



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

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO DE ADAPTACIÓN
Y REACCIÓN DEPRESIVA PROLONGADA**

**PRESENTADA POR
MARIA FE ACOBO CENTENO**

**ASESORA
KATHERINE GRACE BARAHONA ROJAS**

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

LIMA – PERÚ

2021



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



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

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO DE ADAPTACIÓN Y
REACCIÓN DEPRESIVA PROLONGADA**

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

**PRESENTADO POR:
MARIA FE ACOBO CENTENO**

**ASESORA:
MAG. GRACE BARAHONA ROJAS
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7870-9130>**

**LIMA, PERÚ
2021**

Dedicatoria

A mis padres, Jesús y Asunción por brindarme la confianza y sabiduría, por enseñarme y guiarme en cada paso que doy, por ser mi soporte emocional.

A mi hermana, por confiar en mí y ser mi ejemplo por seguir.

A mi abuelita, Rosalbina, por su cuidado y su amor hacia mí.

Agradecimiento

A la Stma. Virgen María, por nunca abandonarme y cubrirme con su manto, por enseñarme el significado del amor y de confianza. "Quien confía en María, nunca se sentirá defraudado"

Gracias, a Dios, por protegerme, cuidarme y orientarme por un buen camino.

A mi familia, por estar junto a mí en las buenas y en las malas, por enseñarme valores, firmeza, y a nunca rendirme sin haber intentado.

A la Lic. Edith Romero, por compartirme sus conocimientos sobre salud mental y por su exigencia durante todo el año de internado.

A la Mg. Katherine Barahona, por acompañarme en este largo proceso de enseñanza e investigación y brindarme sus conocimientos para poder dar lo mejor de mí.

Índice

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice.....	iv
Lista de Tablas.....	vi
Lista de Figuras.....	vii
Introducción.....	viii
Capítulo I: Marco Teórico.....	10
1.1. Trastorno Adaptativo.....	10
1.1.1 <i>Conceptualización del Trastorno Adaptativo</i>	10
1.1.2 <i>Clasificación del Trastorno de Adaptación según el CIE-11 y DSM-V.</i>	12
1.2. Reacción Depresiva Prolongada.....	13
1.2.1 <i>Conceptualización de la Depresión</i>	13
1.2.2 <i>Criterios de Diagnóstico de la Depresión</i>	15
1.3 Enfoque Cognitivo Conductual.....	16
1.3.1 <i>Terapia Cognitivo Conductual en la intervención del caso clínico</i>	16
1.4. Técnicas Psicoterapéuticas Utilizadas en la Intervención.....	17
1.4.1 <i>Técnicas Cognitivas</i>	17
1.4.2 <i>Técnicas Conductuales</i>	19
Capítulo II: Presentación del Caso.....	23
2.1. Datos de Filiación.....	23
2.2. Motivo de Consulta.....	23
2.3. Procedimientos de Evaluación.....	24
2.3.1 <i>Entrevista y Observación</i>	24
2.3.2 <i>Historia Personal</i>	27
2.3.3 <i>Examen Mental</i>	32

2.3.4. Pruebas Psicológicas.....	36
2.4. Informe Psicológico	42
2.5. Identificación del Problema.....	46
Capítulo III: Programa de Intervención Terapéutica	49
3.1. Especificación de los Objetivos de Tratamiento.....	49
3.2. Diseño de Estrategias de Intervención	49
3.3. Aplicación de Procedimiento.....	55
Capítulo IV: Resultados	109
4.1. Resultados	109
4.2. Seguimiento	112
Capítulo V: Resumen, Conclusiones y Recomendaciones	116
5.1. Resumen.....	116
5.2. Conclusiones.....	117
5.3. Recomendaciones.....	118
Referencias.....	119
Anexos.....	125
Anexo A:	126
Anexo B:	136
Anexo C:	141
Anexo D:	¡Error! Marcador no definido.
Anexo E:	147

Lista de Tablas

Tabla 1.....	95
Tabla 2.....	97

Lista de Figuras

Figura 1.....	13
Figura 2.....	13
Figura 3.....	15
Figura 4.....	48
Figura 5.....	50
Figura 6.....	54
Figura 7.....	57
Figura 8.....	61
Figura 9.....	64
Figura 10.....	64
Figura 11.....	65
Figura 12.....	65
Figura 13.....	66
Figura 14.....	66
Figura 15.....	78
Figura 16.....	83
Figura 17.....	84
Figura 18.....	89
Figura 19.....	90
Figura 20.....	93
Figura 21.....	94
Figura 22.....	101
Figura 23.....	102
Figura 24.....	111
Figura 25.....	111

Introducción

La presente investigación tiene como finalidad brindarle un aporte y una mayor importancia a la salud mental que durante muchas décadas se ha visto ausente en nuestro país y ahora esta se considera en el Perú como necesidad e interés nacional, actualmente podemos identificar que los episodios y trastornos depresivos y ansiosos están acrecentando cada vez más en los individuos, además por la pandemia mundial los seres humanos hemos experimentado un estímulo estresante que se ha visto alterado en nuestras emociones habituales que de alguna manera interfieren en el funcionamiento social, cognitivo y comportamental, y que este conjunto de signos, síntomas y síndrome se llega como conclusión a un trastorno adaptativo.

Teniendo esto de referencia podemos definir al trastorno adaptativo como una reacción emocional o del comportamiento ante una situación que se puede identificar y que esta provoca estrés, también el estrés puede hacer un cambio en la vida del individuo al cual no se ha ajustado correctamente y origina una respuesta no saludable ante la situación o al cambio.

En la presente investigación podremos identificar las respuestas emocionales como la tristeza patológica, la angustia patológica, la ansiedad patológica, la pérdida del apetito, la disminución del sueño; los síntomas físicos como la cefalea y también las respuestas conductuales como no mantener un adecuado contacto visual, la falta de energía al realizar sus actividades y la postura de la paciente, este conjunto de sintomatología conllevó a que el diagnóstico se realice de manera minuciosa, en base a los criterios del CIE10 se llegó a la conclusión de que la paciente presentaba un Trastorno adaptativo, reacción depresiva prolongada, la cual se abordó psicoterapéuticamente trabajando bajo el enfoque cognitivo conductual en conjunto y coordinación con la asesora, se utilizaron diversas técnicas de este enfoque, al iniciar las sesiones, se les brindó psicoeducación a los padres y a la paciente con respecto al diagnóstico y al tratamiento, en las siguientes sesiones se le insertaron herramientas para poder afrontar la problemática, al finalizar las 12 sesiones se realizó una evaluación, dando

óptimos resultados al tratamiento y a los objetivos planteados, finalmente se realizaron 2 sesiones de seguimiento para poder evaluar su evolución.

Capítulo I: Marco Teórico

1.1. Trastorno Adaptativo

1.1.1 *Conceptualización del Trastorno Adaptativo*

En el DSM IV-TR, el Trastorno Adaptativo [TA], se define como las apariciones de las respuestas emocionales o del comportamiento ante un factor psicosocial notoriamente detectado, asimismo refiere que los síntomas deben estar presentes hasta después de los 3 meses del evento estresante donde lo indican (Pichot et. al, 2002)

Asimismo, el DSM y siendo la última modificación en el capítulo V, se han elaborado ciertas variaciones, en primer lugar, a lo que se conoce en su modernización como un “Síndrome de respuesta al estrés” como definición del TA, indican (Friedman et al, 2011), que se etiquetan a aquellos individuos cuya problemática están notoriamente asociado con un acontecimiento de estrés no traumático que la persona no es capaz de enfrentar.

Se considera también que el TA es una respuesta emocional o conductual ante un acontecimiento estresante identificable o un cambio en la vida de la persona que no ha tenido una adaptación correcta, o que de alguna manera constituye una reacción no sana frente a ese acontecimiento o cambio, quedándose la persona sin recursos para afrontar dicho acontecimiento. Asimismo, se define que el TA es claro al ser observado o diagnosticado, las personas que rodean al paciente o por sí misma, observan cambios, alteraciones en diferentes áreas del funcionamiento, la sintomatología inicia de manera característica dentro de los 3 meses posteriores a la aparición del factor estresante y tiene una duración de hasta 6 meses, existen pocas ocasiones donde se puede tener una duración mayor de hasta uno o dos años. (Suárez et. al, 2011)

El trastorno de adaptación son afecciones asociadas con el estrés. Padece más estrés del que se esperaría en respuesta a un acontecimiento inesperado, y dicho estrés provoca problemas significativos como alteraciones emocionales, sociales y comportamentales, pensamientos recurrentes desadaptativos. El TA es temporal y se puede aprender a vivir con él, existen tratamientos psicológicos como la terapia cognitiva conductual, para un mejor tratamiento de este trastorno. (MayoClinic, 2019)

Un TA, es una reacción emocional o conductual no tan beneficioso frente a un o unos eventos o cambios estresantes de la persona en su vida. Esta respuesta ocurre dentro de los 3 meses posteriores al evento estresante. (Stanford Children's Health, 2019)

El TA según (Maercker et. al, 2013) define como un trastorno emocional que se inicia como resultado de un acontecimiento significativo para la vida del sujeto. Hasta el momento, se ha utilizado como un diagnóstico provisional o categoría residual para aquellos sujetos que no cumplían con los criterios de diagnóstico para otros trastornos psicológicos, el autor refiere que el TA tiene como sintomatología, alteraciones del sueño, alimentación, dificultad para concentrarse, dificultad para en las actividades que realiza con normalidad.

El TA se describe también como una reacción no adaptativa pero identificable, ante un factor que causa estrés a un individuo, es definido en términos de síntomas positivos, como la preocupación intrusiva con dicho factor e insuficiencia para adaptarse. Los síntomas suelen aparecer en el mes que sigue, al inicio del factor estresante a pesar de que con anterioridad aparecían en el tercer mes y se puede tener una sintomatología hasta en 6 meses del inicio. (Maercker et.al ,2015)

La Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, refiere que el TA es una reacción no adaptativa a un estresante psicosocial que es identificable o que presenta múltiples factores de estrés (por ejemplo, problemas socioeconómicos, discusiones en el hogar o

alteraciones en el trabajo) que, por lo general, surge dentro de un mes de la exposición. Este trastorno se describe por la preocupación por dicho factor que genera estrés constante o las consecuencias, incluyendo la excesiva preocupación, los pensamientos reiterativos y angustiosos sobre el factor estresante, así como por la ausencia de adaptación al estrés que genera un deterioro significativo en la vida personal, con los familiares, la vida social, educativa, laboral u otras áreas de importancia del funcionamiento. Los síntomas tienen una duración de 6 meses, a menos que el factor estresante permanezca por un periodo más largo. (CIE-11, 2021)

En definitiva, los Trastornos adaptativos donde los criterios y la sintomatología a lo largo de los años se fue fortaleciendo como diagnóstico, modificando la manera de diagnosticar para la mejoría del paciente, tiene en la actualidad como definición, que es la respuesta desadaptativa de una persona, frente a una situación vulnerable, el inicio de la sintomatología es luego de un mes de dicha situación, la duración de los síntomas desaparecerán en el periodo de los seis meses, sin embargo si es que sigue el factor estresante que la persona experimentó persiste, estos síntomas también. (Maercker et. al, 2016)

1.1.2. Clasificación del Trastorno de Adaptación según el CIE-11 y DSM-V.

Figura 1

Trastorno específicamente asociado al estrés

Clasificación reciente del trastorno de adaptación (CIE-11)

- 6B43 Trastornos de adaptación.
 - Trastorno depresivo recurrente.
 - Trastorno depresivo, episodio único.
 - Trastorno por duelo prolongado.
 - Duelo sin complicaciones.
 - Síndrome de desgaste ocupacional.
 - Reacción al estrés agudo.
 - Trastorno de ansiedad por separación en niños.
-

Nota: La clasificación de trastornos que manifiestan los individuos cuando tienen alteraciones emocionales.

Figura 2

Trastornos de adaptación

Clasificaciones actuales de los trastornos de adaptación (DSM V)

- Trastornos de adaptación con estados de ánimo depresivos.
 - Trastornos de adaptación con ansiedad.
 - Trastornos de adaptación mixta, con ansiedad y estados de ánimo depresivos.
 - Trastornos de adaptación con trastornos de comportamientos.
 - Trastornos de adaptación con alteración mixta de la emoción y del comportamiento.
 - Trastornos de adaptación no especificados.
-

Nota: Clasificación de trastornos que manifiestan los individuos cuando existen diversas molestias.

1.2. Reacción Depresiva Prolongada

1.2.1. Conceptualización de la Depresión

Es el estado de la depresión, que se muestra como una respuesta a la presentación prolongada a un estímulo aversivo que genere malestar y estrés, sin embargo, la duración no sobrepasa de los veinticuatro meses. (Enríquez, 2021)

El DSM V definen que el trastorno depresivo tiene un conjunto de cuadros clínicos, donde el estado de ánimo y la falta de interés son predominantes para el diagnóstico. Esta sintomatología puede aparecer en el transcurso del trastorno de adaptación donde las causas son por conflictos o situaciones complicadas donde el individuo no puede solucionar el problema que se le presente. (DSM-5, 2016)

(Instituto Nacional de Salud Mental del Perú (INSM) , 2017), refiere que la reacción depresiva prolongada es un trastorno mental con mayor frecuencia, donde tiene como características principales en la sintomatología, la tristeza, la ausencia de interés o placer al realizar sus actividades, sentimientos de culpa en caso de separación o duelo, las alteraciones del sueño y del apetito, cansancio, atención y concentración alterada, asimismo el INSM refiere que se debe realizar una evaluación minuciosa por profesionales de la salud mental, para poder concluir con el diagnóstico y orientar al paciente a un tratamiento psicoterapéutico.

La depresión es uno de los trastornos más frecuentes y este tiene como características principales la tristeza, la anhedonia que es la incapacidad para experimentar placer, sentimiento de culpabilidad, baja autoestima, incapacidad para poder dormir o aumento de este, el hambre se ve alterado de la misma manera, apatía que es una falta o pérdida de la motivación, la falta de atención y concentración cuando el individuo realiza actividades que antes disfrutaba. Durante mucho tiempo han ejercido expertos de la salud mental o individuos en general que han alterado infinitas veces la debida utilización de la palabra depresión, refiriendo que es un estado de ánimo desfavorable, sin embargo, lo que la persona presentaba era una tristeza transitoria, sin presentar sintomatología depresiva. El manual diagnóstico refiere que para una adecuada identificación para el diagnóstico de depresión es importante tener en cuenta que esta tiene la capacidad de interferir de manera negativa en la vida diaria del individuo, asimismo lo persistente de la sintomatología y la duración. (DSM-5, 2016)

La reacción depresiva es significativa por la perturbación y alteración que tiene la persona en su estado de ánimo. La depresión se caracteriza por un periodo de estado de ánimo deprimido o reducción del interés en las labores que ocurren en la mayor parte de su día, todos los días mediante un período de al menos catorce días, está en compañía de otros síntomas como la dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa constante, desesperanza, creencias o pensamiento recurrente de muerte, cambios en la alimentación o en el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, y reducida ganas de realizar las actividades, como fatiga. (CIE-11, 2021)

1.2.2 Criterios de Diagnóstico de la Depresión

Se puede observar que los criterios diagnósticos, la depresión deben tener una duración de al menos dos semanas, en este presente caso clínico, la paciente cumple con dichos criterios que propone el manual de diagnóstico.

Figura 3

Criterios Diagnósticos de un episodio depresivo.

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
C. Síndrome somático: algunos de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras. - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual. - Empeoramiento matutino del humor depresivo - Pérdida marcada del apetito

- Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
- Notable disminución del interés sexual

Nota: Episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión.

1.3 Enfoque Cognitivo Conductual

1.3.1 Terapia Cognitivo Conductual en la intervención del caso clínico

La Terapia Cognitiva Conductual (TCC), se ha comprobado científicamente que es eficaz para el tratamiento de la depresión, ya que trabaja en puntos de vista directos al problema, esta terapia se centra en el tiempo presente y en una duración reducida. Se aborda a los pacientes desde la perspectiva biopsicosocial. El terapeuta debe evaluar primero la tríada cognitiva, luego debe obtener que le paciente identifique las cogniciones disfuncionales. Así es como la estrategia aplicada en la terapia se encamina a transformar la visión del paciente con respecto a sí mismo, a su entorno, y la visión de su futuro. En el modelo de la depresión, se incluyen las distorsiones cognitivas, estas son interpretaciones equivocadas de la información donde se activarán los esquemas negativos como por ejemplo los pensamientos de sobre generalización, abstracción selectiva, entre otras. En conclusión, la TCC, busca que el paciente lleve a cabo habilidades que les permita contrarrestar la distorsión cognitiva y que también incluya conductas más adaptativas. (Varcárcel, 2020)

El enfoque cognitivo conductual para el Trastorno Adaptativo se centra en los pensamientos, las emociones y el comportamiento del individuo con la meta de modificar

estrategias propias de adaptación y aliviar la sintomatología del diagnóstico. El enfoque tiene variedades de técnicas que son utilizadas para disminuir la sintomatología, como por ejemplo la Psicoeducación, la técnica de relajación, la reestructuración cognitiva, técnica de habilidades sociales, etc. (Hernández, 2010)

Según (Moreno, 2021), la TCC accede a relacionar un acontecimiento con la percepción subjetiva que se tiene sobre él, y la respuesta emocional que se desencadena en el paciente. Por ello se debe separar el objeto del acontecimiento y las cogniciones y creencias que se presentan sobre esta situación. Esta percepción generada estaría basándose en las experiencias vividas por el paciente. Es así como se pueden modificar algunas cogniciones irracionales para poder transformar en unas que sean más adaptativas para la conducta del paciente.

Asimismo, (Moreno, 2021) concluye que la TCC es un enfoque que coopera a darse cuenta cómo razona y piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que el paciente realiza puede afectar en sus cogniciones, conductas y sentimientos, también, ayuda al paciente a modificar la manera en cómo piensa y cómo actúa por otras maneras de pensar más adaptativas y racionales, ocasionando en el paciente una vida saludable y alivio frente a la sintomatología que le generan malestar.

1.4. Técnicas Psicoterapéuticas Utilizadas en la Intervención

Cuando se realizó el programa de intervención se analizaron las técnicas que se iban a utilizar de acuerdo con las características de la paciente, dentro de ellas se recaudaron técnicas cognitivas y conductuales.

1.4.1. Técnicas Cognitivas

Psicoeducación. En este sentido se comprende que, la psicoeducación tiene como objetivo comunicar a la paciente y a los padres sobre la problemática, las causas, consecuencias

y como el pensamiento afecta en su vida; también se les comenta el papel de la intervención, que será mediante la explicación teórica del modelo cognitivo conductual. (Ramírez et. al ,2014)

Asimismo, la psicoeducación está enfocada a un mejor conocimiento de la enfermedad, el tratamiento, el control, el cuidado y mejora la atención de la paciente, esta técnica se diferencia de las demás ya que incluye técnicas específicamente orientada a la comprensión y disminución del malestar psicológico de los padres y de la paciente. (Cuevas & Moreno, 2017)

Según (Campero & Ferraris, 2014) se refieren que la Psicoeducación es un planteamiento de intervención terapéutica, ya que se le conversa al paciente sobre su sintomatología y los malestares, que los pacientes ratifican como ciertas.

