo aprendido, pero el tiempo nos ha ganado.

P: si doctora, la próxima llegaré temprano, nuevamente disculpe.

T: Está bien Sara, tomen sus precauciones -se le menciona a la paciente con la madre y tía- y llegan temprano.

P: Muchas gracias doctora.

T: Vamos para darte una nueva cita.

P: Si, gracias.

Conclusión:

Se alcanzaron los objetivos planteados.

Sesión N° 11

Fecha: 19-11-2018

Objetivos de la sesión:

- ψ Trabajar con los padres sobre no presionarla a nivel social.
- ψ Identificar y aplicar la comunicación asertiva de padre a hija

Técnicas:

- Diálogo expositivo
- Psicoeducación

Descripción de la sesión:

T: Hola Sara, que tal ¿Cómo estás?

P: Doctora, buenas tardes, estoy mucho mejor, pues como le comenté a veces mi papá solía ponerme en aprietos y hace dos días me dijo anda con los chicos de la iglesia, distráete y esta vez, no me costó decirle que no deseaba ir porque prefería terminar de leer unos libros, él me escuchó, volteó a mirarme y me dijo, bueno tú decides hija.

T: y, ¿cómo te sentiste?

P: tranquila, aunque si es inusual ser un poquito ser asertiva, ya que no suelo responder así, pero lo hago bien...bueno y luego me puse a arreglar mis libros y sacar la ropa sucia. Posteriormente me puse a buscar información sobre corte y confección.

T: Que bueno que hayas puesto en práctica la conducta

P: mi forma de ser es directa, hacerlo de manera asertiva como usted dice no fue difícil, pero logré el objetivo.

T: bueno, ahora me gustaría hablar con tus padres para saber también cómo están ayudándote y cómo vas avanzando

P: claro doctora

T: -Con los padres- Buenas tardes, ¿cómo están?

P: Bueno estamos muy bien, agradecidos con usted pues Sara ha mejorado bastante y eso nos tiene más tranquilos

T: qué bueno que estén bien, pero me gustaría saber si hay situaciones en donde la ven incómoda o triste, tal vez ustedes me puedan decir ya que están más cerca de ella.

P: con respecto a como ella vino mal, pues no, para nada; en la actualidad nuestra hija está bastante bien, está bastante tranquila, hace sus cosas nuevamente, pero a veces me gustaría que participe más del grupo(padre). Y como la veo tan bien, pienso en que podría socializar mejor con los demás.

T: bien, es cierto ella ha mejorado, y sé que es su deseo que siga mejorando, pero hay que tener en cuenta ciertas características personales que nos hacen ser diferentes y únicos. Todos somos seres especialmente únicos y sus características de Sara hay que tenerlas en cuenta, a ella no le gusta de participar mucho en grupos, tampoco le gusta interactuar mucho con los demás y ella se lo ha manifestado y que bueno que usted la esté escuchado. Ahora último ella le haya dicho que prefiere hacer otras actividades de su agrado, está manifestando su opinión con asertividad y me da gusto que usted la tome en cuenta, por esa parte la felicito y a usted también, ya que si no está socializando como usted desea está haciendo actividades agradables que la hacen crecer como ser humano.

P: -padre- bueno es cierto, tiene razón- en ese aspecto aún no logro centrarme tanto, a pesar de que usted ya nos lo hizo saber en un inicio.

T: ¿qué pasa si a un vaso de agua le pones más agua de lo debido?

P: pues se derrama...si lo reconozco.

T: entonces vamos a tomar en cuenta eso, ¿le parece?

P: Si, ella es así, si le exijo que sea más sociable como los demás adolescentes se incomoda y bueno lo tomaré en cuenta. Aunque no puedo negar que me gusta

mucho que sea diferente a las demás, pues a pesar de no participar en grupos, lee bastante, se interesa por aprender y sin necesidad de exigirle.

T: es importante reconocer y aprovechar todos esas características y gustos de ella, pues considera que estando en eso se siente mucho mejor.

P: pues sí, ella es mejor así, se siente mejor así. Y hasta sería una buena profesional, claro con sus propios gustos.

T: Perfecto, siempre tenga en cuenta los objetivos de la intervención terapéutica, pues al margen de la situación que está mejorando tenemos que colaborar todos y que mejor que ustedes también sean parte de esta mejoría.

P: está bien doctora, le agradezco mucho por su apoyo, a veces necesitamos que nos digan las cosas claras para seguir avanzando. Y cualquier cosa nuevamente estoy a su disposición. Además, con la guía de Dios seguiremos adelante. Entre sonrisas: bueno doctora haremos lo que usted nos indique, todo por el bien de mi hija.

Madre: Doctora, siempre se lo he recalcado que no exija a nuestra hija, como usted sabe, yo soy quien está más pendiente de mis hijos y bueno reconozco que a veces mi esposo le exige que participe en eventos sociales, no le pregunta, le exige, situación que ha ido comprendiendo de a pocos y agradezco mucho a Dios que ahora esté bastante bien, bueno creo que con lo que le acaba de decir a mi esposo va a colaborar aún más.

T: Bueno así es, la mejoría es con el apoyo de ambos, ahora continuaremos las siguientes sesiones.

P: Está bien doctora, gracias por su ayuda.

T: Bueno Sara te felicito por la puntualidad, nos vemos las siguientes sesiones.

P: Muchas gracias doctora.

T: Vamos para darte una nueva cita.

Conclusión:

Se alcanzaron los objetivos planteados.

Sesión N° 12

Fecha: 26-11-2018

Objetivos de la sesión:

- ψ Psicoeducar a la paciente acerca de la asertividad y todo lo que implica en las habilidades sociales.

Técnicas

- Diálogo expositivo
- Role Playing
- Técnica del modelado
- Restructuración cognitiva

Descripción de la sesión:

T: Hola Sara ¿Cómo estás? que tal te ha ido estos días, cuéntame

P: Doctora, buenas tardes, me ha ido muy bien y la verdad puse en práctica lo que hicimos la clase pasada.

T: Muy bien Sara, me agrada esa sonrisa que traes (es muy leve), vamos bien, y es bueno que lo vayas aplicando en tu entorno.

P: si, lo hice cuando nos distribuimos unas actividades dentro de la iglesia, yo sugerí hacer lo de la decoración con una hermana en la iglesia porque eso me agrada antes que otras tareas, por otro lado en el colegio una amiga me dijo: vamos a una reunión en mi casa y le respondí que me gustaría, pero tenía reunión familiar, por

eso no podía ir y que será para otra vez. Así lo puse en práctica, pero en el micro también lo hice, pero me costó para pedir mi vuelto, pues lo hice con voz baja

T: bueno Sara, primero te felicito porque lo estás haciendo, sé que con la práctica lo harás mejor. Ahora te pregunto, ¿por qué lo haces con voz baja?

P: No lo sé, tal vez porque soy así

T: ¿Y crees que lo que respondes está fuera de lugar, o que no estás en tu derecho”?

P: Bueno claro que no, porque yo decido cuando decir que no y también lo de mi vuelto es lo justo, pues le había dado 10 soles y ya estaba cerca a bajar y no me daba mi vuelto. Por eso le dije, señor, por favor mi vuelto.

T: Genial Sara, has expresado tu decisión, tus derechos y es bueno que lo reconozcas. Pero ¿crees que te faltó algo?, vamos, analiza la situación, tal vez la voz, el tono de voz...

P: Bueno lo hice bien, pero creo que me faltó más fuerza en la voz

T: Perfecto, pero tal vez, así como lo has dicho, quizás necesitaba mayor énfasis, mayor seguridad.

P: si, eso es lo que me hace falta, levantar la voz

T: Ahora te voy a poner la situación, tú vas a responder tal y como lo haces realmente, luego yo haré lo mismo y tú misma me vas a decir que me faltó, ¿te parece?

P: ya, está bien

T: Listo “Hola Sara, oye, te invito a una reunión que haremos en mi casa el día miércoles”

P:...Te agradezco, pero tengo una reunión familiar y no puedo ir, disculpa, ya será para la próxima vez”- Voz baja, poco enérgica y un poco seria.

T: Bueno, ahora yo haré lo que tú has hecho y tú me dirás que es lo que observas ¿te parece?

P: ya doctora,

T: “Te agradezco, pero tengo una reunión familiar y no puedo ir, disculpa, ya será para la próxima vez”- Voz baja, poco enérgica y seria.

P: me doy cuenta de que lo hago con voz baja, como enojada, y como que me falta decirlo más enérgica.

T: Genial, ves cómo te has dado cuenta tú sola, ahora quiero que lo vuelvas a hacer, pero primero quiero que me observes y luego lo haces

- ✓ Postura erguida
- ✓ Tono de voz suave pero enérgica
- ✓ Mirándola a los ojos
- ✓ Y una sonrisa leve

P: Nuevamente lo realiza...

T: Vamos, puedes hacerlo con mayor énfasis para que puedas lograr el objetivo.

P: Allí voy de nuevo... “Te agradezco, pero tengo una reunión familiar y no puedo ir, disculpa, ya será para la próxima vez”- voz suave, enérgica y con leve sonrisa.

T: Excelente

-----se realizó también para pedir el vuelto----- en dos ensayos

P: creo que conforme lo voy haciendo me voy sintiendo más enérgica y digo lo que pienso y llego al objetivo.

T: Perfecto, estás encontrando la forma de decir lo que sientes y piensas de manera asertiva. Sigue ensayando en el espejo, con tu mami y cada vez lo harás mejor. Ahora cada vez que lo realices te vas a reforzar diciéndote “bien, lo estoy haciendo muy bien” y felicítate, porque en realidad lo estás haciendo bien.

P: si doctora, así lo haré

T: ¿Tienes alguna duda, o pregunta?

P: No doctora, todo está muy bien. Gracias

T: Vamos para darte una nueva cita.

P: Si doctora, vamos.

Conclusión:

Se alcanzaron los objetivos planteados.