Técnica de la Reestructuración cognitiva. Es una técnica utilizada para poder identificar y también modificar los pensamientos desadaptativos de la paciente, destacando la influencia negativa que las cogniciones presentan en las conductas y en sus emociones. (Pardo, 2019)

Uno de los objetivos de esta técnica es cambiar la forma en cómo se interpretan las experiencias adquiridas, modificando los pensamientos irracionales que provocan un malestar en la persona, asimismo estos serán sustituidos por otros pensamientos que ayudarán a mejorar el estado de ánimo. La reestructuración cognitiva trata de que el psicoterapeuta, ayude al paciente a identificar y cuestionar sus pensamientos desadaptativos de la manera en que queden reemplazados por unos más adaptativos y sea reducida el malestar emocional, conductual causado por los primeros pensamientos. (Mendoza et. at, 2021)

También se le puede definir como una técnica que se usa para cambiar ciertos pensamientos no saludables, mantener el control de las emociones, sentimientos y tener un cambio comportamental. (Mejicanos, 2016)

Detección de Pensamientos automáticos. Es una técnica que ayuda en el autocontrol emocional, que es utilizada a nivel de los pensamientos disfuncionales, que tiene como finalidad, interrumpir estas cogniciones antes de que afecten a la vida diaria del paciente, la forma de aplicación es primero tener conciencia de que hay un pensamiento perturbador, luego de esto se pide concentración en él, se interrumpe de manera rápida y enérgica, una vez que sea interrumpido, se mantendrá la mente en blanco, para que por último se pueda sustituir por pensamientos e ideas más adaptativas. (Fagoaga et. al, 2018)

Esta técnica consiste en atrapar y detectar las cogniciones negativas, al momento de presentarse, es una de las maneras más eficaces y a la par escribirlo en un cuaderno, asimismo se le pedirá al paciente que tome un tiempo prudente de 15 minutos para poder reflexionar sobre los pensamientos que tuvo durante su día sino fue anotado al instante. La paciente debe identificar también las situaciones ambientales que tengan relación con sus pensamientos. (Caballo, 2010)

Dicha técnica es conocida como parada de pensamiento, ya que su función en la psicoterapia es detener los pensamientos negativos, que le genera malestar emocional, para luego poder reemplazar estas cogniciones por unas más adaptativas en el paciente. (Instituto Europeo de Psicología Aplicada (IEPA), 2017)

1.4.2. Técnicas Conductuales

Habilidades Sociales. Esta técnica trata de un conjunto de las conductas que la paciente accede a desarrollar en la terapia, siendo moldeada por el psicoterapeuta, se pueden expresar el sentimiento, la actitud, el deseo, la opinión o derecho dependiendo de la situación. Las habilidades sociales pueden ayudar a convivir mejor a la paciente con las personas que la rodean, asimismo se incorpora en ella, herramientas como la comunicación, la empatía, escucha activa, asertividad, flexibilidad y capacidad de trabajo en equipo, que refuerzan sus habilidades. (Caballo, Manual de Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. (6° Edición)., 2005)

Según (Dongil & Cano , 2014) refiere las habilidades sociales son un conjunto de herramientas que ayudan a las personas a desenvolverse frente a un ambiente de interacción social, estas habilidades permiten que las personas se puedan relacionar con otras.

Las habilidades sociales, son una agrupación de conductas que realiza una persona en un contexto interpersonal donde puede expresar emociones, pensamientos, actitudes, de ese individuo de un modo adecuado al acontecimiento, con respeto a las conductas de los demás; comportamientos con los que generalmente resuelve problemas inmediatos. (Rodríguez & Fernández, 2021)

Modelado. El modelado es un aprendizaje que se da de manera de imitación de una conducta realizada por un modelo, normalmente de una persona que sea un ejemplo. Este es un proceso que se realiza de manera cotidiana, se utiliza en diferentes ocasiones, una de ellas es en las intervenciones psicoterapéuticas, facilita la adquisición y las modificaciones de los comportamientos. (Díaz et. al, 2012)

Para poder llevar a cabo la técnica de modelado, primero se debe identificar la conducta que desea establecer, el psicoterapeuta será la persona que realice la conducta para que el paciente pueda imitarla, una vez que el Psicoterapeuta presente la conducta, se tendrá que reforzarla positivamente. (Casas, 2018)

(Zurita , 2018) define a la técnica de modelado como un proceso de enseñanza por observación, las conductas que realiza el individuo o grupo (el modelo), tienen como función ser imitadas por la persona o grupo que lo observa para que pueda ser aprendidas e insertadas en sus nuevas conductas o pensamientos.

Ensayo Conductual. Técnica donde el paciente debe incorporar conductas nuevas en su repertorio, estas nuevas conductas serán ensayadas y enseñadas por el psicoterapeuta para poder practicarlas durante las sesiones de terapia, es una técnica importante para enfrentar el

problema actual, ya que aplicará todo lo aprendido en las sesiones y fuera del consultorio. (Caballo, 2005)

Según (Franchini, 2015) se trata de preparar a la paciente explicando las necesidades de adquirir nuevas conductas ayudará a reducir los pensamientos poco saludables que se pueda presentar en el momento de la representación de roles.

Como lo hace notar la investigadora a realizar, esta técnica trata de practicar continuamente las conductas que se le enseñó a la paciente a lo largo de cada sesión de terapia, para poder valorarlas y luego reforzarlas. Los ensayos conductuales se pueden realizar de forma consciente o inconsciente. Lo que se aspira es que el paciente ensaye la conducta que fue enseñada por el terapeuta. (Morales et. al, 2016)

Respiración Diafragmática. La respiración diafragmática es una técnica utilizada para invocar respuestas de relajación en el cuerpo y fue desarrollada por primera vez en la década de 1970 por el cardiólogo Herbert Benson. (Harvard Health Publishing, 2020)

Se considera una de las técnicas que fomenta la actividad parasimpática esta es la encargada de generar un estado de descanso que le permite a nuestros organismos ahorrar energía provocando en el cuerpo un estado de relajación en el cuerpo, esta actividad parasimpática es una estrategia psicofisiológica no intrusiva, en la que se incita al paciente a respirar de manera rítmica, lenta, con profundas inhalaciones, exhalaciones pronunciadas y pausas entre la inspiración y la expiración. (Rodríguez et. al, 2018)

En la investigación (Kano et. al, 2016) refiere que la técnica de respiración diafragmática promueve un aumento en la temperatura nasal; por lo que cuando se presenten situaciones aversivas, disminuirán la temperatura nasal.

Esta técnica se utiliza en casos de trastornos ansiosos, trastornos de pánico, trastornos depresivos, además es una técnica que se pueden utilizar en diferentes casos, para poder disminuir distintas sintomatologías. (Caballo, 2005)

Visto de esta forma, este trabajo busca orientar que la respiración diafragmática corresponde al llenado de la parte inferior de los pulmones, es un tipo de respiración regulado por el diafragma. Se tomará aire, para luego desplazar el diafragma hacia abajo, hasta 4 centímetros, de su forma inicial a una forma horizontal. Con este movimiento el aire puede descender hasta la zona baja de los pulmones, siendo los órganos del abdomen presionados suavemente hacia abajo, hinchándose ligeramente el vientre, es la zona de mayor capacidad respiratoria.

Capítulo II: Presentación del Caso

2.1. Datos de Filiación

Nombre y Apellido	: Lizzeth, R. R.
Edad	: 18 años
Fecha de nacimiento	: 07 de Julio de 2002
Lugar de Nacimiento	: Lima
Estado civil	: Soltera
Grado de Instrucción	: Secundaria completa
Ocupación	: Ayudante en bodega
Número de hermanos	: 0
Religión	: católica – Cristiana.
Residencia	: Villa María del Triunfo
Informante	: La madre y la paciente
Fecha de evaluación	: 06, 09,13, 16, 20, 24 de enero de 2020.

2.2. Motivo de Consulta

La paciente acude a consulta por voluntad propia, manifestando los siguientes síntomas: Tristeza constante, refiere miedo a lo que pueda suceder en el futuro, no tiene deseos de alimentarse, tiene pesadillas constantes por lo cual a veces no puede conciliar el sueño, no presenta placer al realizar las actividades que antes podía disfrutar, no tiene energía para ello, no logra tomar decisiones, se siente culpable y presenta dolor de cabeza al recordar lo sucedido.

Debido a que según refiere:

“Desde hace al menos 3 meses me siento triste, la causa de esto es que vi a mi madre besándose con el padre de un compañero de la secundaria, en ese momento todo se me vino encima, actualmente ver a mi madre me trae a la mente todos los recuerdos y esto me genera tristeza, deseos de llorar y dolor de cabeza, es por esto por lo que estoy aquí, yo amo a mi mamá y quiero verla como antes. Mis papás siguen juntos y se supone que somos una familia, pero desde ese episodio que vi, ya no creo que sea así, y tengo miedo de que en un futuro yo sea igual que mi madre ya que ella era un ejemplo para mí, me siento sin ganas de comer, no puedo dormir por pensar en ese hombre y al mismo tiempo pienso que si esto está sucediendo es por mi culpa, ya que yo estudié en ese colegio, ya no tengo ganas de realizar las cosas que hacía antes, no disfruto hacer nada, no tengo el placer de realizar las cosas y mucho menos tengo ganas de salir con mis amigos de promoción, me cuesta asimilar la situación, pienso que si mis papás se separan, yo me podría morir, no dejo de pensar en esto y me pongo a llorar, no sé qué hacer al respecto”

Antecedentes

En situaciones vulnerables anteriores, no había reaccionado de la misma manera a las que reacciona ahora.

2.3. Procedimientos de Evaluación

2.3.1. Entrevista y Observación

- Entrevista N°1: Datos de filiación, motivo de consulta e historia personal en su niñez.

La menor asistió a consulta la primera sesión con su madre.

Esta le pidió a su madre que por favor se retire del consultorio ya que deseaba conversar a solas con la psicóloga, refiriéndole “hay temas míos que no te deberían importar”, a lo que la madre se retiró, por consiguiente, se presentó brindando los datos de identificación y el motivo

por el cual asistía, asimismo lloró al pedir que no le cuenten a su mamá lo que había relatado, luego de ello la madre ingresó al consultorio para poder brindarle la cita de la siguiente sesión.

Observación de la conducta: En la sesión se encontraba lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, con un adecuado aliño e higiene personal, la marcha al caminar se dio con normalidad, al sentarse su postura fue encorvada, apoyando sus brazos sobre la meza y moviendo las manos constantemente, el tono de voz era bajo, no mantenía contacto visual y por momentos la mirada fue cabizbaja, su rostro expresaba tristeza acompañado de llanto, miedo y angustia al momento que su madre ingresó a la consulta por segunda vez.

- Entrevista N°2: Anamnesis e Historia personal

En la segunda sesión, la paciente ingresó al consultorio acompañada de su madre, se pudo recopilar información sobre su niñez, su pubertad y su adolescencia, la menor relató su experiencia en la secundaria, sus enfermedades, sus conocimientos sobre algunos temas, lo que piensa de la historia psicosexual, sus pasatiempos, hobbies y a lo que ella se dedica actualmente a trabajar.

Observación de la conducta: Se encontraba lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, adecuada higiene, aliño personal, vestimenta acorde a la situación y estación, al sentarse su postura fue encorvada, sus brazos encima del escritorio, sin embargo, por momentos su tono de voz fue bajo y su mirada cabizbaja.

- Entrevista N°3: Culminación de la Historia Personal y Examen mental

En la tercera sesión, culminamos con la recolección de datos de la historia personal, en el aspecto social, comentó como era su relación con sus compañeros del colegio, con los profesores, con las personas que conocía, sus familiares y otros. Y por último la historia familiar, se le preguntó por sus padres, su ocupación, si presentan alguna enfermedad, sus características de personalidad y la relación que tienen con la paciente.

Luego de ello, en el examen mental se pudo recopilar información sobre el porte, comportamiento, actitud, conciencia, orientación, atención, lenguaje, pensamiento, percepción, memoria, intelecto, afectividad, alimentación, sueño, conciencia de la enfermedad y voluntad.

Observación de la conducta: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, adecuada higiene y aliño personal, adecuada vestimenta acorde a la estación y al lugar, su postura en esta ocasión fue mejorando, sus manos las mantuvo en su pierna, su mirada estaba en los ojos de quien la entrevistaba y su atención fue selectiva.

- Entrevista N°4: Evaluación de Escala de inteligencia de Wechsler para adultos WAIS-IV

En esta sesión inició explicándole a la paciente sobre las evaluaciones que iba a tener durante la sesión y las siguientes dos sesiones que venían, asimismo se le explicó para qué nos iba a servir los resultados de las pruebas psicológicas.

Se inició evaluado el área de inteligencia, el rendimiento estuvo de acuerdo con el promedio, dando buenos resultados en las escalas evaluadas durante esa sesión, se trabajó hasta la mitad de la prueba, luego de ello se le citó para la siguiente sesión continuar con las evaluaciones de las escalas faltantes.

Observación de la conducta: Paciente lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, se le observa con adecuada higiene y aliño personal, siendo verano, estuvo con un polo manga larga y una chompa refiriendo que se levantó con frío, su tono de voz en esta sesión cambió ya no hablaba bajo sino normal, atención selectiva, al momento de explicarle lo que se iba a realizar, refirió sentirse nerviosa porque iba a hacer la primera vez que le iban a evaluar su nivel de inteligencia.

- Entrevista N°5: Evaluación Escala de inteligencia de Wechsler para adultos WAIS-IV y del Inventario de retención visual de Benton.

En esta sesión, se culminó la evaluación del área de inteligencia y se inició evaluando el área de organicidad, como resultado se dio que no presentaba compromiso orgánico cerebral.

Observación de la conducta: Paciente se encuentra lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, se le observa con adecuada higiene y aliño personal, vestimenta acorde a la situación y a la estación, su tono de voz era normal, entonada, atención selectiva, su postura recta, su mirada estaba enfocada a las evaluaciones.

- Entrevista N°6: Evaluación psicológica del Inventario de depresión de Beck, Inventario de ansiedad de Beck y el Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan.

En esta última sesión de evaluación, se pudo continuar con el área emocional y el área de pensamiento, donde los resultados fueron de acuerdo con la sintomatología y signos que presenta la paciente y al diagnóstico presuntivo que se le había identificado.

Observación de la conducta: Paciente lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, se presentó a la sesión con una adecuada higiene y aliño personal, vestimenta acorde a la situación y estación, el tono de voz que manejaba era el adecuado, atención selectiva, postura correcta, mirada frente a lo que realizaba.

2.3.2. Historia Personal

Para la realización de la historia de vida de la paciente, la madre asistió a la consulta para poder relatarnos cada etapa.

Historia Pre Natal

La madre refirió que su embarazo no fue planificado, se enteró que estaba gestando a las 4 semanas, durante los cuatro primeros meses no asistió a ningún control médico, no se alimentaba de manera correcta ya que no le comentó a nadie que estaba embarazada, refiere

que temía al rechazo de sus padres, de su pareja y de los padres de este, ya que aún no habían culminado la etapa escolar y que era muy joven para poder mantener a una hija y que económicamente su familia no tenía para comer.

Durante el proceso de gestación se encontraba estudiando en 5to de secundaria, la madre al cuarto mes de embarazo evidenció síntomas como náuseas y mareos, es en ese momento donde sus padres se dieron cuenta y la echaron del hogar, donde ella tuvo que dirigirse a la casa de su pareja, la cual al enterarse se emocionó.

Historia Peri Natal

El parto se dio por cesárea, a los 9 meses, en el hospital María Auxiliadora, donde desde el quinto mes venía realizándose sus chequeos.

La madre refirió que la paciente lloró al instante, su coloración fue rosada, no hubo complicaciones en el parto.

Historia Post Natal

No hubo dificultades durante la lactancia, el destete fue al año y medio, luego de esto le dio biberón hasta cumplir los 4 años, sostuvo su cabeza a los 3 meses, a los 5 meses se sentó por sí sola, al año se paró y caminó al año y 3 meses, su primera palabra fue papá al año y pudo controlar sus esfínteres a los 2 años y medio.

Escolaridad

Educación Inicial

Madre refiere que matriculó a su hija en una guardería desde que cumplió su primer año, ya que no tenía con quien dejarla, empezó inicial a los 3 años con una buena adaptación, estudió en un colegio nacional, donde eran escasos los materiales de educación.

A pesar de las circunstancias, su desempeño fue uno de los más destacado y este se veía reflejado en sus notas.

Manifestó que, con respecto al ámbito social, no tuvo dificultades, tenía amigos con los cuales compartía jugar, no tenía dificultades con los profesores, no presentó problemas de conducta.

Educación Primaria

Ingresó a primaria a los 6 años, hubo un cambio de colegio, tuvo una buena adaptación al cambio, durante toda la primaria destacó en el desempeño académico, los cursos que tenía un mejor rendimiento fue inglés y matemática, su curso de déficit fue comunicación, sin embargo, esto no se vio afectado en su promedio, madre refiere que era una de las mejores alumnas, destacaba en toda la primaria por sus notas y asistía a concursos Interescolares de matemática.

Asimismo, era una niña que le gustaba hacer vida social, mantuvo buenas amistades que en la actualidad frecuente, era la alumna líder del salón y del grupo de las chicas, buen comportamiento, buenas relaciones con los profesores.

Paciente refirió que desde niña cree tener una adecuada autoeficacia académica: "siempre me he sentido capaz de todo".

Educación Secundaria

A los 12 años ingresó a la secundaria, en el mismo colegio, en general su rendimiento académico disminuyó porque observaba discusiones entre sus padres, aun así, su rendimiento en los cursos era bueno, su curso favorito fue matemática, sin embargo, en el curso donde recibía quejas por parte de los profesores era en los cursos del área de comunicación. Presentaba buena socialización con sus compañeros de aula y los de diferentes promociones, asimismo la madre refiere que "los profesores se quejaban constantemente de que la alumna se dormía en las clases

y que su comportamiento había cambiado, no saludaba y no tenía una buena presentación personal.”

En 3ro de secundaria ganó una beca de 1 año en el británico donde estudió inglés, actualmente sigue siendo su pasión, sin embargo, por problemas económicos tuvo que abandonar los estudios.

Terminó 5to de secundaria en el quinto puesto de todas las secciones, esto le da la oportunidad de postular para una beca en 3 universidades, el examen será en Julio y se está preparando.

Historia Psicosexual

La menarquía se dio a los 13 años, su opinión al respecto es de que “Ya tenía conocimiento porque me explicaron en el colegio que es algo natural de las mujeres”

Sus primeros conocimientos sobre la sexualidad y métodos anticonceptivos los recibió por parte del colegio y de su madre.

Opinión: “Me parece que los métodos anticonceptivos lo deben tener tanto hombres como mujeres ya que la igualdad debería darse también en la sexualidad, con responsabilidad de ambos, no solo de uno”

La paciente ha tenido 1 relación amorosa a los 15 años, con la que duró 1 mes, recuerda que la relación fue con un amigo, y terminaron bien porque ella decidió esforzarse por la beca académica.

Opinión: “Siento que todavía no he llegado a una edad como para mantener una relación de enamorados, tal vez cuando ya esté en la universidad y conozco a más personas, con gustos iguales que yo”

La paciente opina que, con respecto a las relaciones amorosas, antes de empezar una relación se tienen que conocer bien y lo mismo sería con el aspecto de la sexualidad.