Sesión N° 13

Fecha: 04 -12-2018

Objetivos de la sesión:

- ψ Aplicar respuestas asertivas ante diversas situaciones sociales

Técnicas:

- Diálogo expositivo
- Role Playing
- Habilidades Sociales

Descripción de la sesión:

Se da la bienvenida a la paciente, junto a la madre, se le hace pasar a consulta y se les felicita por la permanente puntualidad

T: Hola Sara, buenas tardes ¿Cómo estás?, ¿Qué planes para la Navidad? cuéntame

P: Muy bien Doctora, lo pasaremos en familia, tranquila en casa.

T: Que bueno Sara y cuéntame cómo va esos estados de ánimo, claro que te veo mucho mejor, pero también quisiera saber si tal vez hay alguna situación que te haya hecho sentir triste.

P: bueno, nada que me haya hecho sentir mal, todo muy bien, pero le cuento que hubo un pequeño percance con mi abuelita, pues ella siempre como que se ha metido en nuestros temas familiares y me levanto la voz porque dice que nosotros no colaboramos, que no le ayudamos a mi papá y pues me molestó tanto que le respondí-sin faltar el respeto, claro- que no es así, que nosotros le ayudamos y que si a veces reniega es también porque es su responsabilidad y que no tiene porqué echarnos la culpa. Eso me molestó bastante, porque mi papá no dijo nada. Y bueno, pasado esos momentos, me dije a mí misma que él también tiene que hablar y estoy esperando conversarlo con él, y por otro lado mi abuelita se disculpó porque se dio cuenta que me gritó, yo simplemente lo acepté y también le dije que de repente no fue el momento y que también me disculpara, y me sentí más tranquila, pero de todas maneras lo conversaré con papá.

T: bueno Sara, primero te felicito porque lo estás haciendo bien y es bueno que también aceptes y brindes esa disculpa por lo sucedido, a veces hay situaciones dentro de la familia que nos ayuda a crecer como personas y más aún si sabemos actuar. Tal vez tu abuelita no lo hizo con la intención de incomodar, tal vez habló porque le preocupa la situación de su hijo.

P: Si eso es cierto, también lo vi por ese lado, que se preocupa por mi papá, pero también debe de saber que a veces eso no es nuestra responsabilidad.

T: y ¿Cuál es su responsabilidad?

P: Bueno él es Pastor en la iglesia, y todos vamos juntos a la iglesia, todos colaboramos para salir temprano, pero tampoco quiere decir que mi mamá tiene

que hacerlo todo, eso me incomoda, y como él espera eso, a veces nos demoramos con tantas cosas que se acumulan.

T: lo que me acabas de mencionar ¿le has manifestado a tu papá?

P: No, pero eso también le voy a decir hoy

T: me parece bien que manifiestes lo que piensas y sientes.

P: si, porque eso no lo ayuda

T: y si a pesar de que le digas se mantiene esa conducta, ¿qué harías?

P: bueno, yo creo que si lo hace. No tendría por qué renegar. Además, creo que hasta mi abuelita se ha dado cuenta. Claro que me molestan esas cosas, pero ya se me pasa luego, no me afecta, solo es un momento y luego ya lo dejo pasar.

T: Bueno Sara, está muy bien, estamos avanzando. Ahora vamos a continuar con la práctica de habilidades sociales, te voy a poner situaciones donde quiero ver que tanto aplicas las habilidades sociales, para ver si hay dificultades y tal vez ajustar pequeñas cositas.

“Hola Sara, oye, te invito a una reunión que haremos en mi casa el día miércoles”

P:...Gracias, pero tengo una reunión familiar, ya será la próxima vez”- Voz un poco más enérgica, pero con seguridad .

T: Y, si te digo realicen un trabajo en grupo y lo traen mañana...grupo de a 6.

P: me acoplo al grupo que me llame -porque ahora hay 2 grupos que me llaman - organizo los puntos a trabajar, lo divido y ya me dirán donde llevo mi parte-, como lo he hecho estas últimas veces. Lo hago bien, sin sentirme ansiosa como antes.

T: Excelente

P: he mejorado, sobretodo me siento más tranquila porque lo que pienso lo digo de una manera correcta y ya no me insisten, no me siento presionada y hago lo que deseo.

T: Perfecto, cada vez que lo realices tú misma te vas a reforzar diciéndote “bien, lo estoy haciendo muy bien” y felicítate, porque en realidad lo estás haciendo bien.

P: si doctora, así lo haré. Doctora olvidé contarle que en psiquiatría me han disminuido la dosis y me ha dicho la doctora que ya estoy mucho mejor y lista para salir de alta.

T: Que gusto escuchar eso, pues si lo estoy viendo en tu historia, y eso es por tu esfuerzo, por tu empeño en recuperarte...te felicito.

P: Gracias a usted y también a mi mamá que siempre me acompaña. Bueno a mis padres en realidad, a ambos.

T: Si, ellos también han colaborado contigo, pero no olvides que todo esto es por tu constancia y porque también te has dado cuenta de muchas cosas dentro de la terapia.

P: Lo sé, aprendí a manejar las situaciones y mi forma de pensar.

T: Así es Sara, y tú misma lo has trabajado bastante. Y bueno nuevamente te felicito. Vamos a darte una nueva cita. ¿Te parece para el jueves?

P: Por favor que sea temprano, ya que tengo evento en la iglesia y quiero llegar a la hora.

T: Bien Sara vamos a darte la cita.

Conclusión:

Se alcanzaron los objetivos planteados.

Sesión N° 14

Fecha: 13-12-2018

Objetivos de la sesión

ψ Explicarle a la paciente la Técnica de Solución de Problemas

ψ Entrenar a la paciente en la solución de problemas

Técnicas

- Modelado
- Solución de Problemas

Descripción de la sesión:

T: Buenas tardes, Sara, adelante

P: Buenas tardes doctora

T: Que gusto que asistas a tus citas y que llegues temprano

P: gracias, a pesar de que hace bastante calor salí con anticipación.

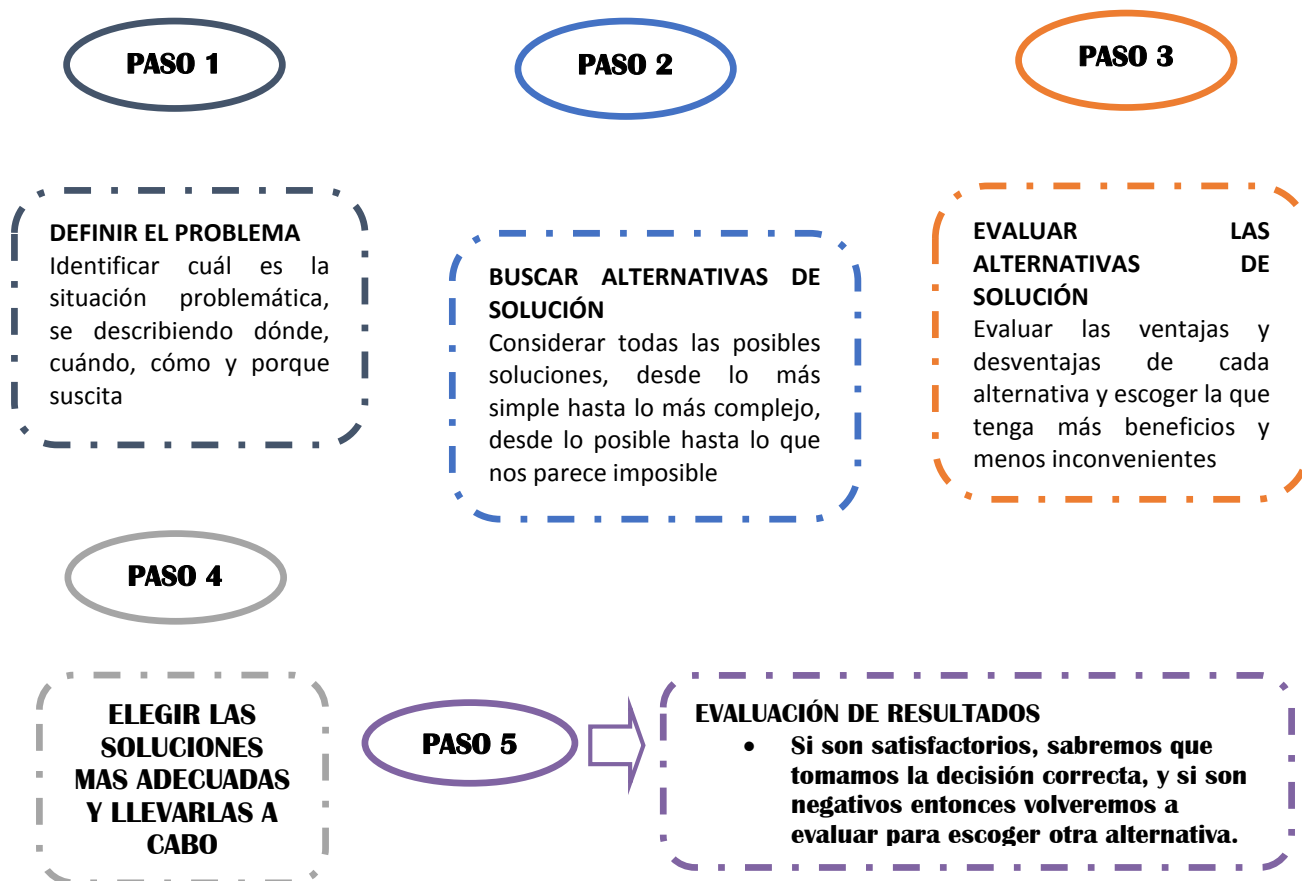
T: Bien Sara, y ¿cómo estás?

P: Bien, bastante tranquila

T: Que bien Sara, bueno hoy vamos a trabajar lo que se denomina la Técnica de Solución de Problemas, con la finalidad de que pueda resolver exitosamente las situaciones que pueda acontecerle en el futuro y que pueda ocasionarte dificultades. Comenzaremos definiendo que es un **problema**.



T: Mediante esta técnica se llegará a buscar varias alternativas de solución para resolver un determinado problema, evaluando cual es la más adecuada a través de las ventajas y desventajas de cada alternativa. Todo ello se realiza a través de una serie de pasos.



T: Bueno, acabo de mencionar los pasos de la técnica y ahora me gustaría que menciones una situación que te resulte o te haya resultado problemática, de modo que con lo que te he explicado puedas darle una solución haciendo uso de los pasos ya mencionados:

P: Bueno, actualmente siento que no tengo ninguna dificultad o problema, pero anteriormente lo tuve. Tal vez podría ser lo que a veces pasa con mi papá que a

veces me comprometo con los de la iglesia y bueno ahora suelo resolverlo de la mejor manera

T: Bien, entonces haremos ese caso con un ejemplo:

1

PROBLEMA: Cuando mi papá me compromete a participar en grupos de la iglesia

- **Hablar con mi papá**
- **Decirle que me deje decidir**
- **Quedarme callada e ir en contra de mi voluntad**
- **Ir al grupo porque eso también ayuda a la iglesia**

2

ALTERNATIVAS	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Decirle papá que iré para ayudarlo	Mi papá yo no me va a insistir	Me voy a sentir muy incómoda y en contra de mi voluntad
Decirle que me deje decidir y asertivamente hacerle entender que no me agrada participar.	Que tome en cuenta mi decisión y viviría más tranquila	Tal vez se incomode mi papá
Quedarme callada e ir en contra de mi voluntad	No pelearían, ni discutirían	Volvería a repetirse la situación
Aceptar pasivamente ir al grupo	Ayudaría a la iglesia y ya me reprocharía mi papá	Volvería a repetirse la situación

3

T: Bien Sara, como observas en la pizarra, todas las alternativas de solución tienen ventajas y desventajas ya que no existe la solución perfecta, pero si la que mejor se adapte a nuestros intereses. Ahora cuéntame, en su momento analizaste los pro y contra de cada alternativa

P: Si, es cierto, antes hubiese hecho otra cosa, como ir en contra de mi voluntad y bueno si bien es cierto no soy tan directa como antes, pero siendo asertiva hago valer mi decisión. Algo así también sucedió con una reunión que iba a darse.

T: Cuéntame, ¿cuál fue la mejor decisión?

P: Respondí asertivamente a mi papá, le dije que no podía y que habían otros que tienen mayor experiencia y lo podían hacer mejor.

T: Muy bien y que resultados obtuvo al tomar esa DECISIÓN

P: Muy buenos resultados ya que ahora no me insiste, ni compromete, toma en cuenta mi decisión y hasta incluso algunos temas de mi casa donde vamos a salir todos en familia también me consultan algunas cosas.

T: Muy bien Sara, entonces en este ejemplo que usted ha otorgado podemos notar que tu decisión tuvo resultados positivos entonces podemos decir que fue una SOLUCIÓN ADECUADA

SOLUCIÓN

4

Responder asertivamente y explicar a mi papá mi punto de vista

Finalmente, se le pidió al paciente que ponga en práctica la técnica explicada ante cualquier problema cotidiano que pueda surgir. Finalmente, se prosiguió a evaluar el estado actual de la paciente con el cuestionario de Depresión Infantil y la lista de

Chequeo Conductual de la Ansiedad, encontrándose ausencia de depresión y niveles de ansiedad estado y rasgos bajos respectivamente.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados para la sesión.

Sesión N° 15

Fecha: 21 – 12 - 2019

Objetivos de la sesión:

- ψ Aplicar la Técnica de Solución de Problemas en situaciones
- ψ Entrenar al paciente en la solución de problemas

Técnicas

- Diálogo expositivo
- Solución de Problemas

Descripción de la sesión:

T: Hola Sara, buenas tardes ¿Cómo estás?

P: Estoy muy bien doctora, con algo de calor, pero bien claro.

T: Si gustas acerco un poco más el ventilador

P: está bien allí, gracias

T: y cuéntame, ¿Ya tienes planes para Navidad y año nuevo?

P: Estos días hubo una reunión adelantada, hubo una reunión en familia, llegó mi tía y mi primo. Nos saludamos y luego me retiré porque tenía sueño pues ya era de madrugada.

T: Y, ¿fuiste la única que te fuiste a dormir?

P: Pues sí, bueno pedí permiso para retirarme y me fui a descansar

T: ¿Qué dijiste exactamente para ir a descansar? y ¿Qué dijeron tus padres?

P: Pues me levanté del sillón y dije que me sentía cansada que me iba a descansar, mi papá me hizo un gesto con sus ojos como diciendo ya te vas, le dije que me que me disculparan pero ya me ganaba el sueño-es que también era casi las 2 de la mañana, luego mi papá me dijo ya, ve hija, ya mañana nos ayudas con la limpieza, pues había mucho desorden.

T: y ¿cómo te sentiste?

P: Me sentí bastante tranquila ya que dije lo que sentía, claro siendo asertiva como he aprendido, hasta he dormido tan tranquila y me levanté con ánimos para ayudar a hacer limpieza en casa y poner todo en su lugar.

T: ¿Cómo poner todo en su lugar?

P: Los servicios, algunos pequeños cuadros fuera de lugar, pero me sentí bastante bien. Volví a hacer mis actividades con ánimos y con algo de música. Claro lo hice sola, como lo hacía antes y me sentí bien, luego me fui a mi cuarto, me acomodé en mi cama y me puse a leer un poco de corte y confección.

T: Que bueno que estés con todos esos ánimos y dime ¿se te ha presentado algún otro inconveniente?

P: pues la verdad nada difícil, todo está tranquilo.

ψ Para poner en práctica lo aprendido, con apoyo de una de mis compañeras de internado ingresa al consultorio y dice lo siguiente:

ψ Disculpe buenas tardes, puedo hablar con su paciente, y le dije claro

ψ P: si, buenas tardes (gira su rostro y habla tranquilamente)

ψ C: buenas tardes, me gustaría invitarla a un pequeño taller en la cual me gustaría que participe junto a otras adolescentes. El tema que vamos a

tocar es sobre el embarazo en la adolescencia, ¿te gustaría?, sólo va a demorar algo de media hora.

ψ P: me gustaría participar, pero he destinado mis tiempos y apenas termine mi consulta tengo unas tareas que hacer en mi casa. Gracias por invitarme

ψ C: puedes hablar con tu mami, tal vez te pueda ayudar con tus deberes y así puedas participar en el taller, te vas a divertir.

ψ P: no, gracias, no puedo postergar mis pendientes, pues luego tengo que ir a la iglesia y la verdad me he comprometido con ellos. Nuevamente gracias.

ψ C: bueno, está bien, pero si te animas será afuera en el patio. Nos vemos. Hasta luego.

ψ P: Gracias, nos vemos.

T: Sara, ¿no te animas a ir?

P: Pues la verdad no, no es de mi agrado, además esos temas los conozco bien, más porque he leído acerca de esos temas con ayuda de mi mamá.

T: y dime ¿cómo te sentiste?

P: tranquila, cómoda al responderle a su compañera.

T: ¿sientes algo de tensión o inquietud?

P: no, hasta me he sentido tranquila dando una explicación para que la otra persona me entienda, siento que lo hice bien

T: es cierto, lo has hecho muy bien Sara. Te felicito.

Vamos a ver cómo has solucionado el problema, vamos a ponerlo en pasos, ¿te parece?

P:si está, bien

1. La situación sería: la invitación e insistencia que me hizo su compañera, a ir a la charla, no me gusta participar en grupos como usted sabe, además tengo unos pendientes más tarde en la iglesia y tampoco podía posponerlo

2. Alternativas de solución:

- Aceptar e ir ante la insistencia
- Aceptar pues también es un tema interesante
- No aceptar la invitación

3.

ALTERNATIVAS	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Aceptar e ir ante su insistencia	Aprender desde el punto de vista de un profesional	Me sentiré incómoda pues no me gusta estar en grupo
Aceptar a pesar de que tengo un compromiso y escuchar pues también es un tema interesante	Aprendería algo más	Volvería a aceptar una situación similar y sentirme incómoda
Quedarme callada y aceptar la insistencia	Estar escuchando atentamente el tema	Volvería a repetirse la situación
No aceptar la invitación porque tengo otro evento.	Me hago comprender y toma en cuenta mi respuesta siendo empática al decirlo	Tal vez mi papá me reproche por no participar en grupo, pero estaría mejor.

P: me siento bastante bien doctora, he aprendido a manejar adecuadamente las situaciones que se me puedan presentar y sobre todo manifiesto lo que pienso y siento, siendo yo misma.

T: ¿Cómo es ser tú misma?

P: Pues prefiero actividades donde yo pueda realizarlas sola, además es cómodo para mí, puedo hacerlo mejor, y, si bien hay situaciones que se presentan donde hay que trabajar con más personas, simplemente las hago, cumplo con mi parte y me retiro despidiéndome asertivamente.

En el colegio me sucedió algo similar, también tenía que participar -obligatoriamente- en las actividades del colegio, que eso valía como nota. La profesora nos hizo participar en dos actividades al azar, una actividad me agradó, donde pude participar que es dibujo y pintura y el otro en concurso matemático por grupo, allí me acoplé al trabajo grupo, les dije para sortear los problemas y que conforme terminemos nos colocamos al frente de mayor a menor, trabajé como líder -se podría decir- porque indiqué para ordenarnos, no era de mi agrado esa actividad pero resolvía los ejercicios sin problemas, hubo presión donde mis compañeros decían “apuren” “responde tú Sara”, me parecían desordenados -claro no se los dije-, pero si les dije “no griten por favor y vamos a ordenarnos”, como que entendieron porque era un concurso de concentración y ganamos, lo hicimos, estaba satisfecha por el resultado mientras los demás se abrazaban, festejaban gritando yo simplemente estaba tranquila sentada viendo los buenos resultados. En la iglesia fue otro tema, pues tenía que si o si colaborar con el decorado o limpieza de la iglesia por grupos, pidieron que levanten la mano, me ofrecí a pintar unos dibujos de la pared -una biblia- y decorar los ramos principales y las demás tareas del coro, canto, o de limpieza ya quedó para los demás. Escogí eso porque es más tranquilo hacerlo sola y lo hago a mi gusto. Terminé y me retiré temprano, me dijeron que me quedó bonito y les dije gracias.

T: y eso ¿cómo te hizo sentir?

P: normal, tranquila, aunque obvio me hubiese gustado estar en otra actividad sola, pero me acoplé sin problema.

T: Bien Sara, se nos acabó el tiempo, continuaremos la siguiente sesión, te parece.