Opiniones: “Todos tenemos que ser libres en una relación, si estamos atados no nos sentiremos bien, pero si en alguna oportunidad una de las personas falla, deberían terminar”

Enfermedades

A los 5 años se contagió de varicela, a los 6 años le dio papera donde presentó una fiebre de 40° y la tuvieron que llevar de emergencia, los médicos calmaron la fiebre, sin embargo, volvió a suceder lo mismo por 2 días seguidos y por último a los 8 años se cayó de la bicicleta donde le pusieron 3 puntos en la frente.

Vida Laboral

Apoya a su mamá en la bodega familiar que tienen, ella es la que cuenta las ganancias del día.

Hace un mes se asoció a una marca de catálogo, y se dedica a ofrecer y vender productos.

Vida Social

Durante su infancia se relacionaba con las vecinas que tenían su misma edad y cuando ingresó a inicial, hizo más amigos.

En su adolescencia le gustaba salir con sus amigas del colegio y del británico, empezó a asistir a fiestas a partir de los quinceaños en compañía de uno de los padres.

Pasatiempos

Le gusta imprimir ejercicios de matemática para resolverlos, también le gusta escuchar música de reguetón y cantar.

Historia Familiar

Su padre de nombre Santiago, tiene 35 años, culminó la secundaria completa, actualmente es chofer de transporte público, no presenta enfermedades. Se caracteriza por tener una personalidad pasivo, introvertido, cariñoso, responsable y preocupado por su familia. La relación con la paciente es buena, sin embargo, refiere que muchas veces está ocupado y no está en casa sino en el trabajo y eso le hace sentir triste, poca comunicación por ello.

Su madre de nombre Raquel, tiene 34 años, culminó la secundaria completa, actualmente es vendedora en su bodega propia, no presenta enfermedades. Se caracteriza por tener una personalidad extrovertida, disciplinada, segura de sí misma, detallista y amigüera. Refiere la paciente que antes tenían buena comunicación, pero paciente refiere que se ha alejado de ella desde el episodio que vio, sin embargo, la madre no sabe el porqué de su alejamiento.

2.3.3. Examen Mental

Nivel de Conciencia. La paciente se encuentra lúcida y puede mantener una conversación.

Nivel de Orientación. La paciente se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, pudiendo identificar el lugar donde se encontraba, el día y la hora que aproximadamente podría ser la consulta, asimismo brindó sus datos personales y dio a conocer datos que son conformes a lo que su madre había narrado.

Nivel de Atención. Presenta una atención selectiva, flexible, sostenida, pese a las distracciones ambientales, mantenía el foco de atención a la psicóloga o a lo que ella narraba durante la entrevista.

Nivel de Lenguaje. La paciente presenta adecuada articulación, fluida, con un tono de voz baja, asimismo su lenguaje es comprensible y expresivo, se le entiende adecuadamente las respuestas que brindaba y se dio a conocer de manera adecuada lo que ella ansía manifestar.

Nivel de Afectividad. En cuanto a la afectividad, presenta y evidencia un estado anímico de tristeza, desanimada frente a su futuro y sentimientos de culpa, pues durante la entrevista repite constantemente “voy a ser igual que mi madre” “si sucedió todo esto, fue por mi culpa”.

Nivel de Percepción. Al momento de la entrevista, presenta adecuada percepción, discriminando y percibiendo correctamente los estímulos que se encuentren en el exterior o a su alrededor al momento de comunicarse.

Nivel de Pensamiento. La paciente presenta un pensamiento abstracto, logrando crear ideas o plantearse situaciones que le ayuden a anticiparla a distintos escenarios, puede darle interpretaciones objetivas a las distintas situaciones que vive.

Curso del pensamiento: Adecuado, no presenta alteraciones.

Contenido de pensamiento: Presenta ideas Sobrevaloradas como:

Inferencia Arbitraria: “tengo miedo de que en un futuro yo sea igual que mi madre ya que ella era un ejemplo para mí”.

Abstracción selectiva: “pienso que si esto está sucediendo es por mi culpa”.

Magnificación: “Yo me podría morir si mis papás se separan”.

Sobre generalización: “tengo miedo de que en un futuro yo sea igual que mi madre”.

También presenta como Contenido de pensamiento de preocupación, ya que teme que algo le pase y no llegue a superar la situación que está viviendo junto a su familia.

Memoria. Con respecto a la memoria de corto y largo plazo, presenta una adecuada adquisición de información, recordando acontecimientos, al relatar adecuadamente el motivo de consulta, historia personal, las actividades que realizó en su colegio, trabajo y también los acontecimientos recientes, como lo que hizo antes de asistir a consulta.

Inteligencia. Según criterio clínico la paciente aparentemente tiene un Coeficiente Intelectual Promedio.

Conciencia de la enfermedad. La paciente presenta conciencia de la enfermedad, por sí misma, buscó acompañamiento profesional y desea iniciar con el tratamiento psicoterapéutica. Asimismo, comprende que esta situación está afectando en su funcionabilidad diaria a raíz del suceso.

Alimentación. Refiere que se ha visto alterado, presenta una disminución del apetito, días después de la exposición del episodio.

Sueño. Se ha visto disminuido el sueño, presenta constantes pesadillas, a veces no puede conciliar el sueño hasta las 3 de la mañana, esto genera que se levante más tarde de lo habitual.

Signos de la paciente

- Sexo Femenino.
- Contextura delgada.
- Altura de aproximadamente 1.60 cm.
- Edad acorde a lo que aparenta.
- Tez trigueña.
- Vestimenta y estado de higiene, adecuada a la situación y estación.
- Adecuado aliño e higiene personal.
- Orientada en tiempo, espacio y persona.
- Marcha normal.
- Postura encorvada, en las primeras sesiones.
- Movimientos temblorosos en las manos.
- Mirada cabizbaja.

- No mantenía contacto visual, esto fue cambiando en la 3ra sesión.
- Semblante expresaba tristeza y desesperanza.
- Colaboradora durante las entrevistas.
- Conciencia lúcida.
- Atención selectiva.
- Percepción adecuada frente a los estímulos.
- Pensamiento abstracto, curso de pensamiento adecuado, contenido de pensamiento preocupación.
- Memoria de corto y largo plazo, adecuada.
- Lenguaje, tono de voz bajo por momentos, articulación fluida, entendible.
- Presenta tristeza en su estado de ánimo.

Síntomas de la paciente

- Tristeza constante acompañado de llanto.
- Miedo a lo que pueda suceder en el futuro.
- Alteración en el sueño, contantes pesadillas.
- Alteración en el apetito, disminución.
- Dolor de cabeza cuando recuerda lo sucedido.
- Dificultad en la atención y concentración.
- Falta de energía al realizar las actividades que hacía antes.
- Falta de placer en sus actividades.
- Fatiga constante.
- Dificultad en la toma de decisiones.
- Culpabilidad.

Síndrome

- Depresivo.
- Somático

2.3.4. Pruebas Psicológicas

Los instrumentos psicológicos utilizados para la evaluación son los siguientes.

- Escala de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-IV)

El autor es (Wechsler, 2012), el instrumento fue adaptado en el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment en la edición española, siendo su procedencia en Madrid, tiene como significación una evaluación completa de la aptitud intelectual del adulto, su tipo de aplicación es individual a un rango de aplicación de edades comprendidas entre 16 años, 0 meses hasta los 89 años, 11 meses, la duración de la evaluación varía, sin embargo tiene entre 60 a 90 minutos aproximadamente para la aplicación total de la escala y 60 minutos aproximadamente para las 10 pruebas principales.

Esta revisión ofrece puntuaciones compuestas que reflejan el funcionamiento intelectual en determinadas áreas cognitivas que son 4, comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento y una puntuación compuesta que representa la aptitud intelectual general que es el CI total.

La consistencia interna de la prueba es 0,94, evaluada con alfa de Cronbach y obtuvo una confiabilidad muy similar que fluctuaron entre .88 a .94.

Este instrumento se utilizó con el objetivo de poder conocer el coeficiente intelectual (CI) de la paciente y así llevar a cabo la intervención psicoterapéutica, en este caso, la paciente obtuvo un CI de 110 que la ubica en la categoría Normal Superior.

- Inventario de retención visual de Benton

El autor es (Benton, 2002), el instrumento fue adaptado en la versión española por el mismo autor. Es una prueba orientada al área clínica para la evaluación de la percepción visual, la memoria visual y las habilidades viso-constructivas. La aplicación del instrumento es por medio de hojas bond, el tiempo es de 10 a 30 minutos y la edad es a partir de los 8 años, la prueba tiene 10 láminas que se componen por figuras geométricas. Cada figura se le muestra al paciente por 10 segundos, luego de ellos se le retira y se tiene que esperar 15 segundos para que la paciente las dibuje en una hoja aparte. La corrección de la prueba es en base a los aciertos y errores en cada una de las láminas que dibuja, sin embargo, para los errores se dan de diferentes maneras, por omisiones de figuras, por las distorsiones, las perseverancias, las rotaciones, los desplazamientos y los errores de tamaño del dibujo.

Los índices de correlación de esta prueba son de 0,86 dado que este instrumento es válido y confiable según el alfa de cronbach.

Este instrumento se utilizó con el objetivo de poder conocer si existía un compromiso orgánico cerebral en la paciente, y si era necesario trabajar en conjunto con otras áreas.

- Inventario de depresión de Beck

El autor es Aaron Beck, este inventario nos brinda la categoría de depresión sea leve, moderada o severa, en la que se ubican los pacientes con sintomatología depresiva, es una prueba que se le puede aplicar a individuos de 13 años en adelante. Cada pregunta se corrige en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, por último, en la corrección se suma el total que puede estar entre el 0 al 63 de puntaje.

Esta prueba tiene la duración un aproximado de 10 minutos. La hoja contiene 21 preguntas que en general todas tienen como referencia al estado de ánimo triste, al pesimismo, el fracaso, la falta de placer, el sentimientos de culpa, los sentimientos de castigo, autodesprecio, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, falta de interés, indecisión, falta

de valor personal, falta de energía, cambios en el patrón de sueño, irritabilidad, cambios de apetito, dificultades de concentración, cansancio o fatiga y falta de interés en el sexo.

La consistencia interna es de 0.76-0.95 según el alfa de Cronbach, por lo que la prueba presenta validez concurrente.

El objetivo de la aplicación fue para descartar y afirmar si es que la paciente presentaba depresión, en este caso, en el inventario se ubicó en la escala de estado depresivo leve, dando indicadores bajos de depresión y clasificándose en un diagnóstico presuntivo de reacción depresiva prolonga.

- Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

El autor es (Beck & Shaw, 1983), la adaptación al español la realizaron Conde et al. (1976). Las áreas de aplicación del inventario son variadas, pero por lo general se realiza en la psicología clínica, para poder identificar lo que le aqueja al paciente que asiste a la consulta, asimismo el inventario compone de 21 interrogantes, y el puntaje corresponde entre el 0 y 63. La aplicación se pueda dar de manera oral u individual, el tiempo en el que dura la prueba es de 5 a 10 minutos, la edad es desde los 17 años en adelante, se evalúa el rango de ansiedad.

El índice de la prueba es 0,94, evaluada con alfa de Cronbach y obtuvo una confiabilidad muy similar que fluctuaron entre .87.

El objetivo de la aplicación hacia la paciente fue para determinar si es que existía la presencia de un indicador de ansiedad, en la evaluación de la paciente se encontró un puntaje de 4, posicionándose en la categoría Muy Baja.

- Inventario de pensamientos automáticos de (Ruiz & Lujan, 1991)

Este inventario fue elaborado por (Ruiz & Lujan, 1991), su adaptación al español fue por parte de (Riofrio & Villegas , 2016), este instrumento nos permite determinar los tipos de pensamientos automáticos que presenten los evaluados.

El formato de aplicación se puede dar de manera individual u oral, el tiempo aproximado es de 15 minutos y se aplica a las personas de a partir de 15 años.

La consistencia interna de la prueba es 0,94, evaluada con alfa de Cronbach.

El objetivo de la aplicación a la paciente fue para identificar los principales tipos de pensamientos automáticos que presenta ella y sobre esta base ayudarla en la intervención bajo un enfoque cognitivo y a lo largo de las sesiones que pueda cuestionarse e interpretar de otra manera sus pensamientos.

El criterio psicométrico de las evaluaciones por área fueron los siguientes:

Área de Inteligencia

Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-IV)

PUNTAJE: 110

Categoría: NORMAL SUPERIOR

Indicadores: Responde de manera adecuada a las diversas situaciones que se le presentan evidenciando habilidades de razonamiento, lenguaje, memoria y motricidad normales, así mismo realiza determinantes tareas. (Anexo A)

Área de Organicidad

Test de retención visual de Benton

Resultado: Ausencia de compromiso orgánico cerebral.

Indicadores: La evaluada no presenta compromiso orgánico cerebral, ya que no presentó errores en lo perceptual, la memoria visual ni en las habilidades visoconstructivas. (Anexo B)

Área de Afectividad

Inventario de depresión de Beck

Puntaje: 22

Categoría: Depresión Leve.

Indicadores: Responde de manera adecuada, anímicamente presenta tristeza, de acuerdo con la prueba la paciente se encuentra en una categoría de depresión leve, está triste, desanimada frente al futuro, no disfruta realizar las actividades, siente culpa por las cosas que sucedieron y siente que está siendo castigada. (Anexo C Y Anexo E)

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

Puntaje: 4

Categoría: Ansiedad Muy Baja

Incapaz de relajarse.

Temor a que ocurra lo peor.

Inestable.

Con miedo.

Área de Pensamiento

Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan (1991)

Puntaje: 9 puntos Falacia de control

Indicador alto: Supone que se debe tener un control y una responsabilidad excesiva sobre lo que ocurre a su alrededor.

Puntaje: 9 puntos Falacia del debe ser

Indicador alto: Hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre como tienen que suceder las cosas. (Anexo D)

2.4. Informe Psicológico

Informe Psicológico

I. Datos de Filiación

Nombre y Apellidos: Lizzeth, R. R.

Edad: 18 años

Fecha de nacimiento: 07/07/2002

Lugar de Nacimiento: Lima

Grado de Instrucción: Secundaria completa

Ocupación: Ayudante en bodega

Estado civil: Soltera

Número de hermanos: 0

Lugar de Residencia: Villa María del Triunfo

Tiempo de residencia: 18 años

Referente: Voluntad propia

Informante: La madre y la paciente

Motivo de evaluación: Alteración de la funcionabilidad por exposición de un acontecimiento estresante

Evaluador: María Fe Acobo Centeno

Fecha de evaluación: 06, 09, 13, 16, 20, 24 de enero de 2020.

Fecha de informe: 27/01/2020

Técnicas utilizadas: Observación y Entrevista Psicológica

Instrumentos utilizados:

- Escala de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-IV)
- Inventario de retención visual de Benton
- Inventario de depresión de Beck
- Inventario de ansiedad de Beck (BAI)
- Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan.

II. Motivo de Consulta

Lizzeth asistió a la consulta y refirió que desde hace tres meses sentía tristeza, que el motivo nadie lo sabe y que no quiere que su mamá se entere, la tristeza que ella sintió fue profunda, la causa fue porque vio a su madre besándose con el padre de uno de sus amigos más cercanos que tuvo en el colegio, en la actualidad, cuando ve a su madre se acuerda de lo que vio, no le habla, ya no le tiene confianza y eso le genera tristeza, deseos de llorar, dolor de cabeza, por lo que viene a consulta para poder volver a confiar y poder hablarle a su madre sin presentar síntomas depresivos. Los papás de la paciente tienen una relación amorosa, ya que el padre no sabe de la infidelidad de su esposa.

La paciente teme contarle a su padre; en un futuro le da miedo ser igual que su madre, ya que es un mal ejemplo para ella, cuando se acuerda de lo que sucedió y sus pensamientos durante todo el tiempo, son enfocados al tema, se sentía sin ganas de comer, dormir por pensar

en el papá de su amigo, se siente culpable por lo que sucedió ya que ella estudió en ese colegio, no tiene ganas ni placer de realizar las cosas que hacía antes, no disfruta en hacer nada, no tiene ganas de salir con sus amigos, le cuesta asimilar que sus papás puedan separarse ya que ella se podría morir, al pensar en eso, tiene deseos de llorar.

III. Observaciones Generales y de Conducta

Paciente de sexo femenino, de 18 años, aparenta su edad cronológica, de contextura delgada. Su vestimenta fue acorde a la estación, se presentó con adecuada higiene y aliño personal, su postura fue encorvada, marcha normal.

Durante la evaluación la paciente se comunicó con un lenguaje comprensible y fluido en un tono de voz bajo, respondió las preguntas de manera coherente, estuvo orientada en persona, tiempo y espacio.

IV. Análisis de los Resultados

En el área intelectual, la evaluada obtuvo un cociente intelectual de 110 ubicándose en la categoría Normal Superior. El índice de Memoria de trabajo es de los que puntúa más alto obteniendo un puntaje de 135, resaltando que este puntaje se encuentra en la categoría sobre el promedio, esto quiere decir que la evaluada presenta mejores habilidades para el razonamiento, cálculo y concentración. El siguiente puntaje en el que destaca la evaluada, es el de comprensión verbal con un puntaje de 114, ubicada en la categoría sobre el promedio, resaltando en sus capacidades para la formación de conceptos, además de un buen razonamiento verbal y capacidad para evocar significados. Siguiendo un orden descendente la evaluada ha obtenido un puntaje de 100 en el área de razonamiento perceptivo ubicándose en categoría promedio, esto quiere decir que presenta habilidades para el manejo de secuencias. A su vez también presenta un puntaje más bajo, el cual es de 83 en el índice de velocidad

perceptiva ubicado en la categoría límite, esto quiere decir que tiene dificultades para establecer semejanzas y para asociar estímulos.

En el área de organicidad, no obtuvo errores en la percepción, la memoria visual ni en las habilidades viso constructivas. En relación con esta información la evaluada no presenta compromiso orgánico cerebral.

En el área de afectividad, la evaluada obtuvo un puntaje de 17 que la ubica en la categoría de Depresión Leve.

Concluyendo en esta área, la evaluada obtuvo un puntaje de 4 ubicándola en la categoría de ansiedad muy baja ya que presenta una leve incapaz de relajarse, con temor a que ocurra lo peor, inestable y con miedo.

V. Conclusiones

En el área intelectual, la evaluada posee un CI total de 110 que la ubica en la categoría Normal Superior, por lo tanto, la paciente no presenta ninguna dificultad a nivel intelectual, evidenciando un adecuado desarrollo en su vida académica.

En el área de organicidad hay ausencia de compromiso organicidad, por lo tanto, la paciente no presenta ningún tipo de dificultad en sus procesos mentales superiores.

En relación con la prueba de la afectividad la prueba es válida, obtiene depresión de categoría leve debido a que la paciente ha reflejado cómo se siente en la actualidad, las ideas que la aquejan y el estado de ánimo decaído que presenta desde los acontecimientos sucedidos.

Por último, con relación a nivel de ansiedad, obtuvo una categoría de ansiedad muy baja, no tiene la ansiedad como rasgo de personalidad, pero sí debido a los acontecimientos que ha vivido ha presentado síntomas de esta.

VI. Recomendaciones

- Seguir asistiendo al departamento de psicología.
- Consejería psicológica y Psicoeducación para la familia.
- Iniciar sesiones de psicoterapia bajo el enfoque cognitivo conductual para la disminución de los síntomas que la aquejan.
- Luego de concluir las sesiones de psicoterapia, volver a asistir por posibles recaídas.

2.5. Identificación del Problema

La paciente presentó como sintomatología, tristeza acompañada de llanto, pérdida del apetito, disminución del sueño, pesadillas constantes, falta de energía y placer al realizar las actividades que antes disfrutaba, fatiga constante, dificultad para tomar decisiones, culpabilidad y dolores de cabeza cuando recuerda lo sucedido. Los signos que se le observaron durante las entrevistas fue la orientación en tiempo, espacio y persona, se mostró lúcida, adecuado aliño e higiene personal, su marcha la realizaba de manera normal, la postura encorvada, sus brazos apoyados sobre la meza, en la primera sesión sus manos temblaban, su atención fue selectiva, el tono de voz bajo, no mantuvo un adecuado contacto visual, mirada cabizbaja, de acuerdo con todo lo mencionado e investigado, se puede concluir que la paciente presenta un trastorno adaptativo, reacción depresiva prolongada, vivió un acontecimiento estresante por lo cual asistió a consulta, se inició por evaluarla, donde presentaba un CI 110 donde se encuentra en la categoría normal superior, por lo cual cumplía con los criterios para poder trabajar bajo el enfoque cognitivo conductual.

Al presentar la paciente sintomatología de Depresiva, se ha tomado en consideración la propuesta por (Beck & Shaw, 1983), debido a que se puede comprender a partir del enfoque cognitivo conductual como un trastorno del estado de ánimo que le afecta a la paciente y también proporciona una explicación originada por los pensamientos irracionales, lo cual esta propuesta se enfocará en la Reestructuración Cognitiva, donde la paciente adquirirá herramientas para poder identificar y modificar las interpretaciones y valoraciones subjetivas y de los hechos que

sucedan en la actualidad, de esta forma se va a estimular al individuo para que altere los esquemas de pensamientos y se observe a él y al mundo de una manera realista y adaptativa.

Figura 4

Análisis funcional de la conducta

Antecedentes	Conducta	Consecuente
<p><u>Externo</u> Ver a mi madre</p>	<p><u>Cognitivo</u> <u>Creencia Nuclear</u> “Si mi madre lo hizo, fue por mi culpa porque yo al estar en ese colegio hice que se conocieran, es mi culpa” <u>Creencias Intermedias</u> “Tengo miedo de que en un futuro yo sea igual a mi madre ya que ella era un ejemplo para mí” “Si mis padres se separan yo podría morir” <u>Pensamiento automático</u> “Porque estoy viviendo esta situación tan horrible”</p> <p><u>Interno:</u> Recuerdo cuando vi a mi mamá besándose con el padre de mi compañero de la secundaria</p> <p><u>Emocional:</u> Ansiedad Tristeza Culpa</p> <p><u>Fisiológico:</u> No tener ganas de comer Cefalea Dificultad para conciliar el sueño</p> <p><u>Motor:</u> Mirada cabizbaja</p>	<p><u>Externo</u> “Evito ver a mi madre para que no me genere tristeza”</p> <p><u>Interno</u> “Recuerdo que, si no la veo, no me dará tristeza”</p>

Nota: En el análisis funcional se puede observar el antecedente externo e interno, la sintomatología de la paciente y las consecuencias de las emociones y conductas.

Capítulo III: Programa de Intervención Terapéutica

3.1. Especificación de los Objetivos de Tratamiento

Objetivo General:

Disminuir la intensidad de la sintomatología y el estrés generado por la percepción del acontecimiento mediante técnicas cognitivas y técnicas conductuales.

Objetivos Específicos:

- Brindar psicoeducación a los padres y a la paciente con respecto al diagnóstico y su tratamiento.
- Identificar los pensamientos automáticos que le producen malestar en su vida diaria.
- Reducir los malestares emocionales o conductuales producidos por la percepción del acontecimiento.
- Lograr reconocer técnicas de afrontamiento hacia las diversas situaciones negativas, con el fin de que no se vea afectada su funcionabilidad en el área social.
- Preparar al paciente con recursos psicológicos para manejar futuras situaciones estresantes.
- Identificar mediante la evaluación psicométrica el grado depresivo de la paciente, para conocer la evolución, brindar resultados y explicar las sesiones de seguimiento.

3.2. Diseño de Estrategias de Intervención

Figura 5

Procedimiento por sesión

Sesión	Objetivo	Técnica	Procedimiento	Conclusión
1	Brindar psicoeducación a los padres con respecto al diagnóstico y su tratamiento.	Escucha activa Observación de conducta. Validación de emociones. Contención emocional. Orientación y consejería Identificación de Pensamientos Disfuncionales. Psicoeducación.	Luego de haber atendido a los padres de la paciente, y haber validado sus emociones, se recogieron sus dudas sobre lo informado y se registraron sus pensamientos distorsionados.	Los padres pudieron comprender el diagnóstico de su hija y decidieron brindarle su apoyo a ella, asimismo entendieron que lo que sucede es algo que requiere atención psicológica con el fin de buscar su bienestar mental.
2	Brindar psicoeducación a la paciente con respecto al diagnóstico y su tratamiento.	Consejería. Psicoeducación. Tarea para la casa.	Se le explicó a la paciente el diagnóstico que presenta y los resultados de las pruebas psicológicas que fueron tomadas, asimismo se le comunicó sobre los objetivos de las sesiones, luego de ello, se le escuchó sus dudas, se validaron sus emociones y se registraron los pensamientos distorsionados que presentó en el momento.	La paciente comprendió lo que se realizará para que pueda tener una mejor calidad de vida y su salud mental no se vea afectada en el futuro.
3	Explicar la relación entre situación, pensamientos, emoción y la conducta, y el rol que cumplen.	Dialogo Expositivo. Escucha activa. Orientación y consejería. Columnas paralelas.	Se le explicó a la paciente sobre la técnica de columnas paralelas donde le ayudó a comprender el enfoque cognitivo conductual.	La paciente logra comprender la relación entre las situaciones, pensamientos, emociones y las conductas.
4	Identificar los pensamientos automáticos	Retroalimentación. Escucha activa. Psicoeducación.	Se le explicó a la paciente sobre el autorregistro, empezando que la situación o	La paciente logra comprender como se realiza un autorregistro.

	que le producen malestar en su vida diaria.	Identificación de pensamientos disfuncionales. Técnica de detección de los pensamientos automáticos. Técnica de tarea para la casa. Autorregistro.	de acontecimiento que vivió, generan pensamientos y que ellos producen su estado emocional, también se le explicó la importancia de la identificación de los pensamientos automáticos.	
5	Identificar las distorsiones cognitivas que repercuten en la vida cotidiana de la paciente.	Retroalimentación. Psicoeducación. Dialogo expositivo Técnica de pensamientos disfuncionales.	La paciente ingresó enseñando y explicando los autorregistros que trabajó en casa, en esta sesión se identificó y enseñó las distorsiones de sus pensamientos que utiliza de manera automática en acontecimientos.	Se comprendió lo trabajado, se identificaron las distorsiones cognitivas que repercuten en su vida.
6	Reducir los malestares emocionales o conductuales producidos por la percepción del acontecimiento.	Retroalimentación. Escucha activa. Psicoeducación. Técnica de la reestructuración cognitiva.	Se le pidió a la paciente que cuestionara todos los pensamientos registrados, y así poder modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva que tiene respecto a su experiencia, por lo cual se busca ayudar a cambiar los pensamientos irracionales, identificar la emoción que genera para crear pensamientos automáticos que contrarresten dichas creencias negativas.	La paciente pudo cuestionar y cambiar de manera racional los pensamientos irracionales que presentaba, asimismo modificó la interpretación de las experiencias vividas.
7	Enseñar que los pensamientos tienen el poder de controlar las emociones. Disminuir el pensamiento depresivo en la vida cotidiana, cambiando los	Retroalimentación. Escucha activa Psicoeducación. Técnica de la reestructuración cognitiva. Técnica de solución de problemas.	Identificar si los pensamientos de la paciente han ido progresando de manera positiva y si ese no fuera el caso generar nuevos pensamientos que puedan interferir con el pensamiento.	Paciente logra modificar los pensamientos negativos y los cambia a pensamientos positivos, los cuales no generan consecuencias en su vida cotidiana.

	pensamientos negativos identificados en la sesión anterior.	Tarea para la casa.	La paciente comenzará a hacer sus propios registros anecdóticos respecto a los pensamientos que puedan ocurrir y comenzará a trabajarlos por cuenta propia cuando sucedan. También se le explicó y psicoeducó sobre la solución de problemas en la vida diaria.	
8	Lograr reconocer técnicas de afrontamiento hacia las diversas situaciones negativas, con el fin de que no se vea afectada la funcionabilidad del área social.	Retroalimentación. Escucha activa. Psicoeducación. Técnica de solución de problemas. Técnica de habilidades sociales. Tarea para la casa.	La paciente en esta sesión tuvo la capacidad para formular soluciones ante los conflictos que se le brindaba, y así se permitió enfrentarse a cualquier tipo de acontecimiento vital.	Paciente logra formular distintas soluciones a los problemas que puedan ocurrir en el futuro, y logró desarrollar habilidades sociales, lo cual permitirá retomar las relaciones sociales.
9	Se evalúa el progreso de su solución de problemas. Lograr identificar las habilidades sociales. Identificar alternativas para mejorar el estado de ánimo.	Retroalimentación. Escucha activa. Psicoeducación. Técnica de solución de problemas. Técnica de Habilidades Sociales. Tarea para la casa.	Se realizó la retroalimentación de la sesión anterior, y luego de ello se pudo realizar ejercicios para poder identificar los tipos de comunicación.	La paciente pudo culminar la sesión, comprendiendo las técnicas que se le explicó y desarrolló durante la sesión.
10	Instaurar y reconocer las conductas saludables mediante las técnicas de relajación y respiración.	Retroalimentación. Escucha activa. Validación de emociones. Contención emocional. Orientación y consejería. Psicoeducación. Técnica de respiración diafragmática. Modelado Ensayo conductual.	Se realizó una retroalimentación de la teoría de las técnicas de relajación y respiración para que en esta sesión se pueda realizar el ejercicio.	Paciente usa técnicas de relajación y respiración de manera correcta cuando se le presentan pensamientos no saludables. La relación con la madre mejoró con la confesión de la problemática.

11	Identificar mediante la evaluación psicométrica el grado depresivo de la paciente, se le brinda psicoeducación sobre la evolución del tratamiento.	Retroalimentación. Escucha activa. Orientación y consejería. Psicoeducación. Aplicación del inventario de depresión de Beck.	Se le aplicó el inventario de depresión de Beck, para saber la mejoría de la intervención que obtuvo en estas sesiones. Se le brindó un resumen de sus progresos y se felicitan sus avances, como no se pudo concluir, se tendrá que comunicar en la siguiente sesión sobre ello.	La paciente recordó que fue la misma prueba psicológica que se le realizó la primera sesión, y lo cual ella refiere que se sintió mejor al realizarla ahora, ya que no presenta los mismos síntomas que antes.
12	Brindar psicoeducación de la evolución, brindar resultados y explicar las posibles sesiones de seguimiento.	Retroalimentación. Escucha activa. Psicoeducación. Orientación y consejería.	Se realiza un resumen de los progresos de la paciente, y se refuerza todo lo logrado, se plantea y se orienta sobre las sesiones de seguimiento para posibles recaídas.	La paciente domina todas las técnicas realizadas durante las sesiones y los resultados del inventario de depresión, fueron positivos para poder ser dada de alta.

Nota: Los objetivos, las técnicas que se trabajaron, el procedimiento que se tuvo y la conclusión de cada sesión.

Figura 6

Sesiones de seguimiento

13	Interactuar con la paciente y orientarla.	Escucha activa. Dialogo expositivo. Orientación y consejería.	Se le citó a la paciente para saber la mejoría y evolución del tiempo que no asistió al departamento de psicología.	La paciente presentó mejoría, refiriendo que se adaptó a la nueva vivencia que vive con sus padres. Los pensamientos negativos no se presentaron más.
14	Instaurar conductas saludables.	Escucha activa. Psicoeducación. Orientación y consejería. Técnica de respiración diafragmática.	Se le volvió a explicar sobre técnicas saludables como la técnica de respiración diafragmática para una mejor evolución del diagnóstico y para afrontar situaciones de la vida diaria.	La paciente obtuvo buenos resultados en la prueba evaluada, y adquirió más conocimientos sobre la técnica de respiración que se practicó en conjunto.

Nota: En las sesiones de seguimiento también se puede observar los objetivos que se tuvieron por sesión, las técnicas cognitivas, conductuales, el procedimiento y la conclusión de cada sesión.

3.3. Aplicación de Procedimiento

Sesión #1:

Objetivos de la sesión:

- Brindar psicoeducación a los padres con respecto al diagnóstico y su tratamiento.

Técnicas:

- Escucha activa: escuchar con atención lo que refiere la paciente.
- Observación de conducta: observar el lenguaje no verbal y la apariencia de la paciente.
- Validación de emociones: comprender y entender las emociones de la paciente sin juzgarlas.
- Contención emocional: validar las experiencias de la paciente y las emociones que expresan.
- Orientación y consejería: proceso donde se le brindó a la paciente respuesta a las preguntas y dudas que tenía.
- Registro de pensamientos distorsionados: anotar en una hoja los pensamientos que la paciente tiene al experimentar situaciones adversas.
- Psicoeducación: se le brinda conocimientos sobre temas específicos.

Descripción de la Sesión:

T: Buenos días, padres de familia, ¿cómo están?

Padres: Buenos días, estamos un poco preocupados, porque no sabemos el motivo por el cual nuestra hija quiere atenderse aquí.

T: Claro que sí, hoy voy a resolver sus dudas con respecto al diagnóstico y al tratamiento de intervención que se realizará bajo el enfoque cognitivo conductual, sin embargo, el motivo por el cual su hija viene a consulta, se los dirá su hija a lo largo de las sesiones.

Padres: Nosotros no sabemos qué es lo que sucede con nuestra hija, queremos que sea la misma de antes, que sea noble y educada, en la actualidad, cuando estamos en la casa, sólo está en su cuarto y contesta de una manera desafiante, ya no es la misma niña de hace unos meses, al momento de que tiene que ayudar a su mamá en la mañana, amanece con ojos rojos e hinchados, todos los días, es desesperante para nosotros sus padres no saber que tiene.

T: Entiendo, el problema actual se relaciona a los síntomas que usted acaba de manifestar, el llanto, la tristeza, el aislamiento, ya no disfrutar lo que realizaba antes, y muchos más, ¿por qué? Porque está pasando por un Trastorno de adaptación, reacción depresiva prolongada.

P: Ese diagnóstico, ¿es algo malo? Se escucha muy fuerte, no queremos que padezca de una depresión, hemos escuchado lo peor de esa enfermedad, es más, una de sus profesoras del colegio vivió esa enfermedad y tuvo que dejar de trabajar para poder enfrentarse a esa situación. No sabemos si podría explicarnos un poco más sobre esa enfermedad.

T: Hoy les explicaré, llegamos a la conclusión del diagnóstico por toda la recolección de información del motivo de consulta, su historia personal, por los resultados de las pruebas aplicadas, por los signos y por los síntomas que ella manifestó y presentó en las sesiones.

Figura 7

Esquema de terapia



Nota: El esquema representa un análisis donde dependerán de muchos factores, como la complejidad de la problemática, la implicación y la colaboración del paciente. Tomado de Psicología-Online (p.2), por Badía, 2020.

Entendamos que Lizzeth vivió una situación que le generó estrés y malestar psicológico, ella tuvo una interpretación de esa vivencia, lo cual generaron pensamientos y esto repercute en sus conductas y emociones, por ello es que ella presenta un estado de ánimo depresivo que fue prolongado por meses.

En conclusión, el Trastorno adaptativo es ocasionado por un episodio o acontecimiento que le generó estrés y la Reacción depresiva prolongada es un estado depresivo de un nivel moderado, que aparece como una respuesta a la situación y evento prolongado a una situación que le genera estrés, esta situación no dura más de dos años.

P: Como padre me duele mucho que mi hija esté pasando por esta situación, nunca me dijo lo que ocurrió, pero tampoco me lo tiene que decir para yo apoyarla hasta el final, tiene que salir de esta situación, a mi como madre me molesta mucho que no me tenga confianza, yo siempre le he abierto mi corazón, pero no sé qué sucedió para que tenga este comportamiento (llorando).

T: Y es normal que ustedes se sientan así, no está mal que lloren y se sientan vulnerables por la situación que su hija está pasando, esta sintomatología que presenta Lizzeth con el tratamiento de intervención cognitivo conductual reducirá, el proceso será largo, pero tendremos buenos resultados con la voluntad que ella tiene de poder aceptar y superar esta situación.

P: Gracias por su apoyo, lo que queremos saber es que podemos hacer para nosotros ayudarla en casa.

T: Brindándole su confianza, teniendo una comunicación asertiva, no invalidando sus emociones y ser empáticos, es lo más importante que deben hacer en esta situación para ir a la par con el tratamiento.

P: Muchas gracias, vamos a tratar de ser mejores padres y estar más atentos a cómo se siente ella, cualquier cosa por favor nos las hace saber, mi esposa vendrá a traerla a las terapias, mientras que yo trabajo.

T: No se preocupe, estaremos en constante comunicación, que tengan un buen día.

P: Gracias, hasta luego, nos vemos la siguiente semana.

Conclusión

- Se alcanzó a lograr los objetivos planteados brindándoles psicoeducación a los padres para una mejor comprensión y soporte emocional hacia la paciente.

Sesión #2:

Objetivos de la Sesión:

- Brindar psicoeducación a la paciente con respecto al diagnóstico y su tratamiento.

Técnicas:

- Consejería.
- Psicoeducación.
- Tarea para la casa.

Descripción de la Sesión:

T: Buenos días, Lizzeth, ¿cómo te encuentras?

P: Buenos días, aquí psicóloga, me siento tranquila, un poco preocupada por lo que me va a decir, ya que mis papás se han estado comportando raros en estos últimos días, como si me voy a morir (risas).

T: jaja claro que no Lizzeth, te cuento que les comenté a tus papás sobre el diagnóstico que presentas y cómo vamos a trabajar en las sesiones.

P: Psicóloga, yo no quiero que mi papá se entere lo que mi mamá le hizo, no quiero que se separen, tampoco quiero que mi mamá sepa que yo sé, me hace sentir muy triste que ambos puedan discutir más adelante por mi culpa, porque se enteraron lo que yo nunca debí de ver.

T: Primero quiero que sepas que yo nunca les contaré algo a tus papás que tú no quieres que sepan, todo lo que hablemos tú y yo, se quedarán en estas cuatro paredes, segundo, quiero que sepas que todo lo que sientes está bien, sin embargo, quiero recalcarte que el acontecimiento que viste no es tu culpa. Por último, con respecto a tu tristeza, vamos a trabajar en ello, te felicito aceptar que te sientes así y es válido.

P: Muchas gracias psicóloga, gracias por mantener en secreto lo que le conté.