P: claro doctora

T: vamos por una nueva cita

P: Si, gracias

Conclusión:

Se alcanzaron los objetivos planteados.

4.6 Seguimiento

Primera sesión de seguimiento

Fecha: 07 – 01 - 2019

Objetivos de la sesión

- ψ Verificar el manejo de situaciones que se hayan podido presentar en estos quince días.

Técnicas:

- Diálogo expositivo

Descripción de la sesión:

Se da inicio a la sesión, saludando a la paciente y se le felicita su por su puntual asistencia.

T: Hola Sara, buenas tardes ¿cómo has estado?

P: buenas tardes doctora, me siento bastante bien, tranquila y terminé bien en la escuela, le cuento que mi mamá me va a inscribir en taller de corte y confección que es algo que me agrada.

T: que bueno Sara, es un gusto saber que tienes nuevas actividades

P: si, eso me gusta, hasta incluso le he dicho a mi mamá que después podemos poner un pequeño negocio, empezar por vender ropa, yo los hago y ella los vende. Empezaríamos por polos. Ya después quiero alguna profesión con la que tenga que ver con diseño.

T: ya te has puesto planes a futuro, eso es bueno Sara.

P: a mi mamá no le gusta los negocios, pero podría salir bien, ya que siempre se empieza desde cero. Además, me agrada diseñar.

T: Si eso me habías comentado, y dime ¿cómo terminaste las calificaciones escolares?

P: bien, tengo buenas calificaciones, aunque me falta mejorar en matemática y es que ese curso no es de mi agrado, pero sin embargo lo llego a realizar.

T: ¿Qué más no es de tu agrado?

P: bueno del colegio, ese curso, tampoco es de mi gusto educación física, pero sin embargo es parte de las asignaturas de grado y bueno, tengo que hacerlo. Aunque todos tenemos algún curso que nos desagrada, pero son importantes también.

T: qué bueno que lo consideres así

P: cierto, pues gracias a ese curso también puedo ejercitar un poco mi cuerpo.

T: Y ¿cómo te fue con tus amistades?

P: en el colegio todo fue normal, converso lo necesario, me hablo con mis compañeros, aunque amistades cercanas no tengo, pero me llevo tranquilo con

todos, por otro lado, cumplo con la parte en los trabajos de grupo, a veces voy a casa de mis compañeros llevando lo que me corresponde, participo y me retiro cuando lo crea conveniente.

T: y, ¿no te insisten para que te quedes hasta que terminen el trabajo?

P: si ha pasado, en dos oportunidades me quedé unos minutos más, hasta les doy recomendaciones y con tino me despido para irme a casa. Hay casos en que ellos se van a otro lado a lo cual me invitan, pero después que les digo que tengo que hacer, ya no me insisten y paso a retirarme tranquila.

T: y ¿qué te dicen tus padres?

P: mis papás ven que llego temprano de hacer mis trabajos, me preguntan que tal me ha ido, les digo que me fue bien, me dicen que bueno hija y luego me pongo a realizar mis tareas en mi cuarto, a veces me pongo a dibujar y me siento bastante a gusto haciendo sola mis cosas.

T: ¿no hay alguna novedad o situación que te haya hecho sentir incómoda?

P: Hay diversas situaciones que se pueden dar, pero me siento tranquila, como por ejemplo en mi iglesia, quisieron ponerme ese día como líder para un grupo de niños y enseñarles la biblia...y bueno le tuve que decir que NO a la hermana, le dije que no es de mi agrado y que prefería otras actividades.

T: ¿te incomodaste? O ¿te generó algún tipo de tensión?

P: No, simplemente me dijo: entiendo hermanita, le pediré a alguien que nos ayude, le dije: si por favor, entendió y me fui tranquila con mi mamá.

T: Y, ¿qué función realizas en la iglesia?

P: A veces acompaño a mis padres, pues mi papá es pastor de la iglesia. Le cuento que en una oportunidad una hermana me dijo frente a mi mamá que porqué yo no me agrupaba con los demás para los ensayos

T: ¿y qué pasó?

P: Le dije que a veces no deseo, pero que en otras oportunidades si lo hago y me dijo, que estaba bien. Después se puso a conversar con mi mamá. Y me fui al carro de mi papá a esperarlos, allí estaba leyendo unas revistas de la iglesia, esperé a mis papás y luego nos fuimos a casa

T: entonces, ¿no hay ninguna situación que hasta el día de hoy te genere mucha tensión?

P: No, estoy bastante mejor, me agrada mi forma de ser pues gracias a ello tengo nuevos planes para mí, pues quiero estudiar corte y confección, pues eso me agrada.

Mamá de paciente: Doctora muchas gracias por ayudarnos con mi hija, gracias a Dios veo la bastante, gracias a la terapia retomó sus estudios -eso era una preocupación para nosotros ya que es importante estudiar para salir adelante- hasta sus calificaciones están altas, va a la iglesia cuando ella desea, hace respetar su opinión, responde asertivamente si desea participar en las reuniones de adolescentes que hay en la iglesia y cuando lo hace, lo hace sin ningún problema. Ella está bastante bien, ahora le pediría que por favor pueda atender a un familiar que está pasando por una situación similar.

Papá: Yo también quiero agradecerle, pues Sara ha retomado nuevamente sus actividades e incluso lo hace mejor y gracias a ello nos demuestra que puede llegar lejos, tal vez puede ser una empresaria pues le gusta el diseño y corte confección.

T: Que bueno que Sara esté bastante bien, ella sabe que es una persona única y valiosa como todos, que sabe manejar diversas situaciones que se le presentan. Felicito el esfuerzo realizado por todos ustedes y tengan en cuenta

que tal vez pueda haber situaciones difíciles y si necesitan de alguna orientación siempre estaremos al servicio de ustedes. Y en cuanto a su familiar veamos para darle una cita.

P: Gracias Doctora

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados.

Segunda sesión de seguimiento

Fecha: 07 – 02 - 2019

Objetivo general de la sesión:

- ψ Verificar el manejo de situaciones que se le presentan, manteniendo un estado adecuado de su funcionalidad después de un mes.

Técnicas:

- Diálogo expositivo

Descripción de la sesión:

Se da la bienvenida, con un cordial saludo a la paciente y a la madre, se le felicita por su puntual asistencia.

T: Hola Sara, ¿cómo has estado?

P: buenas tardes doctora, estoy bastante bien, estudiando cursos de verano que dictan en el colegio, abocada en mis tareas y en lo que me gusta.

T: que bueno Sara, que bien que sigas con tus actividades educativas y ¿cómo te va en la iglesia?

P: en la iglesia pues muy bien, esta semana me ha tocado nuevamente actividades que compete a la decoración de la iglesia, bueno, yo misma me ofrecí para ello y cómo lo hago bonito, me dejan hacerlo, a parte no requiere de mucho trabajo.

T: está bien, y ¿has tenido dificultades o situaciones algo complicadas que te generen estrés o preocupaciones?

P: pues la verdad no he tenido dificultades, sé manejar con mayor seguridad las cosas, a pesar de que a veces a mi papá le insistan que sea yo quien participe del manejo de lecturas de biblia para grupos, él las envía a que me consulten y mi respuesta es que prefiero otras actividades.

T: ¿esas situaciones no te molestan?

P: la verdad no, mi respuesta es la misma: que prefiero otras actividades, que esa no es de mi agrado, me ha funcionado pues no me han vuelto a insistir. Por otro lado en el colegio cuando es recreo salgo, me siento en las gradas y a pesar que no me agrada estar en grupos unas compañeras se acercaban a mí y me decían: ¿te gusta leer bastante no?, a lo que mi respuesta es: si, es mi pasatiempo favorito, claro, por allí una de ellas me dijo: ¡que aburrido!, a lo que yo atiné a decir: bueno, cada uno con sus gustos, y las demás apoyaron mi respuesta diciendo: a claro, cada uno con sus cosas, conversamos un momento y luego se despidieron con un nos vemos y siguieron caminando en grupo.

T: lo mencionado por tus compañeras, ¿no te generó molestias?

P: No, para nada, pues es cierto que cada uno con sus gustos y me siento bastante bien con ello. Además, estar o trabajar en grupo no es de mi agrado, sin embargo, cumplo con mis actividades, resuelvo mis cosas y al llegar a casa hago lo mismo, aunque allí más me gusta estar en mi cuarto leyendo o buscando información en el internet de mi agrado, a veces me pongo a ver tutoriales de dibujos que son bonitos.

T: veo que tienes mayor facilidad para expresar tus decisiones

P: cierto, me siento tranquila por eso, estoy bastante bien. Tomo las cosas con tranquilidad, en mi casa siempre dejo mi casa bonita, mi sala ordenada, a veces cambio de lugar algunas cosas y me dicen que está bonita la sala, después a veces me llaman para cuando viene alguien de visita, salgo a saludar, estoy un momento, luego pido permiso para retirarme y hacer mis cosas a lo que todo marcha tranquilo. Posteriormente mis papás me llaman y dicen, por ejemplo “ya se va tu tía”, a lo que salgo a despedirme y nuevamente sigo con mis actividades.

T: y ¿qué te dicen tus padres?

P: mis papás sólo me dicen anda sigue haciendo tus cosas y normal me voy a continuar con lo mío.

T: cuando te visitan tus familiares, no te hacen preguntas, tal vez ¿cómo vas en el colegio? U otra pregunta

P: a claro, les digo que me va bien, y luego dicen, ya vas a terminar el colegio, seguro ya estás pensando en una carrera profesional, a lo que les menciono que estoy viendo lo que me gusta, ya después siguen conversando con mis papás y yo me retiro, también a veces le ayudo a mi mamá en la cocina a preparar un refresco o algo para que invite a la familia, ya luego me retiro a mi

cuarto a terminar con mis tareas que me dejan en el colegio, pues en la secundaria es mayor responsabilidad.

T: Y, ¿cómo es la relación con tu hermano?

P: con él es normal, aunque él es irresponsable, le gusta estar jugando, en su mayoría de veces desobedece a mis padres, las tareas de la casa, como lavar los servicios, barrer, trapear o ayudar a lavar el carro de mi papá lo hago yo sin molestarte. Antes con mi desgano no hacía nada de ello, mi hermano lo hacía sólo y a veces se quejaba que yo no hacía nada, ahora es todo lo contrario, pero hago las cosas sin molestarte pues no es mucho y las hago bien.