T: Entonces empezaremos con la sesión, primero felicitándote por ser tan valiente y por asistir con total voluntad a las citas programadas.

P: Sí, es que, en realidad, me siento muy triste y esta tristeza ya no la puedo sobrellevar, a veces no puedo dormir bien, no tengo ganas de nada, ya no me gustan hacer las cosas que antes me gustaban, siento que me estoy alejando de mi mamá, porque la veía como un ejemplo a seguir, pero ahora no, ella me acompaña siempre aquí, pero como usted vio hoy cuando llegué, ella se queda afuera.

T: Entiendo lo que estás pasando Lizzeth, pero vas a salir de esta etapa, te voy a dar herramientas que te ayuden a seguir con tu vida, como antes.

P: Me parece perfecto, es esa la razón por la cual estoy aquí, pero antes, quisiera saber qué es lo que tengo, sé que hoy me dirá, pero me da mucha pena saber que tengo.

T: Lizzeth después de haberte evaluado con las pruebas psicológicas y escuchar cómo te sientes a lo largo de las primeras entrevistas, he analizado los signos y síntomas, y en conclusión presentas un Trastorno adaptativo, reacción depresiva prolongada.

P: ¡Ay! Psicóloga, he escuchado mucho sobre la depresión, eso me atemoriza un poco ya que dicen que es una enfermedad donde no se puede salir así no más.

T: Te voy a definir que es la depresión según la organización mundial de la salud, es un trastorno mental que se caracteriza por tener tristeza, como principal síntoma, falta de interés en realizar las actividades, trastornos del sueño y apetito.

P: Sí, es todo lo que yo tengo, y ¿qué es el trastorno adaptativo?

T: El Trastorno adaptativo se originó porque viviste un acontecimiento que te generó estrés en tu vida, y los síntomas de este diagnóstico se produjeron luego de casi 3 meses.

P: Entiendo, ¿el factor estresante fue el ver a mi mamá besándose con el papá de mi amigo?

T: Sí Lizzeth, ese fue el factor estresante que causo la sintomatología que presentas en la actualidad.

P: Psicóloga, yo cuando vi ese acontecimiento, solo quedé en shock y no hice nada, hasta me olvidé de eso, pero pasó un tiempo y poco a poco me di cuenta que estaba cambiando, temo decir que hasta pensé en odiar a mi mamá, quiero cambiar eso, ¿me puede comentar un poco más sobre el tratamiento?

T: Claro que sí, primero tienes que saber que existe muchos enfoques en la psicología, pero que estas dependen de uno mismo, el enfoque que utilizaremos será el cognitivo conductual. Te lo explicaré con este cuadro.

Figura 8

Esquema de terapia



Nota: El esquema representa un análisis donde dependerán de muchos factores, como la complejidad de la problemática, la implicación y la colaboración del paciente. Recuperado de Psicología-Online (p.2), por Badía, 2020.

Este cuadro te hará entender un poco mejor la intervención, muchas veces nosotros vivimos situaciones, acontecimientos que de ellos sacamos una interpretación e inmediatamente tenemos pensamientos automáticos, y de ello parte nuestras emociones y conductas.

Nosotras vamos a trabajar nuestras interpretaciones, nuestros pensamientos, y nuestras emociones.

P: Sí entiendo psicóloga, me parece muy bonito todo lo que usted me dice, pero no sé si funcione conmigo, por favor ayúdenme a salir de esta situación, prometo poner todo de mi parte, trabajemos todo lo que sea necesario, a veces extraño conversar más tiempo con mi mamá y con mis amigos, pero no me quiero sentir culpable por nada de lo que suceda.

T: Muy bien Lizzeth, eso es lo que quería escuchar, la voluntad que tienes de salir de esta situación. Entonces seguiremos trabajando esto en el transcurso de las próximas sesiones. Te voy a dejar esta semana como tarea, identificar cuáles son esos pensamientos que están continuamente fastidiándote y perjudicándote en tu día a día. ¿Está bien?

P: Esta bien psicóloga, ¿usted cree que me pueda dar un ejemplo para poder hacerlo bien?, ya que a veces no hago las cosas como deberían de ser.

T: No, a lo contrario, tal vez yo tengo que dejarme de entender y ser más clara.

Un ejemplo sería lo que acabas de mencionar, que tú no haces las cosas bien, ese es un pensamiento negativo.

P: Claro, ya entendí mejor, ¿cuántos pensamientos tengo que traerle en la próxima sesión?

T: Los que tú tengas a lo largo de los días, no te preocupes la cantidad.

P: Está bien psicóloga, entonces ya me retiro, hasta luego y muchas gracias por todos sus consejos.

T: Hasta la próxima sesión Lizzeth, cuídate.

Conclusión

- Se alcanzó a lograr los objetivos planteados, brindándole una claridad del diagnóstico a la paciente, con la técnica de la psicoeducación.

Sesión #3:

Objetivos de la sesión:

- Explicar la relación entre situación, pensamientos, emoción y la conducta, y el papel que cumplen en la vida de la paciente.

Técnicas:

- Dialogo Expositivo.
- Escucha activa.
- Orientación y consejería.
- Columnas paralelas: técnica que trata de identificar la situación adversa, los pensamientos, conductas y emociones que se originan frente a esta situación.

Descripción de la sesión:

T: Buenos días, Lizzeth, bienvenida a una nueva sesión, ¿Cómo te has encontrado en esta semana?

P: Buenos días, todo tranquilo, esperando este día para empezar con las sesiones.

T: Que bueno Lizzeth, el día de hoy vamos a trabajar una de las técnicas que nos ayudará a comprender mejor el problema desde el Modelo Cognitivo Conductual, que te comenté la sesión anterior. Esta técnica se llama Columnas Paralelas o SPEC.

P: Se escucha interesante.

T: Y lo es, te voy a mostrar un ejemplo que nos ayudará a comprender con más facilidad de que trata el ejercicio.

Figura 9

1er Ejercicio de SPEC en 1ra persona

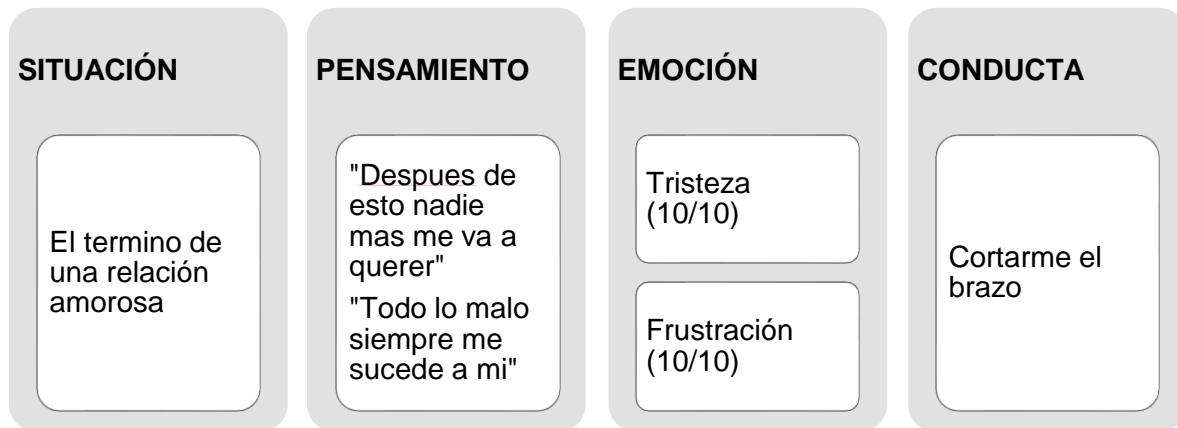
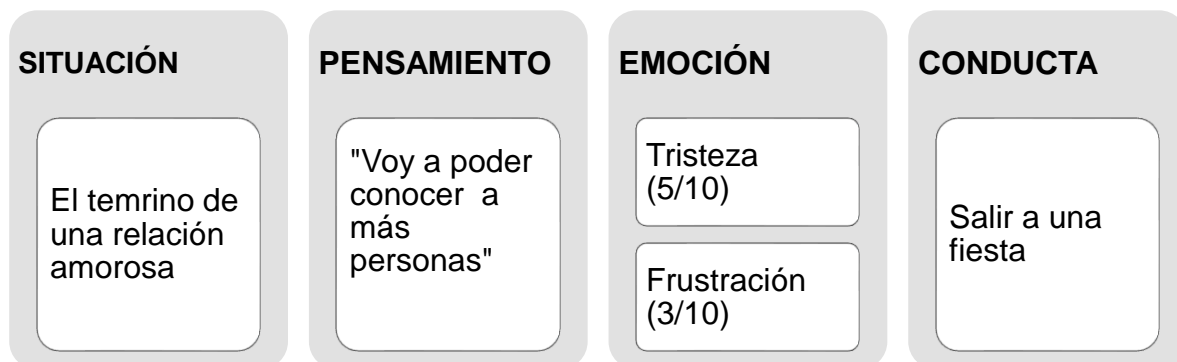


Figura 10

1er Ejercicio de SPEC en 2da persona



T: ¿Logras darte cuenta de lo que está sucediendo en esta situación? ¿Notas alguna diferencia?

P: Sí, una de las diferencias es que las dos personas lo toman de diferente manera lo que les sucede, antes no me había dado cuenta.

T: Es que nosotros muchas veces pensamos que es la situación, pero si te das cuenta si fuera la situación, todos pensaríamos y actuaríamos igual.

P: Claro usted tiene razón.

T: Ahora vamos a realizarlo con tu problemática.

Figura 11

2do Ejercicio de SPEC en 1ra persona

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
Vi a mi mamá engañando a mi papá	"Es mi culpa, si se separan" "Voy a morirme si ellos se separan"	Colera (10/10) Tristeza (10/10)	No me acerco a mi mamá, me encierro en mi cuarto.

Figura 12

2do Ejercicio de SPEC en 2da persona

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
Vi a mi mamá engañando a mi papá	"Mi mamá tiene la culpa por fallarle a mi papá" "A pesar de que mis papás tienen años de relación ella no lo quiere y es su decisión"	Cólera (5/10) Tristeza (5/10)	Le digo a mi mamá lo que vi y que le cuente a mi papá antes que yo lo haga

T: Esto es lo que te está pasando, ¿verdad?

P: Sí.

T: ¿En qué situación te encuentras tú?

P: La primera, es que yo me siento culpable de todo lo que sucedió.

T: Vamos a hacerlo con una situación más, para que pueda quedar claro las diferencias de las situaciones.

Figura 13

3er Ejercicio de SPEC en 1ra persona

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
Mi papá nos grita a mi mamá y a mí, por todo	"Es mi culpa, yo hago todo mal" "Es porque él también vio a mi mamá"	Tristeza (10/10) Cólera (10/10)	Me encierro en mi cuarto sola y miro al techo.

Figura 14

3er Ejercicio de SPEC en 2da persona

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
Mi papá nos grita a mi mamá y a mí, por todo.	"Mi papá siempre tuvo pensamientos machistas" "Ya deberían separarse mis papás, ni si quiera se quieren"	Cólera (5/10) Tristeza (5/10)	Le digo a mi mamá lo que vi y le obligo a separarse de mi papá.

T: Ahora lo que vamos a hacer es que lo vas a ir practicando en un cuaderno con el que vamos a trabajar todas las semanas, los pensamientos automáticos que tengas y este ejercicio, con el fin de ponerlo en práctica.

P: Sí, no se preocupe, yo lo haré.

T: Aquí nos quedaremos, espero hayas podido entender, cuídate, nos vemos en la siguiente sesión y recuerda que una situación tiene distintas interpretaciones.

P: Sí, me doy cuenta de que era lo que pensaba, gracias, cuídese.

Conclusión:

- Se alcanzó a lograr los objetivos planteados, ensañándole a identificar el SPEC en el caso y situación que ella aconteció.

Sesión #4:

Objetivos de la Sesión:

- Identificar los pensamientos automáticos que le producen malestar en su vida diaria.

Técnicas:

- Retroalimentación: Conversar con la paciente sobre la sesión anterior.
- Escucha activa.
- Psicoeducación.
- Identificación de Pensamientos Disfuncionales.
- Detección de los pensamientos automáticos.
- Autorregistro.
- Técnica de tarea para la casa.

Descripción de la Sesión:

T: Buenos días, Lizzeth, bienvenida a una nueva sesión, ¿Cómo te has encontrado en esta semana?

P: Buenos días, psicóloga, me he sentido mejor, mis papás definitivamente tienen otro trato conmigo y eso me hace muy feliz, ya que antes me sentía un poco ignorada.

T: Que bueno Lizzeth, eso quiere decir que tus papás te saben entender y validan lo que tú sientes, me da mucho gusto escucharte decir eso. Te cuento que hoy vamos a realizar una sesión donde necesitaré que me des la tarea que te pedí la semana pasada, vamos a identificar esos pensamientos que te aquejan, a lo largo de estas sesiones que vienen, vamos a cambiar estas ideas negativas por pensamientos un poco más saludables para que no te perjudiquen en ningún aspecto de tu vida, en la primera sesión, te pedí que me trajeras un listado de pensamientos no saludables, ¿lo hiciste? La sesión pasada trabajamos otra técnica, pero hoy sí trabajaremos con ello.

P: Entiendo, sí lo traje, aquí tengo mi hoja, espero esté bien.

T: Está muy bien, quiero que me cuentes un poco más de cada pensamiento, que estabas haciendo antes de tenerlo y como te sentiste.

P: Bueno, en el primer pensamiento dice “Me siento culpable por todo” yo sé que ese pensamiento no tiene nada de cierto o tal vez sí, porque si yo no hubiera estado en ese colegio, mi mamá no hubiera podido conocer al padre de mi amigo.

T: ¿realmente crees que es tu culpa?

P: Muy dentro mío sé que no fue mi culpa, sé que fue porque ellos lo decidieron así ya que no tienen respeto a sus parejas ni a su familia.

T: Al presentarse este pensamiento, ¿Qué emoción sentiste?

P: Cada vez que pienso en esto, me siento muy triste, lloro frecuentemente, pero lo que me asusta es el dolor de cabeza que siento, no sé si eso esté bien.

T: Nuestro cuerpo refleja lo que nosotros sentimos, en este caso al expresar tristeza y llorar, el dolor de cabeza está relacionado a la presencia de estrés, que al momento de llorar lo liberamos, sin embargo, a pesar de que es bueno llorar, para no reprimir lo que sentimos, esta liberación, ocasiona tensión y presión en ti. Ahora, ¿cómo podríamos cambiar este pensamiento que no nos deja vivir una vida tranquila?

P: Yo estaba pensando ya hace un tiempo, decirle a mi mamá lo que vi, y cuanto dolor me causó y me molestó, creo que expresar mis sentimientos frente a esto y no guardármelo como lo he estado haciendo en todo este tiempo me va a ayudar a no tener tantos dolores de cabeza y no sentirme culpable.

T: Muy bien Lizzeth. ¿En qué momentos del día este pensamiento te aqueja?

P: Cuando no estoy haciendo nada, cuando estoy en mi cuarto sola, en ese momento, todo se me viene a la cabeza, así como todos los pensamientos que coloqué en la hojita. Cuando mis compañeros del colegio me escriben por Facebook también me siento así, porque el hijo del amante de mi mamá es mi compañero de promoción, él está en el grupo que tenemos.

T: Cuando tengas este tipo de pensamientos, sólo recuerda que hay 2 responsables de esta situación, y no eres tú, no es tu papá ni tampoco tu amigo. Y si deseas preguntarle a tu mamá lo que observaste, lo puedes hacer, eso depende de ti. Ahora hablemos del segundo pensamiento que colocaste, dice “me siento triste cuando pienso que seré igual que mi mamá”, ¿qué te hace pensar esto?

P: Cuando yo hablaba con mi mamá, siempre le decía que era perfecta, que quería ser como ella, y le agradecía por ser tan buena conmigo, en algún momento he pensado en tener hijos, pero yo no quiero ser como mi mamá, yo no quiero engañar a mis hijos y menos

a mi esposo. ¿Usted cree que algún día, voy a ser como mi mamá? Tal vez de aquí a algunos años, eso lo pienso seguido.

T: Quiero que sepas que una persona escoge o decide quien quiere ser, si realmente tú no deseas ser como ella es una decisión que parte de ti misma, hay muchos hogares disfuncionales, sin embargo, los padres siguen cuidando y amando a los hijos, a pesar de que ya no mantienen una relación de esposos, y es totalmente válido que se separen si es que ya no hay un sentimiento que los una, nadie puede forzar una relación, ni la pareja ni los hijos, pero ellos siempre serán padres, por el bien de cada uno y por su salud mental es mejor separarse.

P: (llora) Tiene razón, si es que es lo mejor para mí y mis padres, la separación es una buena opción, pero me cuesta asimilar que ya no los tendré juntos. Este es uno de los pensamientos que más pasan por mi cabeza, igual que el anterior me hace sentir triste, a veces me enojo, me fastidio de la nada, me duele el corazón y me siento sola, mi cuarto es mi único aliado, aunque le parezca raro, quisiera volver a contactarme con mis amigos. ¿Seré una mala amiga?

T: No lo eres, nosotros tenemos conductas que no son positivas, como seres humanos, no somos perfectos, tenemos muchos errores, que vamos modificando a lo largo del tiempo, aprendemos e interpretamos las situaciones en base a nuestras experiencias, eso no te hace ser una mala persona, eres muy valiente de haberte levantado hoy día y venir aquí, eres valiente de enfrentar tus pensamientos y yo te felicito por eso.

P: (llora) gracias por lo que me dice, me hace sentir mucho mejor.

T: Tenemos que trabajar en esos pensamientos que te hacen sentir así, no está mal llorar, está muy bien y yo te felicito por hacerlo.

P: Gracias, quería preguntarle si es que usted le puede decir a mi mamá lo que yo sé.

T: Lizzeth, yo encantada de ayudarte, sin embargo, la que se lo debe de decir, eres tú, debes expresarle lo que sentiste en ese momento y conversar con ella. ¿De acuerdo?

P: Esta bien, se lo diré cuando me sienta preparada pero sí lo haré, ya que esto me está matando. Quiero tener una vida normal y tranquila. Gracias a usted lo voy a lograr luego de tanto tiempo.

T: Lizzeth te voy a dejar como tarea para la siguiente sesión, que rellenes este cuadro. De situación, pensamiento, emoción, conducta y le añadiremos el grado de intensidad a lo que sientes en un porcentaje del 0 al 10. ¿Por ejemplo, en el momento que pensaste que serías como tu mamá del 0 al 10 cuanta intensidad soportaste?

P: No recuerdo mucho, pero yo creo que un 6, no fue mucho el malestar, al principio cuando se presentó todo esto, sí tuve un 10 pero ahora ya no tanto, me he adaptado a esta situación.

T: Está bien, entonces cuando se presente una situación que te genera estrés, malestar emocional, lo anotarás y pondrás el pensamiento automático que aparecerá, luego la emoción que presentas, la respuesta que tienes frente a la situación y por último la intensidad.

P: Está bien, eso haré para la siguiente sesión, muchas gracias por todo.

T: Gracias a ti Lizzeth, nos vemos la siguiente semana para seguir trabajando en tus objetivos.

Conclusión

- Se alcanzó a lograr los objetivos planteados, identificando los pensamientos automáticos que le generan malestar, durante la semana podrá identificar y anotar, para que pueda formular pensamientos más adaptativos.