T: genial Sara, qué gusto escuchar que haces tus actividades con total normalidad y me satisface escuchar que mantienes esa energía para ayudar en casa.

P: si doctora, aquí mi mamá le podrá corroborar lo que menciono

T: señora, le doy pase a usted, a pedido de Sara

Madre de paciente: (entre sonrisas), doctora nuevamente buenas tardes, como dice Sara es cierto, ella hace sus cosas bastante bien, en el colegio sus notas son bastante buenas, con la familia interactúa bien con todos, hasta a veces con la visita, no es de quedarse mucho tiempo conversando, pero saluda está un momento con nosotros y posteriormente se retira a hacer sus tareas del colegio o sus pasatiempos de lectura o música, a lo cual nosotros lo respetamos mucho, después es cierto que ayuda en casa con los deberes, ella es quien a veces ordena a su manera los adornos de la sala, quedando bonita la casa, a su papá también le ayuda con lavar el carro y con su hermano pues es todo tranquilo, claro que él es todo lo contrario a ella, hasta incluso

es un poco rebelde pero se lleva bien con Sara, en esa parte respetan sus espacios. Pero con mi hijo si tengo que insistir para que cumpla con diversas actividades ya que suele estar más en el juego, tanto por mi casa como en el colegio, pero allí vamos siempre insistiendo con mi esposo. Con él más bien quiero que más adelante usted pueda aconsejarle.

P: que bueno que Sara se desenvuelva adecuadamente y más por iniciativa propia. Lo de su niño lo podemos ver al final de la sesión, pero dígame ¿hay alguna situación que le genere dificultades a su hija?

M: No doctora, ella está bastante bien, gracias al señor -Dios- que mi hija está mejor, e incluso más que antes. Mi esposo y yo hemos hecho todo lo que usted nos ha dicho, situación que también ha influido para su mejora, y no queda más que agradecer a su persona porque también se ha preocupado por utilizar diversas formas de llegar a ella y ayudarla.

T: estoy al servicio de ustedes y de quien lo pueda necesitar, muchas veces podemos tener problemas, situación que no es mala, lo importante es buscar medios para poder solucionarlo en su momento. Los felicito por este progreso. Cualquier cosa que necesiten pueden venir.

P: Gracias Doctora

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados.

Tercera sesión de seguimiento

Fecha: 07 -05 - 2019

Objetivo de la sesión:

- ψ Verificar el manejo adecuado de situaciones que se le presentan, manteniendo un estado adecuado de su funcionalidad después de mes y medio.

Técnicas:

- Diálogo expositivo

Descripción de la sesión:

Se da la bienvenida a la paciente y a los padres, saludando primero a la paciente y luego a ambos padres, se les felicita por ser puntuales.

T: Hola Sara, ¿cómo estás?

P: bien doctora, estoy tranquila y con mis actividades de siempre.

T: que bueno Sara, y cuéntame ¿cómo van tus actividades de siempre?

P: empezando por mi familia bien, mis padres me dejan hacer mis cosas tranquilamente, bueno además soy bastante responsable, así que no hay mucho que supervisar, con mi hermano tenemos buena relación, él ya tiene horarios y cuando puede yo le ayudo con algunas cosas que ya no alcanza a realizarlas, claro con respecto a las labores de hogar. En el colegio, tengo buenas calificaciones, mi desempeño es bueno académicamente, con mi entorno amical, todo tranquilo, pues me desenvuelvo bien, aunque no me agrada estar en grupo, cuando la situación lo amerita lo hago sin dificultad.

T: está bien, y ¿en la iglesia tienes nuevas actividades?

P: No, generalmente me ofrezco en actividades que son de mi agrado, a veces lo hacemos entre dos o tres personas, cumplo con mi labor y me voy a casa, mis padres me felicitan porque soy ordenada y porque sin que me estén indicando en qué puedo ayudar lo hago por mí misma

T: que bueno, y, ¿no se han presentado situaciones incómodas?

P: a veces se presentan como a cualquiera, pero no me ha generado problemas porque los he resuelto a mi manera. Hasta mi abuelita, le podría decir que viene a visitarnos y ya no se mete en nuestras cosas, respeta cosas que a ella no le agrada, como por ejemplo, a veces se le escapa en darme indicaciones que debo tenerle la ropa lista a mi papá para que salga temprano a trabajar, a lo que respondo en que son sus cosas y hubo una oportunidad en que me dijo: ¿ya te vas? -delante de toda la familia reunida- a lo que sólo le respondí: si abuelita, por eso estoy pidiendo permiso para terminar con mis tareas...a veces suele ser así

T: ¿y te sentiste molesta?

P: No, porque le dije con respeto y tranquilamente, además también las personas mayores son un poco más complicadas y ella fue educada de otra manera, tal vez por eso suele ser así. Todos somos diferentes

T: así es Sara, todos somos diferentes, y hablar con respeto es bueno.

P: cierta doctora por eso estoy tranquila, tal vez si suelen presentarse problemas creo que puedo resolverlo yo misma.

T: ¿podrías decir que te encuentras muy bien en todos los aspectos?

P: si, diría que si, a pesar de que no es de mi agrado socializar o buscar amigos, creo que puedo desenvolverme bien, además sé que estoy bien académicamente, mis padres me apoyan en lo que yo decida, ahora ellos están juntando dinero para que me puedan matricular después en un instituto de corte y confección, por mi parte veo tutoriales de ello. A veces me escriben algunos compañeros para invitarme a su cumpleaños -claro que sólo serán dos o tres-, a lo que les digo que no podré -pues no es de mi agrado las fiestas-

además mi iglesia no me lo permite, pero si les regalo un presente, algo significativo

T: ¿Qué manifiestas en tus excusas?

P: bueno, les digo que tengo que ir a mi iglesia y es que así es.

T: y ¿no te insisten?

P: no, creo que ya me conocen y me dicen: ah ya chévere.

T: y ¿no te genera molestias?

P: nada, aceptan mi regalo -pues regalé un llavero de peluche chiquito que traje mi mamá- que mencionó que estaba bonito y nada más

T: ¿tu mamá te escogió el regalo?

P: si, cómo ella va al mercado le encargué eso...más o menos le describí llaveros de peluche de los que usan las chicas.

T: ¿conoces sus gustos de tus compañeros?

P: no, pero es lo que vi en las mochilas de mis compañeras

T: que bien Sara

Madre de paciente: (entre sonrisas), doctora, si ella regala es porque le agrada algo de su compañera, es porque tienen algo en común, en este caso fue la lectura, después es poco de compartir con ellos. Actualmente mi hija está bien, sigue con sus actividades, asiste con nosotros los martes, jueves y a veces los sábados a la iglesia, así también a veces participa de las tareas que le asignan en la iglesia, se desempeña tranquila en todos los aspectos.

T: que gusto saber que se encuentra bien.

M: si pues, mi esposo y yo estamos tranquilos y contentos porque ella se desenvuelve de manera normal, la queremos mucho, pues a pesar de su edad

es muy responsable. En buena hora Dios nos puso en este camino y ahora está bastante bien.

T: Bueno Sara, con esto hemos culminado el proceso de la terapia y me da gusto saber que has aprendido a solucionar diversos problemas y que hayas mejorado, así también debes saber que si se presentan otras situaciones difíciles puedes poner en práctica todo lo aprendido y si tal vez necesitas venir, estamos a tu servicio.

P: Gracias Doctora y que nuestro señor la bendiga siempre.

T: muchas gracias por sus palabras.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados.

Capítulo V : RESUMEN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES

5.1 Criterio de la paciente

La paciente refiere “Antes me sentía triste, frustrada, desganada, sin energías, a veces lloraba, tensionada y estresada casi todo el día y todos los días. Todo lo antes mencionado me abrumaba tanto que dejé el colegio por meses. Ahora me siento tranquila, sonrío porque realizo mis actividades que antes había dejado, incluso retorné a estudiar y mis calificaciones son satisfactorias. En el aspecto social he mejorado, pues si bien es cierto desde siempre me es indiferente tener o hacer amigos, hoy en día puedo relacionarme mucho mejor con los demás, pues he aprendido diferentes técnicas para saber responder adecuadamente ante las exigencias de mis pares o entorno educativo y en cuanto a mi entorno familiar me siento comprendida, la relación con mis padres ha mejorado, tengo una comunicación más efectiva en familia y me satisface participar en las tareas del hogar.”

5.2 Criterio familiar

La madre de la paciente refiere: “Mi hija está muy bien desde que empezó con la terapia. Ella ha aprendido a manejar de una manera apropiada las situaciones que se le presentan, a parte que ha regresado a su escuela, está más activa, hace sus actividades escolares con más energías, ayuda en las labores del hogar y en nuestra iglesia también participa tranquilamente.”

El padre de la paciente refiere: “Sara es una adolescente que ha mejorado en todos los aspectos, pues ahora ya no se encierra en su cuarto, regresó a estudiar con mayor interés en ello y hasta incluso está pensando en estudiar corte y confección, por otro lado, nuestra relación ha mejorado mucho en cuanto a una buena comunicación y comprensión, más de mi parte.”

5.3 Criterio Psicoterapéutico

Tomando en cuenta la primera etapa de evaluación y diagnóstico de la paciente, en donde se aplicó técnicas de entrevista, observación y registro y además considerando el uso del marco teórico de la terapia cognitiva conductual se manifiestan cambios a nivel personal, familiar y social, ya que la paciente ha alcanzado cambios que hoy se puede observar en su funcionalidad.

5.4 Criterio funcional

Al inicio de la terapia la paciente evidenciaba disfunción parcial en el área personal, familiar y social, pero conforme se iba avanzando el tratamiento psicoterapéutico los cambios eran notoriamente favorables, lo cual permitía que la paciente pueda afrontar diversas situaciones con un control emocional y afectivo adecuado logrando una funcionalidad apropiada.

5.5 Criterio Psicométrico

Pre test :

Prueba Psicométrica	Nivel
Cuestionario de Depresión Infantil	19 (moderado)
Lista de chequeo de Ansiedad Infantil	13 (Leve)

Post test :

Prueba Psicométrica	Nivel
Cuestionario de Depresión Infantil	6 (ausencia)
Lista de chequeo de Ansiedad Infantil	4 (normal)

Resumen

Paciente adolescente acude a consulta al servicio de psicología manifestando que desde pequeña siempre se ha tenido preferencias por realizar actividades solitarias, como dibujar, pintar o leer; estas actividades eran de su preferencia hasta en las horas de recreo y cuando realizaba trabajos en grupo participaba lo necesario, por otro lado los profesores la consideran buena alumna a pesar que muchas veces manifestaba cierta frialdad emocional cuando se trataba de mencionar a sus compañeros que causaban desorden en clase, situación que muchas veces incomodaba a sus compañeros tildándola de “rara”, a lo cual para ella le era indiferente, por tal motivo no tiene amigos, sin

embargo conforme iba creciendo suscitaban actividades que requerían más de su participación en grupo, como trabajos grupales, exigencia de sus familiares a que participe con los demás adolescentes a las reuniones de la iglesia donde ella participaba. Ante la presión social ya sea por parte de sus padres o dentro del contexto escolar de que participe con mayor frecuencia o énfasis en grupo, le ha generado mucha tensión, estrés, pero sobre todo tristeza y frustración porque ha intentado hacerse entender que no es de su agrado que la obliguen a participar en grupos, reuniones o fiestas, pero no lo consigue, llegando a estresarse y eso le causa mucha fatiga lo cual ya no tiene ganas de hacer ninguna actividad, pues no logra concentrarse como antes, es así que se la pasaba durmiendo la mayor parte del tiempo, dejó de realizar sus actividades en la casa y escuela, disminuyó su rendimiento escolar dejando el colegio por un tiempo. Por todo lo antes mencionado, se llevó a cabo una evaluación, concluyendo con un diagnóstico de un Episodio Depresivo Moderado en una personalidad con rasgos Esquizoides.

Posterior al diagnóstico se inició la Terapia Cognitiva Conductual, donde se realizó 17 sesiones a las cuales la paciente asistió de manera puntual. Conforme se iba avanzando las sesiones se podía observar cambios favorables en la paciente, incluso retomó sus actividades escolares. La terapia consistía en aplicación de técnicas de respiración para controlar su tensión antes situaciones que le generaban estrés, también se hizo reestructuración cognitiva y por último se trabajó técnicas en habilidades sociales, la cual aprendió favorablemente. Por otro lado, también se trabajó de manera conjunta con ambos padres, siendo de gran apoyo para su recuperación.

Para culminar el proceso psicoterapéutico se llevó a cabo tres sesiones de seguimiento para constatar el adecuado manejo de técnicas aplicada en diversas situaciones que se le pueda presentar a la paciente. Con todo lo antes mencionado se pudo corroborar que la paciente logró confrontar las dificultades que se le presentaban a diario, también se logró que la paciente retome actividades que había dejado de lado, participaba en actividades de grupo sin dificultad alguna, sus calificaciones académicas lograron ser satisfactorias llegando a ser funcional en todas las áreas.

CONCLUSIONES

Mediante el criterio clínico, apoyado con el criterio psicométrico se establece que la paciente tiene como diagnóstico un Episodio Depresivo Moderado.

La paciente tiene parientes con trastorno de Personalidad Esquizoide y con esquizofrenia, lo cual podría influenciar en sus rasgos de personalidad según estudios de antecedentes genéticos.

La paciente asiste por sus síntomas propios de la depresión, más no por los de personalidad, ya que con ello se siente a gusto.

Las exigencias familiares y escolares para tener que socializar con su entorno le genera tristeza y ansiedad en la paciente pues se contraponen sus rasgos de personalidad y no se siente comprendida.

La psicoeducación es una técnica que permite explicar y comprender la problemática que padece el paciente, la cual genera adherencia de manera positiva al tratamiento.

Identificar los errores de pensamiento es importante para lograr un buen debate en la terapia.

La reestructuración cognitiva es una técnica muy importante que ha permitido modificar el modo de interpretar las experiencias de la evaluada.

La programación de actividades es una de las tareas que permite que la paciente retome actividades satisfactorias y encuentre otras de su agrado.

La técnica de reatribución permite que los pacientes que atraviesan por una depresión, como en este caso, eviten asumir su porción de responsabilidad real por un suceso.

El entrenamiento en habilidades sociales permite a los pacientes a resolver diversos conflictos que se le pueden presentar a diario.

En el área de afectividad, en el post-test, la paciente evidencia ausencia de los síntomas depresivos.

En el área emocional, en el post-test, se evidencia una disminución en el componente de Ansiedad, encontrándose en un estado normal.

RECOMENDACIONES

- ψ Se recomienda tomar en cuenta todos los factores para establecer un buen diagnóstico y en consecuencia llevar a cabo un tratamiento adecuado.
- ψ Es recomendable seleccionar y establecer técnicas apropiadas para el paciente, tomando siempre en cuenta los rasgos de personalidad.
- ψ Se recomienda la terapia cognitiva conductual en los casos de depresión porque es una estrategia utilizada para mejorar los esquemas cognitivos del modo más adaptativo posible.
- ψ Es recomendable que los padres o apoderados sean los entes principales durante el tratamiento de los pacientes con depresión ya que es el soporte emocional más importante para el cambio o mejora.
- ψ Se recomienda que se sigan realizando estudios el cual aporte a las investigaciones, ya que cada uno difiere por su particularidad.

REFERENCIAS

- Beck, A.; Rush, J.; Shaw, B.; Emery, G., (2010). *Terapia Cognitiva de la depresión* (19 edición). Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Caballo, V., (1998). *Manual para el tratamiento Cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Volumen 2). Madrid, España: Siglo veintiuno editores.
- Morris, Ch., (1992). *Introducción a la Psicología* (Séptima edición). Naucalpán de Juárez, Edo. de México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10*. Madrid.: Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial De La Salud OMS., (2017) *La Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Papalia, D., Feldman, R.; Martorell, G., (2012). *Desarrollo Humano (Duodécima Edición)*. México, D. F., México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Sadock, B. y Sadock, V., (2009). *Sinopsis de Psiquiatría* (décima edición), Barcelona, España: Wolters Kluwer.
- Vallejo, J., (2006). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría* (Sexta Edición). Barcelona, España: Masson.
- Zarragoitía, I., (2011). *Depresión, generalidades y particularidades*. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas.

ANEXOS

ANAMNESIS PSICOLOGICA

I. DATOS DE FILIACION

Apellidos y Nombres Sara [redacted]
Edad 14a Fecha de Nac. 30-05-2003 Lugar Atma.
Domicilio Vintanilla.
Diagnóstico Médico y/o Psicológico
Psiquiatría: Depresión farmacológica.
Tratamiento Actual fluoxetina.
Medicamento fluoxetina.
Escolaridad Dejó el colegio.
E.I. _____ Centro Educ. _____
E.P. _____ Centro Educ. _____
E.E. _____ Centro Educ. _____
Examinador Betty Sánchez. Fecha _____

II. PROBLEMA ACTUAL

La madre refiere traigo a mi hijo porque desde hace unos meses atrás he notado que está muy deprimido y irritable todo le molesta, a veces llora. Además desde muy pequeña él siempre ha sido poco sociable muy indiferente no le gusta las muestras de afecto es como si no le gustara, pese a que somos sus padres, nosotros le solemos decir que se integre con los chicos de su edad pero no le llama la atención, suele realizar sus tareas sola, su sueño ha aumentado y su alimentación se ha disminuido.

Desde cuándo notó las dificultades?

En relación a su personalidad: desde muy pequeña no tiene amigos, no le agrada relacionarse, prefiere actividades solitarias.

Qué hizo? pienso que era normal porque era pequeña, pero ahora la he traído.

Cómo siguió? No lo tomé en cuenta porque pensé que mejoraría y que por la adolescencia tendría este cambio.

En la actualidad cómo se presenta la dificultad? (describir la conducta)

- Dejó de ir al colegio.
- No sale de casa.
- Gusta oprimirse o aislarse solitaria.

III. DATOS FAMILIARES

a) PADRES

Padre	Madre
Nombre... <u>Richard</u>	Nombre... <u>Claudia</u>
Edad... <u>43 a.</u>	Edad... <u>39 a.</u>
Ocupación... <u>Contactador - Pastor</u>	Ocupación... <u>Ma de casa (ahora)</u>
Enfermedades... <u>Ninguna</u>	Enfermedades... <u>Ninguna</u>
Personalidad... <u>"Impulsivo"</u>	Personalidad... <u>Amable, en tus vestida</u>
De no vivir con los padres con quién vive el niño?	
desde	
Motivo	
Ocupación del apoderado	

b) HERMANOS

Nombre	Edad	Ocupación	Problema
<u>Eduard</u>	<u>12 a.</u>	<u>estudiante</u>	<u>Ninguno</u>
		<u>- se llevan bien</u>	
		<u>- El es sucuro, algo rebelde</u>	

Otros miembros de la familia que viven con el niño NO

En la familia existen personas con trastornos mentales, retardados que presentan ataques, convulsiones, deformaciones físicas, que tienen dificultades para hablar, sordos, mudos, acentuados problemas de aprendizaje, que no asisten al colegio, que no llevan una vida normal, etc.

- La hermana de la madre tiene Personalidad Esquizoide y ahora tiene depresión nerviosa.
- Hno de padre (Tio) - tiene esquizofrenia.

c) VIDA FAMILIAR

Armonía familiar Actualmente padres se llevan bien, hay buena comunicación

Actitud de la familia frente al problema (Padres, hermanos, otros) Los padres al inicio lo tomaban como algo malo, ahora tratan de entenderla.

Espectativas de la familia frente a la rehabilitación y/o re-educación Esperar que pase esa burla presente porque de esa manera va a volver a estudiar.