Sesión #5:

Objetivos de la Sesión:

- Identificar las distorsiones cognitivas que repercuten en la vida cotidiana de la paciente.

Técnicas:

- Retroalimentación.
- Escucha activa.
- Psicoeducación.
- Dialogo expositivo
- Técnica de pensamientos disfuncionales

Descripción de la Sesión:

T: Buenos días, Lizzeth, bienvenida a la cuarta sesión, ¿realizaste lo que te pedí en la sesión anterior?

P: Buenos días, psicóloga, sí lo hice, no le voy a mentir, no tuve ganas de hacerlo, anteayer y ayer me dio mucho sueño, me dio flojera y no tenía ganas de hacer nada, pero sí lo hice.

T: ¿Desde cuándo te has estado sintiendo de esa manera?

P: Desde que salí de la última sesión, no me he estado sintiendo bien, me siento triste, sin ganas de hacer nada, después de lo que conversamos he reflexionado, pero aun así tengo pensamientos raros.

T: ¿Sucedió algo para que te sientas así?

P: Yo creo que sí, mis papás discutieron cuando mi mamá y yo llegamos a la casa, creo que fue por temas de dinero, yo este año voy a postular a una universidad nacional, así que

esta vez no fue por mí, sino por temas de la luz o el agua, hasta por el internet a veces pelean, ellos me dicen que sólo me preocupe por mis estudios, ósea por el ingreso a la universidad, a mí a veces me da risa que peleen por tonterías pero también lo relaciono con lo que vi y me pongo con un humor insoportable, no quiero que nadie me diga nada porque me molesto, en este caso, no me dio ganas de hacer nada, sin motivación alguna, los pensamientos raros que tengo son como los que hablamos la sesión pasada, recuerda?

T: Claro que sí me acuerdo, primero hablemos de tus papás, son una pareja adulta que ambos tienen diferencias como todas las personas y como todas las parejas, aún más si es que hay gastos fuertes que son los servicios de la luz, agua, internet, es algo que ambos deben solucionar, tú todavía eres muy joven para estar preocupándote por gastos que no te corresponden, preocúpate en estudiar cómo te dicen tus papás, hablemos un poco más de tus pensamientos.

P: Con respecto a mis pensamientos, son lo que utilicé para la tarea, y el porcentaje que les tengo que colocar.

T: ¡Muy bien! ¿Cuál es el primero?

P: El primer pensamiento que hicimos la semana es el de “Me siento culpable por todo”.

T: Cuéntame, ¿cómo trabajaste el cuadro?

P: Lo hice de esta manera:

Fecha: martes por la tarde (3pm)

Situación: Llegué a mi casa y escuché a mis padres peleando, pero antes de eso, me puse a pensar en lo que habíamos conversado, estaba en mi habitación mirando el techo.

Pensamiento automático: “Me siento culpable por todo”, el porcentaje de creencia de ese pensamiento fue del 2 ya que lo habíamos conversado antes y estaba pensando en todo eso.

Emociones: tristeza, pensativa, 5 de intensidad

Respuesta alterna no lo hice, porque usted me dijo que lo trabajaríamos en la siguiente sesión.

T: Seguiremos trabajando el primer pensamiento, ¿Cuál sería la evidencia que ese pensamiento sea verdad?

P: No sé

T: ¿Alguna vez alguien te mencionó que tú tienes la culpa de todo?

P: La verdad no, yo siempre me echó la culpa cuando algo sale mal.

T: Entiendo, cuando sucede eso, y se resuelven las cosas, ¿te pones a pensar en que tú tuviste la culpa por todo o no?

P: No, cuando pasan las cosas ya me olvido de todo y no me pongo a pensar si yo tuve la culpa o no.

T: La culpa de lo que te atribuyes, es una responsabilidad de dos personas, la de tu mamá y el señor, como ya lo conversamos, no es tu culpa, no es la culpa de tu padre.

P: Sí, eso lo estoy comprendiendo con mejor claridad al realizar la tarea, sé que debo convertir este pensamiento a algo más real.

T: Claro que sí Lizzeth, sobre todo, debes realizarlo para que ese porcentaje de intensidad de tus emociones se reduzca cada vez más. Hablemos de otro pensamiento para luego poder explicarte cómo adaptar una respuesta alterna.

P: Está bien, el segundo sería algo parecido al primero

Fecha y hora: martes en la noche (8pm)

Situación: Mientras estaba descansando, viendo redes sociales, apagué todo y me puse a pensar en cómo cambió mi vida, y lo primero que se me vino a la cabeza fue sobre la culpa.

Pensamiento automático: "Si mi madre lo hizo, fue por mi culpa porque yo al estar en ese colegio hice que se conocieran, es mi culpa". 6 de creencia en este pensamiento.

Emociones: Tristeza, enojo, fastidio, malestar general, una emoción que sintió mi cuerpo fue dolor de cabeza. 8 de intensidad.

T: Muy bien, la respuesta alterna ¿en qué nos va a beneficiar?

P: Podría ser que cambiemos las emociones o algo así

T: La respuesta alterna será el no predecir un futuro. ¿cómo? Por ejemplo: Me irá mal en el examen de geografía, creencia a un 7, siento ansiedad, tristeza y enojo 4, pero tendré una respuesta alterna que será: cuando di mi último examen de geografía me saqué una buena nota y los profesores me felicitaron, entonces a esta pensamiento le daremos un 10 de creencia y las emociones que presentamos se reducirán y ahora serán todo lo contrario, tranquilidad, serenidad y le pondremos 9, estas respuestas alternas nos alivian el malestar psicológico y mental que tenemos.

P: Entiendo, entonces al finalizar se concluye que el pensamiento automático y las emociones disminuyen.

T: Exacto, siempre recuerda que los pensamientos tienen el poder de controlar las emociones y que estos pensamientos influyen en nuestro estado de ánimo.

P: Gracias psicóloga.

T: Tendrás un cuaderno, como un diario, donde pondrás todo, la fecha, la hora, los pensamientos, las emociones, que hiciste para detener estos pensamientos y si tuviste una respuesta alterna.

P: Esta bien psicóloga, eso me ayudará bastante ¿no?

T: Claro nos ayudará a identificar alguno por no decir todos los pensamientos negativos o distorsionados que te generen depresión.

P: Entiendo, entonces lo haré.

T: A veces tendrás nuevos pensamientos, eso también lo anotarás, sean pasados, o sean nuevos. Para la próxima semana vamos a seguir trabajando tus pensamientos, pero vamos a adaptarlos, para esto te vas a recordar sólo 4 pensamientos recurrentes.

P: Ya, entonces para la siguiente sesión traeré eso. Entonces nos vemos.

T: Sí, nos vemos Lizzeth, cuídate mucho.

P: ¡Gracias!

Conclusión

- Se alcanzó a lograr los objetivos planteados.

Sesión #6:

Objetivos de la Sesión:

- Reducir los malestares emocionales o conductuales producidos por la percepción del acontecimiento.

Técnicas:

- Retroalimentación.

- Escucha activa.
- Psicoeducación.
- Técnica de la reestructuración cognitiva: técnica que trata de convertir el pensamiento irracional, debatirlo con ella y convertirlo a un pensamiento adaptativo.

Descripción de la Sesión:

T: Buenos días, Lizzeth, bienvenida a tu sexta sesión, ¿realizaste lo que te pedí en la sesión anterior?

P: Buenos días, psicóloga, sí lo hice

T: Perfecto, veamos que has anotado

P: Estos son los 4 pensamientos que pasan por mi cabeza muy seguido:

“Si mi madre lo hizo, fue por mi culpa porque yo al estar en ese colegio hice que se conocieran, es mi culpa”, este pensamiento lo trabajamos la semana pasada, la verdad, me fue muy bien, en estos días ya no he pensado mucho en eso porque ya entendí que la culpa no fue mía, sin embargo era necesario colocarlo para que usted sepa que sí era uno de los pensamientos negativos que presentaba, el siguiente es que “tengo miedo de que en un futuro yo sea igual a mi madre ya que ella era un ejemplo para mí”, este también lo trabajamos, pero aun así, está en mi cabeza todo el tiempo, tengo miedo de no tener una relación amorosa por esto, aún estoy chica para pensar en matrimonio, aun así me da miedo engañar a mi pareja. El siguiente pensamiento es “si mis padres se separan yo podría morir”, lo suelo pensar sólo cuando escucho que mis padres tienen una fuerte discusión y yo me encierro en mi cuarto, siento que me ahogo con mi llanto, tengo miedo de morir por estar muy triste ante esta situación, muy aparte los dolores de cabeza que le comenté, son muy fuertes, en conclusión, tengo miedo de morir si ellos se separan, por último tengo pensamientos muy frecuentes con esta frase “¿por qué estoy viviendo esta situación tan

horrible?”, y es verdad, nadie vive esta situación como yo, no veo a mis amigas o conocidas pasar lo que yo estoy pasando, ¿por qué tengo que pasar esto? ¿me lo merezco? No sé qué hacer, me imagino que usted tiene muchos casos similares, y usted creerá que no soy la única que pasa por esta situación, y seguro le parezco tonta, no sé qué pensar.

T: Entiendo todo lo que piensas, comprendo y te aseguro que no está mal sentirte de esa manera, como tú misma lo dices, no eres la única que tiene estos problemas, pero no es adecuado compararnos con nadie, cada uno lo interpreta y asimila de diferente manera.

P: Sí, lo entiendo, pero soy muy drástica con mi pensar.

T: No está mal lo que sientes Lizzeth, como me dijiste hace un momento, nosotras ya identificamos y trabajamos el primer pensamiento, ahora vamos a trabajar con el segundo, pero antes, te voy a explicar una técnica nueva, que nos ayudará a pensar de una manera más racional y cambiar nuestros pensamientos a unos pensamientos más adaptativos. ¿Me dejo entender?

P: Sí entiendo psicóloga, cuando usted habla de racional, se refiere algo de la vida real.

T: Claro que sí, yo te enseñaré, lo haremos juntas y utilizaremos este cuadrito para que se nos haga más fácil, mira:

Figura 15

Técnica racional

Pensamiento		Debate	Pensamiento	
	Emoción			Emoción
Negativo		Científico	Adaptativo	

P: ¿cómo funciona?

T: Es un poco más largo, pero más específico que la sesión anterior, ¿te parece si empezamos? Trabajaremos con tu segundo pensamiento que colocaste en la hoja.

P: Ok psicóloga. El segundo pensamiento es “tengo miedo de que en un futuro yo sea igual a mi madre ya que ella era un ejemplo para mí”, ese es.

T: El (pensamiento negativo) es “Tengo miedo de que en un futuro yo sea igual a mi madre ya que ella era un ejemplo para mí”, ese pensamiento ¿qué te produce?

P: Me genera ansiedad, tristeza y culpa

T: Muy bien, entonces esa sería la (Emoción). Pero te has preguntado a ti misma si ¿tú eres la misma persona que tu mamá? ¿Por qué harías lo mismo que ella, porque no ser diferente, ser tu misma? (Debate científico)

P: (Paciente se queda pensativa) uhm tiene razón psicóloga.

T: Ahora que sabemos que lo que pensabas no estaba del todo bien vamos a generar un nuevo pensamiento que sea positivo. ¿Cómo podríamos pensar de una manera más racional?

P: Creo que podría ser de que yo soy diferente, ya que tengo genes de mi papá también

T: Muy bien Lizzeth, ese sería el pensamiento adaptativo.

P: Psicóloga puedo cambiar a este “yo no soy mi madre, yo soy Lizzeth y mi futuro será como yo decida que sea, y no porque alguien hizo algo yo haré lo mismo” (pensamiento adaptativo)

T: Muy bien, ese pensamiento adaptativo te hará tener otras emociones más saludables, recuerda que si hacemos esto las emociones cambiarán, reforzaras tu autoestima, te automotivarás y te sentirás más tranquila contigo misma, tendrás seguridad, calma y esperanza (Emoción)

P: Tiene razón psicóloga, porque no vi todo así desde un principio

T: Porque a veces nos cegamos con nuestros problemas, que no vemos la forma de salir de ellos y por eso estas aquí, para que puedas darte cuenta de todo.

P: Muchas gracias psicóloga

T: De nada Lizzeth ahora veamos el otro pensamiento ¿Cuál sería?

P: “Si mis padres se separan yo podría morir”, ese es mi pensamiento.

T: ¿Qué te hace sentir este pensamiento?

P: Me da mucho miedo, tristeza, angustia, falta de energía (Emoción)

T: ¿Por qué no vas a vivir si tus padres se separan? (Debate científico)

P: Me da miedo que me falten en días importantes, y si faltan me voy a morir yo los quiero juntos.

T: ¿Crees que si tus padres se separan el mundo se acabará o simplemente te tienes que adaptar a la nueva relación de ellos?

P: Tengo conocidos que sus papás son separados y el papá se olvida de ellos, no les dan para la universidad. Sé que existen muchas familias también donde el papá y la mamá no viven juntos, aun así, tienen buena relación y sus hijos salen adelante y son grandes personas cuando crecen, pero me da miedo que sea lo contrario.

T: Tú misma acabas de tener un pensamiento adaptativo al decir “Sé que existen muchas familias también donde el papá y la mamá no viven juntos, aun así, tienen buena relación” (Pensamiento adaptativo).

La pregunta sería, ¿cómo te hace sentir este pensamiento?, el que existan padres que por más que se separen, tienen una buena relación.

P: Esto me hace sentir tranquila y segura, saber que ninguno de mis papás peleara por mi educación o por la comida, me haría muy feliz que esto pase (Emoción)

T: Muy bien Lizzeth, ahora comprendemos un poco mejor que si tenemos pensamientos adaptativos, más racionales, nuestras emociones se verán reflejadas.

P: Tiene razón, mi vida continua y tengo que salir adelante para demostrar que nada ni nadie me puede hacer sentir mal de nuevo.

T: Me gusta tu nueva actitud, el último pensamiento lo realizarás en tu casa y en la próxima sesión lo revisaremos

P: Está bien psicóloga, ¿de igual manera como los 2 últimos verdad?

T: Sí Lizzeth, nos vemos la próxima sesión para poder revisar la tarea, hasta luego.

P: Cuídese, hasta la otra sesión.

Conclusión

- Se alcanzó a lograr los objetivos planteados.

Sesión #7:

Objetivos de la Sesión:

- Enseñar que los pensamientos tienen el poder de controlar las emociones.
- Disminuir el pensamiento depresivo en la vida cotidiana, cambiando los pensamientos negativos identificados en la sesión anterior.

Técnicas:

- Retroalimentación
- Escucha activa.

- Psicoeducación.
- Técnica de la reestructuración cognitiva.
- Técnica de solución de problemas: técnica que se utiliza para poder identificar y solucionar los problemas que la paciente presente.
- Tarea para la casa.

Descripción de la sesión:

T: Buenos días, Lizzeth, bienvenida a una nueva sesión, ¿realizaste lo que te pedí en la sesión anterior?

P: Buen día psicóloga, si lo hice mire.

T: Lee lo que apuntaste y lo evaluaremos juntas

P: Bueno ahí voy, mi (Pensamiento negativo) es “Porque estoy viviendo esta situación tan horrible” eso produce en mi ansiedad, miedo e inseguridad (Emoción), me cuestione a mí misma y me pregunte ¿Esta situación es horrible o yo lo estoy mirando de manera catastrófica? (Debate científico), me di cuenta de que la situación es complicada, pero yo no tengo la culpa de lo que sucede, pero si tengo responsabilidad de salir adelante y superar esto (Pensamiento adaptativo) y al hacer eso me voy a sentir mejor, más tranquila y segura (Emoción)

T: Lo hiciste muy bien, ahora ya sabes cómo modificar estos pensamientos negativos por unos más adaptativos, esto te ayudará a identificar cuando los presentes.

P: Si estuve pensando mucho sobre este pensamiento, pero no estaba segura de sí lo que hice estaba bien, me alegra mucho saber que no me equivoque.

T: Eso indica que estamos progresando mucho Lizzeth, ahora te enseñare un nuevo cuadro que utilizaremos cada vez que venga un nuevo pensamiento que sea negativo y así poder intervenirlo de inmediato, mira:

Figura 16

Cuadro de simulación progresiva

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	Pensamiento Alternativo
------------------	--------------------	----------------	-----------------	--------------------------------

P: ¿Y cómo usare este cuadro psicóloga?

T: En este cuadro apuntarás la situación en la que vino un pensamiento el cual es el siguiente recuadro, luego anotas la emoción que produce, que conducta emitiste y que pensamiento alternativo puedes usar para cambiar el primer pensamiento.

P: Entiendo, desde ahora cada vez que me pase algo lo anotare en un cuadro así.

T: Excelente, cuéntame ¿cómo te has sentido en estos últimos días?

P: A pesar de que he tenido pensamientos negativos y he tenido que realizar las tareas que a veces me da flojera, me he sentido bien, tuve un conflicto con mi papá, ya que él tiene pensamientos retrogradas y machistas, por lo general siempre tenemos estos conflictos, estos problemas vienen de años, no de hace poco, me gustaría poder conversarlo más tranquila pero cada vez que voy a conversar de eso, me sale con otro problema.

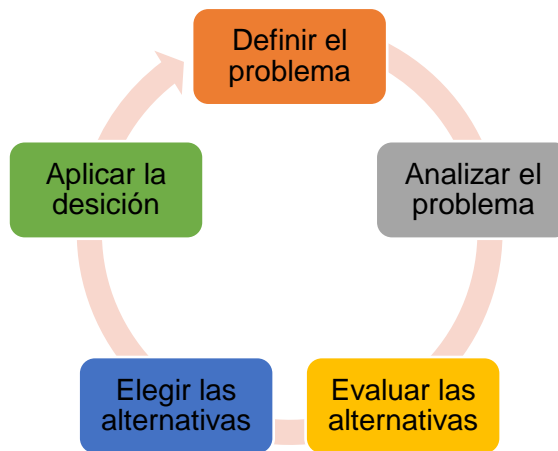
T: Vamos a trabajar la solución de problemas, en la vida diaria tendremos muchos conflictos y diferencias con el resto de las personas, sin embargo, así como tú tienes una idea, hay otras personas que tienen la suya, y sus opiniones pueden variar, esto depende mucho de la crianza, el aprendizaje que han adquirido por años, los valores, y muchos factores que

influyen en sus pensamientos e ideas. Aquí te puedo mostrar los puntos que vamos a trabajar, para que puedas comprenderlo mejor.

Como se puede visualizar en la tabla 15, se aprecia el cuadro de solución de problemas

Figura 17

Solución de problemas



Nota: Método de solución de problemas. Tomado de Toma de decisiones empresariales (p.2), por Toma de Decisiones, 2016.

P: Sí, yo creo que mi papá es así porque lo criaron a la antigua, es más, hubo un tiempo donde mi papá me pegaba cuando me portaba mal, ahora ya no es así, mis papás fueron a terapia familiar y aprendieron a criarme de una manera más bonita. Me gusta el cuadro, me parece interesante la manera en cómo vamos a trabajar.

T: Claro, y como tú misma lo dices, la crianza influyó en su actuar en la actualidad, entonces ya identificamos el problema, ¿Cuál sería?

P: El problema sería que los hombres tienen ideas, conductas y pensamientos muy machistas.