IV. ASPECTO HABITACIONAL

Características de la vivienda Vivienda de 2 pisos

V. DESARROLLO DEL NIÑO

Embarazo

Deseado por la madre Si Deseado por el padre Si Condiciones en que fue gestado conflicto con la pareja y la madre tenía como Enfermedades ó molestias de la madre durante el embarazo conflicto por la enfermedad de su madre
Utilizó abortivos, hierbas, métodos fisiológicos, caídas casuales o expresas No
Accidentes No
Estado emocional durante el embarazo Traite por el comen. de la madre (Abuela de Sara)

Parto

A los cuántos meses presentó 9 meses Fue normal, largo, difícil, doloroso, alguna complicación normal
Fue atendido por Dr.
requirió del uso de fórceps, cirugía u otra maniobra obstétrica No

Estado del Recién Nacido

Peso 5000 Talla 52 Apreciación general Normal
Nació asfijado, cianótico _____ tardó en llorar al nacer? _____
estaba hinchado, morado, con el cordón umbilical enredado al cuello? No
Le dieron oxígeno? _____ estuvo en incubadora? _____
Qué tiempo? _____ Tuvo convulsiones? _____
Enfermedades que tuvo el niño desde su nacimiento No

Primera Infancia

Estuvo hospitalizado? No Qué tiempo? No Motivo _____

Alimentación

Leche materna Si Qué tiempo? Casi 6 meses Leche artificial Si
motivo Tenia que trabajar Tipo de leche insuero por recomendacion
biberón hasta 1 a 8 m Problemas intestinales No

Motricidad

Edad en que sostuvo la cabeza 9 m Edad en que se sentó 6 m
Se paró 12 meses caminó 1 a 2 m

Desarrollo Fisiológico

Edad en que apareció los dientes 7 m controló la vejiga 2 a 5 meses se le enseñó
Controló la evacuación intestinal _____

Desarrollo Social

Edad en que reconoció a las personas 3 m edad en que reconoció a la madre 1-2 m dijo sus primeras palabras 1 a 2 m
Problemas No

VI. DESARROLLO EN LA ACTUALIDAD

Alimentación: Come solo o con ayuda Sola apetito Adeuado
Comidas preferidas Tallarines, arroz con pollo
comidas que disgusta _____
Sueño

Duerme mucho Si Regular — Poco — Cuando duerme es tranquilo A veces Intranquilo — tiene pesadillas NO tiene miedo de dormir en la oscuridad — con quién duerme sola tiene cama propia Si Hora de acostarse 10-11 pm Hora de levantarse 6-7 am

Vestido
Se viste solo o con ayuda sola se desviste solo o con ayuda sola

Higiene
Se lava solo o con ayuda solo se baña solo o con ayuda
es aseado Si es ordenado.....

Problemas
Enuresis nocturna NO Enuresis diurna NO Funcionamiento intestinal
Suele tener náuseas NO vómitos NO
Se come las uñas NO Tiene Tics NO Muecas NO
Se mete los dedos en la nariz NO hace pataletas y berrinches NO

Motivo.....

Juegos (de niño)
Sabe jugar NO Juega solo o con otros prefiere estar solo a qué le gusta jugar pintar, dibujar, leer con quién prefiere jugar
Ve TV Si Tiempo casi 2 h

Ayuda a los padres Si en qué quehaceres del hogar

Inquietudes en el área sexual
conoce por información de los padres / colegio

VII. OBSERVACIONES

Sobre la madre refiere que ahora le dedica más tiempo
Sobre el padre es quien presiona a que participe o socialice con los demás.
Sobre el hogar

VIII RESULTADO DE EXAMENES ESPECIALIZADOS

Pediátrico
Psiquiátrico
Neurológico
Audiológico
Oftalmológico
Psicológico

INVENTARIO CLÍNICO DE MILLON PARA ADOLESCENTES

GG
FF
EE
DD
CC
BB
AA
H
G
F
E
D
C
B
A

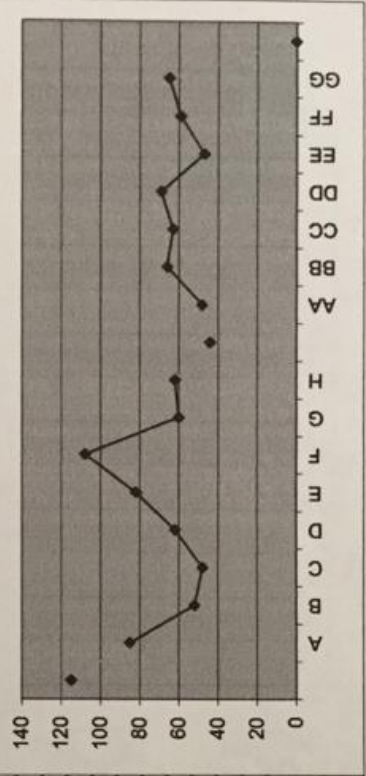
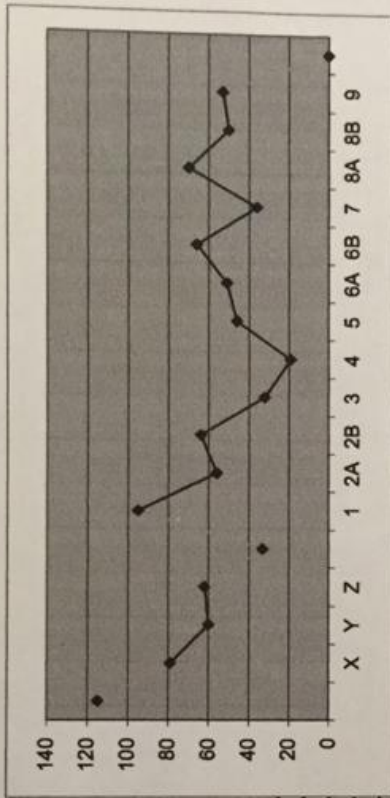
MAGI

Plantilla desarrollada por: Sergio Alexis Dominguez Lara

Nombre:	sara
Apellidos:	C
Sexo:	f
Edad:	14
Institución:	0
Evaluador:	0
Fecha:	0

RESULTADOS:

PROTOCOLO VALIDO		TB	ESCALAS	TB
X-Transparencia	79	✓	A-Difusión de la Identidad	85
Y-Deeseabilidad	60		B-Devalorización de sí mismo.	52
Z-Allteración	62		C-Desagrado por propio cuerpo	48
* 1-Introversión	95	✓	D-Incomodidad respecto al sexo	62
2A-Inhibido	56		E-Inseguridad con los iguales	82
2B-Pealimista	64		F-Insensibilidad social	108
3-Sumiso	32		G-Discordancia Familiar	60
4-Histrionico	19		H-Abusos en la infancia	62
5-Egocéntrico	46		AA-Trastornos de la Alimentación	48
6A-Rebelde	51		BB-Inclinación abuso sustancias	66
6B-Rudo	66		CC-Predisposición a la delincuencia	63
7-Conformista	36		DD-Propensión a la impulsividad	69
8A-Oposicionista	70		EE-Sentimientos de ansiedad	47
8B-Autopunitivo	50		FF-Afecto depresivo	59
9-Tendencia Limite	53		GG-Tendencia al suicidio	65



9 puntos

CUESTIONARIO (CDI)

NOMBRE SARA EDAD 14a
FECHA DE NACIMIENTO 30-05-2003 FECHA DE HOY
GRADO COLEGIO

Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge de cada grupo una oración, la que mejor diga cómo te has portado, cómo te has sentido, que has pensado en las **ULTIMAS DOS SEMANAS**; luego coloca una marca como ésta "X" en la línea de puntos que está al costado de la oración que eliges.

No hay respuesta correcta o incorrecta, solo trata de contestar, con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti.

Aquí tienes un ejemplo. Trata de contestar poniendo una "X" al costado de la oración que sea cierta para ti.

Ejemplo:

- Siempre leo libros
- Algunas veces leo libros
- Nunca leo libros

Muy bien, ahora comienza a contestar.

Recuerda marca la oración que mejor diga como has estado en las últimas **DOS SEMANAS**.

- 1) Rara vez me siento triste
..... Muchas veces me siento triste
..... **x** Me siento triste todo el tiempo

- 2) Nada me va a salir bien
..... **x** No estoy seguro si las cosas me van a salir bien
..... **x** Las cosas me van a salir bien ✓

- 3) Hago la mayoría de las cosas bien
.....Hago muchas cosas mal
.....Todo lo hago mal
- 4)Muchas cosas me divierten
2 Me divierten algunas cosas
.....Nada me divierte *¡¡¡ por distracción*
- 5)Soy malo todo el tiempo
.....Soy malo muchas veces
.....Rara vez soy malo
- 6)Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas.
7 Me preocupa que puedan pasarme cosas malas
.....Estoy seguro que me pasaran cosas terribles
- 7)Me odio a mí mismo
1 No me gusto a mí mismo
.....Me gusto a mí mismo
- 8)Tengo la culpa de todas las cosas malas
0Tengo la culpa de muchas cosas malas
..... Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas
- 9) No pienso en matarme
0Pienso en matarme pero no lo haría
.....Quiero matarme
- 10)Siento ganas de llorar todos los días
0Muchos días me dan ganas de llorar
..... Rara vez siento ganas de llorar
- 11)Las cosas me molestan todo el tiempo.
1 Las cosas me molestan muchas veces
.....Rara vez algo me molesta
- 12)Me gusta estar con otras personas
1 Muchas veces no me gusta estar con otras personas *por gusto*
.....Yo no quiero estar con otras personas
- 13)No puedo decidirme por algo
1 Es difícil para mí decidirme por algo
.....Me decido fácilmente por algo
- 14) Me veo bien
0Hay algunas cosas malas en mi apariencia
.....Me veo horrible
- 15)Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer mi tareas del colegio
0Muchas veces me cuesta mucho esfuerzo hacer mis tareas del colegio
..... Hacer mis tareas del colegio no es gran problema

- 16) Todas las noches tengo problemas para dormir
 1) Varias noches tengo problemas para dormir
 Duermo muy bien
- 17) Rara vez me siento cansado
 1) Muchos días me siento cansado
 Todo el tiempo me siento cansado
- 18) La mayoría de los días no tengo ganas de comer
 Varios días no tengo ganas de comer
 Como muy bien
- 19) No me preocupan dolores ni enfermedades ✓
 0) Muchas veces me preocupan dolores y enfermedades
 Todo el tiempo me preocupan dolores y enfermedades
- 20) No me siento solo
 2) Muchas veces me siento solo
 Todo el tiempo me siento solo
- 21) Nunca me divierto en el colegio
 2) Solo de vez en cuando me divierto en el colegio
 Muchas veces me divierto en el colegio
- 22) Tengo muchos amigos
 2) Tengo algunos amigos pero quisiera tener mas
 No tengo amigos
- 23) Mi rendimiento en el colegio es bueno
 0) Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes
 Estoy mal en cursos en los que antes estaba bien
- 24) Nunca podré ser tan bueno como los otros niños
 0) Puedo ser tan bueno como otros niños si yo quisiera
 Soy tan bueno como otros niños ✓
- 25) nadie me quiere realmente
 0) No estoy seguro si alguien me quiere
 Estoy seguro que hay personas que me quieren
- 26) Generalmente hago caso en lo que me dicen
 0) Muchas veces no hago caso en lo que me dicen
 Nunca hago caso en lo que me dicen
- 27) Me llevo bien con los demás
 1) Muchas veces me peleo con los demás
 Todo el tiempo me peleo con los demás

Puntaje: 13

Moderado

Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños

Nombre: SARA [redacted]

Edad: 14 años

Grado de Instrucción: 3º SEC

Fecha: _____

INSTRUCCIONES:

Aquí hay algunas preguntas de la manera como te sientes y comportas: Después de cada pregunta puedes ver que hay palabras. NUNCA, ALGUNAS VECES, FRECUENTEMENTE. Marca con un aspa cada una de ellas, de acuerdo como te sientes, piensas o comportas. Trabaja rápidamente y no demores mucho tiempo en cada pregunta. ASEGÚRATE DE NO DEJAR DE RESPONDER CADA PREGUNTA.

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE
1. Estoy intranquilo(a) por cualquier motivo		✓	
2. Mi corazón late muy rápido.		✓	
3. Tengo cólera por cualquier motivo.		✓	
4. Me desmayo o siento que me voy a desmayar	X	✓	
5. Tengo ganas de llorar.		✓	
6. Tengo dolores o sensaciones de presión en el pecho.		✓	
7. Tengo pesadillas.	X		
8. Siento miedo a varias cosas.	X		
9. Me siento débil y me canso fácilmente	X		
10. Me tiemblan las manos o los pies cuando estoy nervioso (a).		✓	
11. Siento que me ahogo.		✓	
12. Me altero o me angustio fácilmente.	X		
13. Orino con mucha frecuencia.	X		

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE
14. Frecuentemente tengo dolores de estomago.		✓	
15. Tengo nauseas continuamente	✓		
16. Me rechinan los dientes.	✓		
17. La cara se me pone roja y caliente.	✓		
18. Me muerdo las uñas.	✓		
19. Me transpiran las manos y los pies.		✓	
20. Pienso que me va a ir mal en la escuela, soy pesimista.		✓	
21. Tengo frecuentemente más apetito de lo normal.	✓		
22. Frecuentemente pienso que me van a pasar cosas malas.	✓		
23. Pierdo el apetito cuando estoy nervioso (a).		✓	
24. Me duele la cabeza constantemente.		✓	
25. Creo que los otros niños se burlan de mi, aunque no me lo digan.		✓	
26. Cuando rindo un examen me olvido de lo que estudié.			

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION

6.
Ausencia

CUESTIONARIO (CDI)

NOMBRE..... Sara

FECHA DE NACIMIENTO..... 30-05-2003 FECHA DE HOY..... 6

GRADO..... 4^{to} Secund...... COLEGIO..... [redacted]

Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge de cada grupo una oración, la que mejor diga cómo te has portado, cómo te has sentido, que has pensado en las **ULTIMAS DOS SEMANAS**; luego coloca una marca como ésta "X" en la línea de puntos que está al costado de la oración que eliges.

No hay respuesta correcta o incorrecta, solo trata de contestar, con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti.

Aquí tienes un ejemplo. Trata de contestar poniendo una "X" al costado de la oración que sea cierta para ti.

Ejemplo:

- Siempre leo libros
- Algunas veces leo libros
- Nunca leo libros

Muy bien, ahora comienza a contestar.

Recuerda marca la oración que mejor diga como has estado en las últimas **DOS SEMANAS**.

- 1) Rara vez me siento triste *Komantau algo q' no me salgo*
..... Muchas veces me siento triste
..... Me siento triste todo el tiempo
- 2) Nada me va a salir bien
..... No estoy seguro si las cosas me van a salir bien
 Las cosas me van a salir bien

- 3) Hago la mayoría de las cosas bien
.....Hago muchas cosas mal
.....Todo lo hago mal
- 4)Muchas cosas me divierten
 Me divierten algunas cosas
.....Nada me divierte
- 5)Soy malo todo el tiempo
.....Soy malo muchas veces
 Rara vez soy malo *Cuando mi mamá (Mi hermano).*
- 6) Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas
.....Me preocupa que puedan pasarme cosas malas
.....Estoy seguro que me pasaran cosas terribles
- 7)Me odio a mí mismo
.....No me gusta a mí mismo
 Me gusta a mí mismo
- 8)Tengo la culpa de todas las cosas malas
.....Tengo la culpa de muchas cosas malas
 Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas
- 9) No pienso en matarme
.....Pienso en matarme pero no lo haría
.....Quiero matarme
- 10)Siento ganas de llorar todos los días
.....Muchos días me dan ganas de llorar
 Rara vez siento ganas de llorar *(Muy difícil)*
- 11)Las cosas me molestan todo el tiempo
.....Las cosas me molestan muchas veces
 Rara vez algo me molesta
- 12)Me gusta estar con otras personas
 Muchas veces no me gusta estar con otras personas *(Tengo mis rivales)*
.....Yo no quiero estar con otras personas
- 13)No puedo decidirme por algo
 Es difícil para mí decidirme por algo
.....Me decido fácilmente por algo
- 14) Me veo bien
.....Hay algunas cosas malas en mi apariencia
.....Me veo horrible
- 15)Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer mi tareas del colegio
 Muchas veces me cuesta mucho esfuerzo hacer mis tareas del colegio *(Solo si es matemática)*
.....Hacer mis tareas del colegio no es gran problema

- 16)Todas las noches tengo problemas para dormir
.....Varias noches tengo problemas para dormir
Duelmo muy bien
- 17) Rara vez me siento cansado
.....Muchos días me siento cansado
.....Todo el tiempo me siento cansado
- 18)La mayoría de los días no tengo ganas de comer
.....Varios días no tengo ganas de comer
Como muy bien
- 19) No me preocupan dolores ni enfermedades
.....Muchas veces me preocupan dolores y enfermedades
.....Todo el tiempo me preocupan dolores y enfermedades
- 20) No me siento solo
.....Muchas veces me siento solo
.....Todo el tiempo me siento solo
- 21) Nunca me divierto en el colegio
Solo de vez en cuando me divierto en el colegio
.....Muchas veces me divierto en el colegio
- 22)Tengo muchos amigos
Tengo algunos amigos pero quisiera tener mas (*compañeros*).
.....No tengo amigos
- 23) Mi rendimiento en el colegio es bueno
.....Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes
.....Estoy mal en cursos en los que antes estaba bien
- 24)Nunca podré ser tan bueno como los otros niños
Puedo ser tan bueno como otros niños si yo quisiera → *Pas matemáticas*
Soy tan bueno como otros niños ✓
- 25)nadie me quiere realmente
.....No estoy seguro si alguien me quiere
Estoy seguro que hay personas que me quieren
- 26) Generalmente hago caso en lo que me dicen
.....Muchas veces no hago caso en lo que me dicen
.....Nunca hago caso en lo que me dicen
- 27) Me llevo bien con los demás
.....Muchas veces me peleo con los demás
.....Todo el tiempo me peleo con los demás

LISTA DE CHEQUEO

Ida Alarcón

Nombre completo: Sara Edad: _____ Sexo: femenino
 Fecha y Lugar de Nacimiento: H. del Callao Grado Escolar: 5to Secundaria
 Lugar de Evaluación: _____ Evaluador: Bitig Fecha: _____

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	PUNTAJE
1. Estoy intranquilo(a), preocupado(a) por cualquier motivo.		X		
2. Mi corazón late muy rápido.	X			
3. Tengo cólera por cualquier motivo.	X			
4. Me desmayo o siento que me voy a desmayar.	X			
5. Tengo ganas de llorar.	X			
6. Tengo dolores o sensaciones de opresión en el pecho.	X			
7. Tengo pesadillas.	X			
8. Siento miedo a varias cosas.	X			
9. Me siento débil y me canso fácilmente.	X			
10. Me tiemblan las manos o los pies cuando estoy nervioso(a).	X			
11. Siento que me ahogo.	X			
12. Me altero o me angustio fácilmente.	X			
13. Orino con mucha frecuencia.	X			
14. Frecuentemente tengo dolor de estómago.	X			
15. Tengo náuseas continuamente.	X			
16. Me rechinan los dientes.	X			
17. La cara se me pone roja y caliente.		X		
18. Me muerdo las uñas.	X			
19. Me transpiran las manos y los pies.		X si		
20. Pienso que me va a ir mal en la escuela, soy pesimista.	X			
21. Tengo frecuentemente más apetito que lo normal.		X		
22. Frecuentemente pienso que me van a pasar cosas malas.	X			
23. Pierdo el apetito cuando estoy nervioso(a).	X			
24. Me duele la cabeza constantemente.	X			
25. Creo que los otros niños se burlan de mí, aunque no me lo digan.	X			
26. Cuando rindo un examen me olvido de lo que estudié.	X			
PUNTAJE TOTAL				4

escuela a veces papá me presione. sin querer.

NIVELES NORMALES: 0 - 7	ANSIEDAD LEVE: 8 - 15	ANSIEDAD MARCADA: 16 - 52
-------------------------	-----------------------	---------------------------

Consentimiento Informado

En cumplimiento de las normas éticas que deben de seguirse en todo proceso de intervención psicoterapéutica se solicitó a la paciente su consentimiento informado para el inicio del tratamiento, especificándose los objetivos del mismo con respecto a su diagnóstico de Episodio Depresivo Moderado y para lo cual se llevará a cabo intervención con la terapia cognitiva conductual



Paciente



Interna Betty Sánchez Llontop