T: Del 0 al 10, ¿Cuánto es la gravedad de este problema?

P: Sería un 7, ya que este problema es de todos los días, veo mucha televisión nacional e Instagram, hay muchas mujeres violadas, agredidas y hasta muertas, el temor que tenemos todas las mujeres es normal ya que uno nunca sabe si se va a ir sin regresar viva.

T: Tienes mucha razón Lizzeth, lamentablemente vivimos en un país donde la mujer sale de su casa sin saber si regresará con vida, debemos cuidarnos entre todos, entiendo que esto te moleste y sea un problema que no podemos solucionar, debemos identificar también, quién, qué, dónde, cuándo, por qué.

P: Quién: sería mi papá, qué: el machismo que tiene, dónde: en mi casa, cuando: creo que es cuando mi mamá no le sirve la comida o cuando estamos en la mesa y tiene sed, le dice a mi mamá, anda sírveme agua, y yo le digo, puedes pararte y hacerlo tú, pero empieza a decirme que así lo educaron, que las mujeres tienen que servir a los hombres, el por qué: porque se crio con unos padres machistas y vio como un ejemplo al trato de su papá hacia su mamá.

T: ¿Cuántas veces a la semana discutes con tus papás por eso?

P: esto es de nunca acabar, 2 veces a la semana o 3 veces. Como le dije se comporta machista muy seguido con mi mamá y yo al observar, me molesto y me pongo triste, ya que puedo comprender porque mi mamá lo engañó.

T: Entiendo, debemos generar soluciones alternativas. ¿Cómo lo haremos? Ya tenemos definido el problema, ahora debemos tener soluciones alternativas de cómo manejar esto, es importante tener cantidad de alternativas. Por ejemplo: Tener una adecuada comunicación.

P: Sí justo eso estaba pensando.

T: Desarróllalo y lo conversamos en la siguiente sesión.

P: ¿Cuántas alternativas?

T: Las que tú desees, tienes que anotar lo primero que se venga a tu mente, por más que a veces esas ideas no puedan ser adecuadas, vas a anotarlas como alternativas, y en la próxima sesión los vamos a resolver.

P: Esta bien, ¡muchas gracias! Tengo en mente como lo haré.

T: Está bien Lizzeth, entonces eso te dejo como tarea y nos vemos en la siguiente sesión, cuídate mucho.

P: Hasta la próxima sesión, chau.

Conclusión

- Se alcanzó a lograr los objetivos planteados.

Sesión #8:

Objetivos de la Sesión:

- Lograr reconocer técnicas de afrontamiento hacia las diversas situaciones negativas, con el fin de que no se vea afectada su funcionalidad en el área social.

Técnicas:

- Retroalimentación.
- Psicoeducación.
- Escucha activa
- Técnica de solución de problemas.
- Técnica de habilidades sociales: conjunto de conductas aprendidas de manera natural y también que pueden ser enseñadas.

- Tarea para la casa.

Descripción de la Sesión:

T: Buenos días, Lizzeth, bienvenida a esta sesión, hoy vamos a trabajar sobre la resolución de problemas y hablaremos sobre técnicas de habilidades sociales, ¿cómo te encuentras?

P: Buenos días, psicóloga, está bien, muchas gracias, bueno he estado tranquila, estos días he estado analizando todo lo que hemos trabajado en estas últimas sesiones.

T: Cuéntame, ¿cómo así?

P: He estado pensando que los pensamientos negativos que he tenido me han llevado a la tristeza que tengo y cuando esos pensamientos los adapta a algunos más racionales, me siento mucho mejor.

T: Mientras más pasa el tiempo, nos damos cuenta de que esos pensamientos no son reales.

P: Sí, es verdad y le agradezco porque me ayudó bastante el hecho de hacer y analizar mis pensamientos, cada vez tengo menos pensamientos que me hacen mal y por ende tengo una mejor relación con mi mamá y en general con todas las personas, aunque aun así me gustaría volver a conversar con mis mejores amigas y con mis amigos del colegio.

T: Y vamos a seguir trabajando sobre ese tema, por ahora vamos a continuar trabajando lo que hablamos la sesión anterior.

P: Sí, hice mi tarea. Aquí está, estas son las alternativas que creía correctas:

- Decirle a mi papá que ese pensamiento es muy antiguo, que ya no deberían tratar a las mujeres como antes las trataban.
- Explicarle a mi papá con investigaciones, que el machismo mata a las mujeres y si sigue siendo así, puede que otros hombres imiten su comportamiento, hasta peor.

- Hablar con mi papá de manera asertiva, y si me levanta la voz, alejarme para que se calme y cuando se pueda hablar con más tranquilidad, hacerlo.
- Que asista con la psicóloga y que ella le explique a mi papá que lo que hace es una equivocación.

T: Muy bien, Lizzeth, ahora vamos a elegir la mejor alternativa para solucionar este problema.

P: Yo creo que podemos elegir todo, o sea acomodar todo en uno solo.

T: Es una muy buena idea. Realízalo y avísame cuando culmines.

P: Ya está.

T: ¿Cuál sería la alternativa con la que nos vamos a quedar?

P: Que, con una comunicación asertiva, le invitaré a mi papá a una reunión donde estemos mi mamá, y yo, conversando sobre el tema del machismo y sus consecuencias, le voy a dar investigaciones y noticias para que se pueda dar cuenta que pensando de esa manera no va a llegar a nada bueno.

T: Muy bien, felicitaciones, vamos a completar este cuadro, al finalizar dice que tendrás que aplicar la decisión. Cuando lo ejecutes, me lo vas a traer, para la siguiente sesión, Asimismo también me vas a traer un cuadro donde hablemos del problema que actualmente te genera tristeza.

P: Esta bien, entonces se lo traeré la próxima sesión.

T: Sí, ahora vamos a hablar un poco sobre el tema de habilidades sociales y lo que significa para ti. ¿Sabes algo sobre este tema?

P: La verdad no, nunca he escuchado sobre eso.

T: No hay problema, ahora yo te explicaré, en general las habilidades sociales están relacionadas con la capacidad para establecer relaciones con las demás personas, crear confianza, empatía y vínculos saludables imprescindibles. alguna de estas habilidades es:

Figura 18

Tipo de habilidades sociales



Nota: Tipos de habilidades sociales que manejamos diariamente. Tomado de las habilidades sociales como herramienta para la comunicación (p.14), por Rodriguez, 2013.

Quisiera que investigues un poco más sobre este tema, vamos a continuar la siguiente sesión con lo que te pedí.

P: Esta bien psicóloga, realizaré lo que me pidió. Entonces nos vemos la siguiente sesión.

T: Sí Lizzeth, cuídate mucho, nos vemos.

Conclusión

- Se alcanzó a lograr los objetivos planteados.

Sesión #9:

Objetivos de la Sesión:

- Se evalúa el progreso de su solución de problemas.
- Mejorar las interacciones sociales de la paciente, a través del entrenamiento en habilidades sociales.
- Identificar alternativas para mejorar el estado de ánimo.

Técnicas:

- Retroalimentación.
- Psicoeducación.
- Técnica de solución de problemas.
- Técnica de habilidades sociales.
- Tarea para la casa.

Descripción de la Sesión:

T: Buenas tardes, Lizzeth, bienvenida, ¿cómo estás?

P: Buenas tardes psicóloga bien, tranquila.

T: ¿Realizaste la tarea que te pedí?

P: Sí, primero culminé el cuadro

T: ¿Realizaste la alternativa? ¿La pusiste en práctica?

P: Sí psicóloga y me fue muy bien, mi papá se lo tomo tranquilo, me sorprendió.

Figura 19

Definición	del	Analizar	el	Evaluar	las	Elegir	las	Aplicar la decisión
problema		problema		alternativas		alternativas		

		Dialogar con él y darle mis puntos de vista.		Llegó mi papá a la casa y le pedí que por favor conversemos de manera pasiva.
Me molesta que las personas sean machistas, en las conversaciones familiares.	Mi papá tiene comentarios y comportamientos machistas con mi mamá y conmigo.	Mostrarle investigaciones que comprueben que con el machismo se muere.	Dialogar con una adecuada comunicación asertiva, mostrándole investigaciones donde compruebe lo que le digo.	Le comenté sobre el problema actual en el país y le dije que eso sucedía por una crianza machista.
		Decirle que converse con mi psicóloga.		Él compendió.

Seguimiento del paciente

Nota: Se utilizó la técnica de solución de problemas, se puede observar que se planteó un problema, se analizó dicha problemática, se evaluaron las alternativas y se eligieron las ideales para ponerlas en práctica.

T: Muy bien, excelente, la decisión que tuviste de hablar con tu papá sobre un tema que te incomoda desde hace muchos años, hará que la comunicación y la relación que tienen los dos, sean menos tensas y habrá más confianza.

P: Sí, de hecho, me dejó sorprendida que mi papá se tome las cosas con calma, es un alivio que ese tema ya esté aclarado. ¿puede volver a cometer los mismos errores?

T: Sí, puede volver a suceder, sin embargo, puedes volver a tener una nueva conversación con él, donde la comunicación asertiva sea la clave para que puedan solucionar los conflictos y diversas opiniones que tienen.

P: Entiendo, a veces creo que mi mamá tuvo que soportar muchos años esos comportamientos tan fuera de lugar y por eso fue que ella le engañó con una persona que si la tratara bien.

T: Nada justifica los que sucedió, el respeto es primero y si vas a traicionar a una persona, primero te tienes que separar, no podemos culpar a tu papá por la traición que le hizo tu mamá.

P: Sí, es verdad, tiene mucha razón, la culpa sólo es de mi mamá y de su amante, no mía ni de mi papá, pero aun así creo que mi mamá por muchos años se sintió acorralada, por eso es que ahora la entiendo.

T: ¿Realizaste el otro cuadro que te pedí?

P: Sí, aquí está.

Figura 20

Seguimiento del paciente

Definición del problema	Analizar el problema	el	Evaluar las alternativas	Elegir las alternativas	Aplicar la decisión
Mi mamá le engaña a mi papá.	Encontré 1 vez a mi mamá engañando a mi papá, eso me incomoda, y es un problema que no he podido solucionar.		Decirle a mi papá lo que vi. Buscar al hombre con el que se metió mi mamá para decirle lo que pienso de él. Hablar con mi mamá sobre lo que vi ese día, decirle como me siento para poder solucionar juntas este problema.	Hablar con mi mamá sobre lo que vi ese día, decirle como me siento para poder solucionar juntas este problema.	No pude hablar con ella, intenté hacerlo, pero al final hablamos de otra cosa, necesito más tiempo para decirle la verdad.

Nota: Se utilizó la técnica de solución de problemas para poder solucionar los conflictos que presenta.

T: Diste un gran paso al realizar este cuadro.

P: ¿A pesar de que no pude culminarlo como debía?

T: A pesar de eso, hiciste un buen trabajo y te debes sentir orgullosa de las alternativas que diste para obtener una solución, sólo depende de ti y las herramientas que te ayuden a afrontar la conversación.

P: Sí, eso haré, con el tiempo, tendré que decirle a mi mamá lo que sé.

T: Muy bien Lizzeth, ahora vamos a hablar sobre las herramientas que nos ayudarán en este proceso de decisión. ¿Buscaste sobre habilidades sociales?

P: Sí, las habilidades sociales son un grupo de estrategias que nos ayudan a tener relaciones socialmente satisfactorias, como usted lo mencionó la semana pasada una de esas herramientas son la empatía, la forma en la que nos comunicamos. ¿Está bien? Leí un artículo sobre ello y por eso me informé.

T: Sí Lizzeth, muy bien, de eso se trata. Existen varias herramientas que hacen un conjunto de habilidades sociales, la principal son las capacidades de comunicación y es la manera en cómo nos comunicamos asertivamente, sea de manera verbal o no verbal, donde la empatía debe ser la clave para esta comunicación, así como la escucha activa y la flexibilidad. ¿Qué te quiero decir con todo esto? Que es muy importante que identifiquemos de qué manera nos comunicamos con las demás personas, sean con tus familiares, con tus amigos, conocidos o desconocidos, ¿en qué nos ayudará esta identificación? A que cuando desees comunicarte con tus papás de la problemática que sucede contigo, sea de manera empática y pasiva, por ellos debemos identificar cuál de todos los tipos de comunicación te encuentras.

P: Sí, entiendo.

T: Ahora te voy a enseñar este cuadro.

Figura 21

Análisis de cuadro de comunicación pasivo, asertivo y agresivo



Nota: En la siguiente figura, se observa como representan los siguientes tipos de comunicación de estilos pasivo, agresivo y asertivo. Tomado de Estilos de comunicación, p (2), por Kliquers, 2021.

A continuación, en la tabla 1, se visualiza un comparativo de los estilos.

Tabla 1

Comparativo de estilos asertivo, agresivo y pasivo

Estilo Asertivo	Estilo Agresivo	Estilo Pasivo
Conducta verbal <ul style="list-style-type: none"> - Directa - Firme 	Conducta verbal <ul style="list-style-type: none"> - Impositiva - Interrumpe a los demás 	Conducta verbal <ul style="list-style-type: none"> - Vacilante - Cortada
Conducta no verbal <ul style="list-style-type: none"> - Contacto ocular directo - Gestos firmes - Postura relajada - Voz sin vacilación 	Conducta no verbal <ul style="list-style-type: none"> - Mirada fija - Gestos amenazantes - Postura hacia delante - Volumen de voz elevado 	Conducta no verbal <ul style="list-style-type: none"> - Rehúye la mirada - Movimientos nerviosos - Postura recogida - Volumen inaudible
Consecuencias: <ul style="list-style-type: none"> - Defiende sus derechos - Esta relajado y satisfecho - Resuelve problemas 	Consecuencias: <ul style="list-style-type: none"> - Viola derechos de otros - Crea tensión - Conflictos interpersonales 	Consecuencias: <ul style="list-style-type: none"> - No defiende tus derechos - Pierde oportunidades - Conflictos interpersonales

Nota: Estilos de comunicación pasivo, agresivo y asertivo. Tomado por (Comunicación Asertiva, 2012)

T: Ahora podemos observar estas imágenes, quiero que las analices y me digas en cual te encuentras tú y por qué. Recuerda que existen características donde te van a ubicar más en un lugar que en otro.

P: Yo creo que antes de que sucediera esta situación, yo era del estilo agresiva, pero cuando sucedió todo esto, me convertí en un estilo pasivo, ya que ahora me callo todo lo que sé y el temor que tengo al generar conflictos es más grande que al de solucionarlos.

T: Entiendo, sin embargo, no está mal, sólo que debemos optar por tener una comunicación asertiva, ¿verdad? Es lo ideal, vamos a trabajar para llegar a eso y ser más empáticas y tampoco permitir que nadie nos ofenda, sea nuestro familiar o seamos nosotros mismo.

P: Sí, por lo que he leído es la mejor forma de comunicación la asertiva y cuando comunique lo que tengo dentro de mí, me gustaría actuar así, ya que, con la comunicación pasiva, a veces me guardo lo que siento y eso me hace mal, ya que luego tengo malestares de cabeza o pensamientos que no me llevan a nada bueno.

T: Claro, vamos a realizar una actividad, donde podamos identificar la situación y que en ese momento nos comunicamos de una manera no deseable, poco empática para ambas partes y con pocas ganas de defender nuestra posición.

P: Está bien.

A continuación, en la tabla 2, se muestra el seguimiento del paciente

Tabla 2

Seguimiento de la paciente

Situación	Comunicación Asertiva	¿Cómo hubiera reaccionado antes?
Mi papá le dijo a mi mamá que era una inútil porque se le cayó el agua.	“Papá, por favor te voy a pedir que no le hables de esa manera a mi mamá, ella está muy cansada de realizar las cosas de la casa”	“Odio a mi papá, por culpa de mis padres yo soy infeliz”
Mi mamá engañó a mi papá porque él lo trata mal.	“Mamá, te vi con el papá de mi amigo y quisiera que me expliques que fue lo que sucedió”	“Si le engañó fue mi culpa, ya que se conocieron cuando había reuniones de padres de familia”

Nota: La elección de comunicación que la paciente utilizó para poder comunicarse y así poder analizar la reacción para debatir los pensamientos. Elaboración propia.

T: Está muy bien como lo hemos llegado a desarrollar, esto es una práctica, un ejemplo, ahora vamos a desarrollarlo en casa, recuerda que debemos dar también nuestros puntos de vista, y ser empáticos con todas las personas con las que nos comunicamos. Te lo voy a dejar como actividad para que puedas desarrollarlo en casa, no es necesario que sea con el tema de la problemática sino en cualquier momento, cuando hables con algún amigo o con tus familiares.

P: Sí, entiendo. ¡Muchas gracias!

T: Entonces seguimos trabajando la siguiente sesión lo que hemos desarrollado. Hasta luego Lizzeth, cuídate.

P: Nos vemos, gracias.

Conclusión

- Se alcanzó a lograr los objetivos planteados.

Sesión #10:

Objetivos de la Sesión:

- Instaurar y reconocer conductas saludables mediante las técnicas de respiración diafragmática.

Técnicas:

- Retroalimentación.
- Escucha activa.
- Validación de emociones.
- Contención emocional.
- Orientación y consejería.
- Psicoeducación.
- Técnica de respiración diafragmática: base para la relajación y control emocional.
- Modelado: enseñarle a realizar ejercicios para que ella lo pueda hacer de la misma manera.
- Ensayo conductual: practicar con la paciente lo enseñado.

Descripción de la Sesión:

T: Buenos días, Lizzeth, bienvenida a esta sesión, ¿cómo te ha ido en estos días?

P: Buenos días, psicóloga, bueno tengo algo muy importante que contarle. Como usted vio, hoy vine con una tía.

T: Sí, eso iba a preguntarte, ¿qué sucedió con tu mamá?

P: Mi mamá y mi papá se separaron (llora)

T: Esta bien que te sientas de esta manera, comprendo tu sentir. Recuerda que es válido lo que sientes y cómo te sientes.

P: Sí, mi papá se enteró de lo que sucedió. Le voy a contar, pero ahorita me siento un poco triste y me cuesta respirar.

T: No te preocupes Lizzeth, ¿te parece si primero hacemos un ejercicio de respiración?

P: No psicóloga, primero me gustaría contarle todo lo que sucedió.

T: Está bien Lizzeth, cuando tú gustes, yo te escucharé.

P: Anteayer por la noche, decidí conversar con mi mamá de lo que vi hace un tiempo atrás y le dije como me sentía, ella lloró y me abrazó, me sentí muy tranquila por primera vez en mucho tiempo, sentí que por fin podía respirar y que esta tristeza ya no existía, mi mamá me explicó que sólo sucedió en esa oportunidad y que no volvieron a conversar más, que antes de ese día el papá de mi amigo le conversaba muy seguido y le invitó a almorzar a lo que ella accedió, cuando la fue dejando a la casa, él la besó y es donde yo vi, eso no fue todo, me dijo que ya no sentía amor por mi papá y que ya no lo quería, porque él ya no la trataba bien, la ofendía, y que esto fue por tantos años que ella se cansó y que la relación con mi papá hace unas semanas había terminado pero tenían que seguir viviendo en la misma casa porque mi papá no tenía a donde irse. Ella me dijo que mi papá también la engañó hace unos años pero que ella lo perdonó. Pero he podido descubrir en estos días que todo lo que yo vi, y experimenté, no fue mi culpa, nada de eso fue mi culpa.

T: Es un tema complejo de tus papás, es un problema que no viene de ahora como te lo dijo tu mamá sino de años, nadie es más culpable que el otro.

P: Sí, lo sé, mi papá y mi mamá tuvieron los mismos errores.

T: Exacto, sin embargo, la que salió perjudicada fuiste tú.

P: Sí, ahora me siento triste pero no tanto como antes, creo que todo este tiempo deje todo, a mis amigos, el amor de mi familia y las ganas de hacer cosas, por este tema cuando yo no tuve la culpa de nada, lo bueno es que no es tarde para volver a empezar y todo este tiempo en las sesiones me sirvió para poder afrontar esta situación, esta comunicación que tuve, le agradezco bastante y quisiera seguir.

T: Vamos a continuar, para poder afrontar esta la confesión de tu mamá.

P: Muchas gracias, en serio, sin todo lo que hemos trabajado, no hubiera podido confrontar a mi mamá.

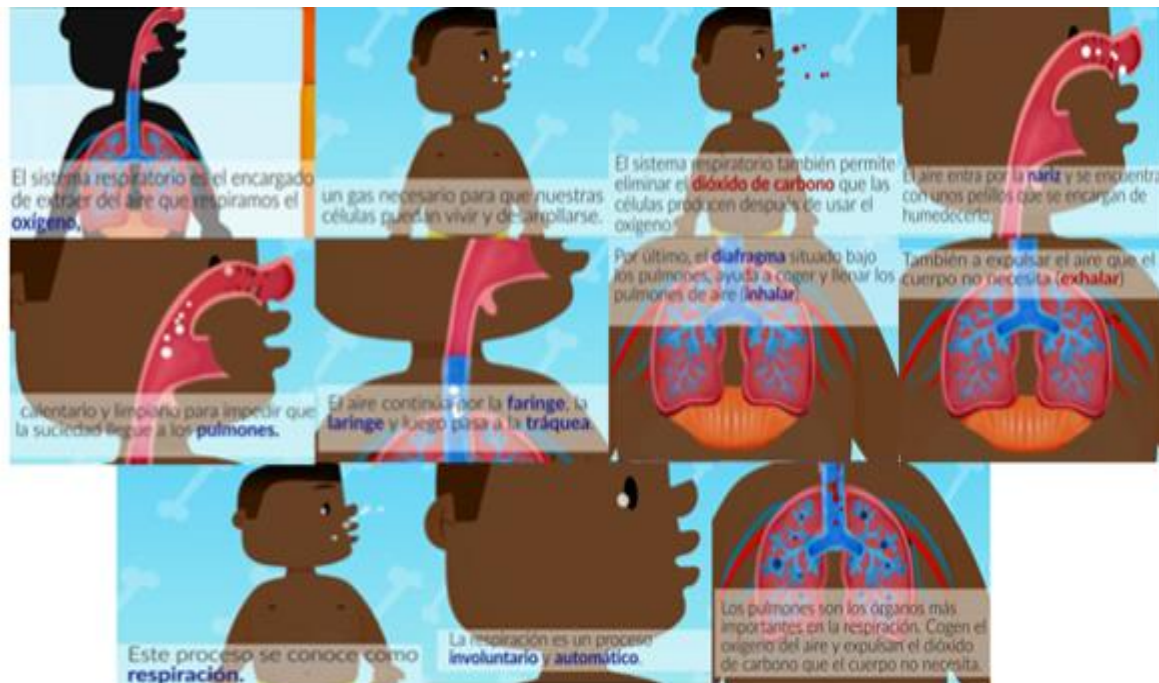
T: No te preocupes Lizzeth, todo lo que hemos trabajado es para ayudarte a ti, con tus pensamientos, tus emociones y cómo afrontar las situaciones. Y ahora vamos a trabajar algo muy importante la respiración, que nos ayudará a relajarnos después de haber pasado días complicados. Te enseñaré un video expositivo sobre el sistema respiratorio:

P: Está bien, atenderé.

T: Si no comprendes algo, me informas para poder explicarlo.

Figura 22

Procedimiento de la respiración



Nota: El funcionamiento del sistema respiratorio. Tomado de un video Smile and Learn, por Learn, 2017.

T: Lizzeth, el día de hoy vamos a aprender una de las técnicas que nos va a ayudar a relajarnos ante situaciones de estrés y tiene mucho que ver con el video que acabo de mostrarte. Te tengo una pregunta ¿Tú crees que podemos estar relajados y estresados al mismo tiempo?

P: Hum... puede ser

T: Y si tuvieras que escoger entre dos opciones o estar tensa o estar relajada ¿cuál de las dos escogerías?

P: La verdad me gustaría estar 100% relajada. No me gusta sentirme estresada porque cuando estoy así me duele la cabeza. Normalmente es cuando me siento triste, es más cuando me enteré de todo lo que sucedió, me dolió la cabeza, y hace un tiempo usted me dijo que eso era estrés.

T: Te voy a contar algo, así como no puede haber fuego donde hay agua, no puede haber tensión o nervios cuando estamos relajados. La técnica de hoy se llama Respiración Diafragmática o Profunda y va a funcionar como el “agua” que nos va a ayudar a apagar el “fuego” del estrés.

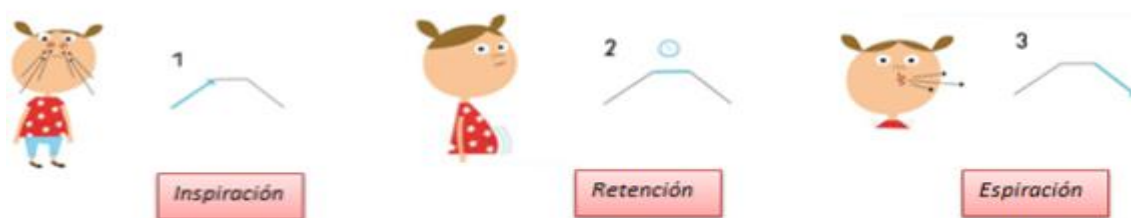
T: Se llama Respiración Profunda porque todo el pulmón se llena de aire (hasta abajo) haciendo que el diafragma se active empujando también al abdomen. Verás que mi estómago se hincha un poquito... Vamos a empezar a practicarla, pero primero necesito que te pongas lo más cómoda posible, nos quitamos los lentes, relojes, etc. Nada debe estar apretándonos o picándonos ¿está bien? A quitarnos todo lo que tenemos.

P: Sí, ahorita me quito las pulseras y mi reloj, me da nervios jaja, porque hace tiempo no me sentía relajada.

T: Listo. Seguiremos 3 pasos muy simples. Va a empezar observando cómo yo realizo los ejercicios, para que luego me puedas imitar y finalmente lo puedas hacer por ti misma.

Figura 23

Ensayo conductual



Nota: Tipo de respiración, en donde se consigue una buena oxigenación de todo el cuerpo, se contribuye a la relajación global, liberamos ansiedad, etc. Tomado de Método a través de Lecto-Escritura, por Álvarez, 2016.

(Se realiza el ensayo conductual)

Retroalimentación: “Vamos a botar el aire en cámara lenta haciendo nuestra boca en forma de “o”. No vamos a retener el aire demasiado tiempo o podemos generar malestar”

T: Esos tres pasos (inspiración, retención y espiración), primero se hace una respiración profunda. Nosotras vamos a hacer cuatro en total ya que te ayudará a practicarlo, haremos una y descansamos, un rato respirando normalmente. Además, mientras respiramos, podemos decirnos mentalmente palabras que nos den tranquilidad, como: calma, paz, tranquilidad y más. O sino el cómo podemos imaginarnos algo que nos relaje mucho por ejemplo una vela.

P: ¿Podría ser el olor de una planta? Eso me ayuda a relajarme y no presentar pesadillas.

T: Claro que sí Lizzeth, si para ti las plantas te dan tranquilidad, está bien. Entonces hagamos esto: Mientras practicas tus respiraciones, que ello se te venga a la mente. Lo importante es que, mentalmente “ordenes” a tu cuerpo a que se calme, porque vamos a aplicar esta técnica en situaciones que nos generen malestar psicológico.

P: Está bien, muchas gracias, entonces eso me ayudará.

T: Muy bien, ahora que ya sabes cómo realizar las respiraciones correctamente. Vas a practicarla todos los días para que veas con el tiempo, tu cuerpo tenderá a estar más relajado que tenso o estresado.

P: Está bien psicóloga ¿en qué momento y donde podría hacerlo?

T: Por ahora que estás empezando podrías empezar en un ambiente que no haya bulla, puede ser en tu cuarto a solas, pero la idea es que con el tiempo lo realices cada vez que vas a pasar por algo estresante, ya sea en la calle o en casa. No olvides que debes hacerlo todos los días, te ayudará a desestresarte en general, tengas problemas relacionados a la problemática por la que viniste o para cualquier otro problema que te genere estrés. Luego de las respiraciones, ¿cómo te sentiste?

P: Sí porque ahora ya no me siento a como llegue, necesitaba esta relajación en estos últimos días y gracias a usted me siento mucho mejor, gracias de nuevo.

T: No tienes de que agradecerme Lizzeth, con tu esfuerzo y fortaleza estás logrando tener paz mental y un bienestar psicológico. Así que tú tienes que darte las gracias y aplaudirte por todo lo que estás logrando, ¡Felicidades!

P: ¡Gracias psicóloga!

T: si deseas conversar de algo más, yo te escucharé.

P: No, por ahora ya le comenté todo lo que sentía y todo lo que pasó y usted me enseñó cómo comportarme frente a la situación.

T: Muy bien Lizzeth, entonces nos vemos la próxima sesión para poder hacer la última prueba psicológica que tenemos planeada.

P: Está bien, entonces vendré preparada para la prueba. Hasta la próxima sesión, que tenga un buen día.

T: Gracias Lizzeth, cuídate mucho, nos vemos.

Conclusión

- Se alcanzó a lograr los objetivos planteados.

Sesión #11:

Objetivos de la Sesión:

- Identificar mediante la evaluación psicométrica el grado depresivo de la paciente, se le brinda psicoeducación sobre la evolución del tratamiento.

Técnicas:

- Retroalimentación.
- Escucha activa.
- Orientación y consejería.
- Psicoeducación.
- Aplicación del inventario de depresión de Beck.

Descripción de la Sesión:

T: Bienvenida Lizzeth, ¿cómo estás? Veo que tu mamá está afuera.

P: Buenos días, psicóloga, sí, hoy volvió a acompañarme mi mamá, ese día que no vino, mi papá y ella pudieron conversar ya que yo no iba a estar en casa, me alegra que me pueda volver a acompañarme.

T: Entiendo Lizzeth, ¿cómo han ido las cosas en tu casa?

P: Bien, todo me fue muy bien, mis papás lograron llegar a una conciliación, y hablaron conmigo ese día, ellos me dijeron que hace un tiempo se separaron y no querían que yo me entere para no hacerme daño, obvio lloré, pero ellos me dijeron que todo lo hicieron para que no me afecte, al final todos estamos tranquilos, mi mamá duerme conmigo y mi papá en su anterior cuarto.

T: Sí, entiendo, ¿cómo te sentiste al escuchar todo esto?

P: La verdad, me sentí tranquila, tengo paz.

T: Y eso es muy bueno, porque liberaste algo que tenías retenido por mucho tiempo.

P: Sí, de hecho, luego me arrepentí no haber hablado antes, pero las cosas suceden por algo.

T: Sí, y ese proceso te ayudo para que ahora tengas herramientas para afrontar cada situación que se te presente.

P: Sí, muchas gracias.

T: Ambas hemos aprendido en este proceso y te aplaudo por eso.

P: ¡Gracias! Ahora tendré un mejor trato con mis papás, y también podemos resolver sus conductas machistas de mi papá.

T: Exacto, ahora vamos a realizar una prueba psicológica que nos ayudará a saber si aún presentas síntomas depresivos.

P: Sí, está bien.

(Se le aplicó el Inventario de depresión de Beck, la duración fue en 10 minutos.)

T: Eso sería todo por hoy, la próxima semana te daré los resultados de la evaluación, asimismo será nuestra última sesión, te explicaré todo.

P: Que triste poder dejar las sesiones, pero entiendo que hay otras personas que necesitan sanar como yo. Gracias y nos vemos en la última sesión.

T: Nos vemos Lizzeth.

Conclusión

- Se alcanzó a lograr los objetivos planteados.

Sesión #12:

Objetivos de la Sesión:

- Brindar psicoeducación de la evolución, brindar resultados y explicar las posibles sesiones de seguimiento.

Técnicas:

- Retroalimentación.
- Escucha activa.

- Psicoeducación.
- Orientación y consejería.

Descripción de la Sesión:

T: Buenos días, Lizzeth, bienvenida a tu última sesión, ¿estás lista?

P: Buen día psicóloga, sí estoy lista, aunque apenada porque ya no volveré más.

T: Nos volveremos a ver, pero por un par de semanas ya que posteriormente en un tiempo nos veremos para hacer seguimiento de tu caso.

P: Genial, y así podré contarle como me está yendo.

T: ¿Y cómo te está yendo?

P: Mucho mejor, mis pensamientos ya no interfieren en mi vida cotidiana, mis padres ya se separaron, pero aun vivimos en la misma casa juntos y todo va muy bien, siento que todo mejoró, trato de no preguntarle a mi mama sobre lo sucedido y estoy relacionándome un poco más con ella y con mi papá, estoy haciendo ejercicios 3 veces por semana y he vuelto a salir con mis amigas del colegio.

T: Muy bien, eso quiere decir que las sesiones han funcionado. Hoy realizaremos un repaso de todo lo aprendido.

P: (Paciente comenta todo lo que aprendió durante las sesiones pasadas y de cada sesión se hace una pequeña retroalimentación y psicoeducación)

T: Muy bien Lizzeth, para culminar la última sesión vamos a brindarte los resultados de la prueba que se te tomó la sesión anterior. Los resultados son: primero, te felicito porque no presentas indicadores de depresión, y ese es un gran avance, definitivamente hay una mejora.

P: Que bueno, es un alivio, pensé que moriría de depresión jaja, pero no es así, es un trabajo en conjuntos con mis papás, usted y yo, que hemos logrado superar este dolor.

T: Recuerda que es válido todo lo que sentiste y si es que en algún momento vuelve a sucederte algo similar, recuerda que no está mal llorar, no está mal sentirte triste.

P: Sí, muchas gracias, me ayudó a sentirme mejor ya que antes cuando lloraba me decían, “pero ya no llores” y me sentía culpable por eso, ahora sé que no está mal.

T: Exacto Lizzeth, ahora si damos por finalizadas las sesiones terapéuticas, ya tienes todos los recursos para que cualquier situación no te genere nuevamente inconvenientes, no dudes que, si te sientes mal o necesitas con quien hablar, puedes contar conmigo. De igual manera de aquí a un mes tienes una cita en psicología para poder evaluar tu evolución.

P: Muchas gracias por toda psicóloga, ahora me siento mucho mejor y voy a salir adelante por mis propios medios, entonces yo vuelvo el día de mi cita, no más extrañaré venir 2 veces por semana. Ha sido un gusto conocerla, hasta luego.

T: No te preocupes que un mes se pasa rápido, hasta luego Lizzeth, cuídate mucho, nos vemos pronto.

Conclusión

- Se alcanzó a lograr los objetivos planteados.

Capítulo IV: Resultados

4.1. Resultados

Según el criterio de la paciente

Manifiesta “Cuando decidí asistir al departamento de psicología del hospital, fue porque mi mundo estaba de cabeza, ya no tenía razón de vivir, pasó el tiempo y comencé mi terapia psicológica, al principio sentía que alguien más me escuchaba y me entendí pero aun así me sentía triste, súper negativa, sin ganas de realizar las cosas que hacía antes, me dolía la cabeza, tenía dificultades para poder conversar hasta con mis amigas, no quería acercarme a mi mamá, ni trabajar con ella, me sentía tan culpable por todo lo que estaba sucediendo, yo no sabía cómo afrontar esta situación, cuando lloraba me dolía tanto mi corazón y mi cabeza que observaba que eso les preocupaba a mis papás, hasta que empezamos con la segunda sesión, y mis pensamientos poco a poco se iban amoldando y me hacía sentir más capaz de poder afrontar la situación. En la actualidad me siento mucho mejor, mi vida cambió gracias a las sesiones de terapia y a las herramientas que me dieron, he aprendido a conocerme, a cómo actuar cuando pienso de una manera no tan saludable y como este pensamiento le afecta a mis emociones y a mi conducta, comprendo que la situación en particular no fue la causante sino la manera en que yo la interpreté. Con respecto a mí familia nuestra relación mejoró, gracias a que logré identificar los problemas que a veces tenía con mis padres y solucionarlos, asimismo las habilidades sociales que conversábamos en sesión me sirvieron para poder identificar mi estilo de comunicación y ser más asertiva al momento de conversar con las personas, por último, la respiración diafragmática fue una de las herramientas más importantes para manejar cualquier situación. Con respecto al ámbito social, ahora salgo más con mis amigas y puedo hacer las actividades que hacía antes”

A criterio familiar

El padre de la paciente refiere: “Mi hija ha logrado mejorar, después del tratamiento al que asistió por varias semanas, ahora está más atenta y más consciente de lo que sucede en su alrededor, ella no era así, pero cuando empezó a presentar depresión, se la veía vacía, sin ganas de disfrutar su juventud, me gusta como es ahora, como ella dice, tiene herramientas que le ayudan a sobrellevar las dificultades que le pone la vida”

La madre la paciente refiere: “Yo estoy muy feliz por Lizzeth, en parte sé que llegó aquí por mi culpa, pero ese problema ya lo solucionamos, por más que no es fácil una separación, es lo mejor para todos, yo no me daba cuánto daño le hice a mi hija, sin embargo ahora es más feliz, tiene todo lo que le hace feliz y a pesar de que la vida no sea felicidad, ya tiene estrategias para enfrentar las piedras que se le ponen en el camino, y como le digo siempre, si yo la veo feliz como ahora, yo también seré feliz”

Según criterio clínico:

Mediante el proceso psicoterapéutico, se pudo evidenciar que Lizzeth pasó por cambios considerables, desde el inicio de las sesiones, se pudo desarrollar técnicas para reducir el malestar psicológico que presentaba la paciente, sus pensamientos, los problemas y la resolución de estas. En las sesiones se insertaron en ella, recursos psicológicos para poder manejar distintas situaciones que pudieran ocurrir en el futuro, como por ejemplo los ejercicios de relajación, la comunicación asertiva, las habilidades sociales. También, se pudo utilizar herramientas cognitivas conductuales que fueron eficientes en la intervención, concluyendo como resultado la disminución de la sintomatología depresiva y la nueva interpretación de acontecimientos.

Figura 24

Antes de la intervención

Prueba psicométrica	Puntaje – Nivel
Inventario de depresión de Beck	22 (Depresión leve)

Figura 25

Al finalizar la intervención

Prueba psicométrica	Puntaje – Nivel
Inventario de depresión de Beck	6 (Ausencia de depresión)

Los resultados según los objetivos

Mediante la técnica de Psicoeducación, la paciente y los padres lograron comprender de una mejor manera la sintomatología, el comportamiento, el diagnóstico y el tratamiento.

Con la técnica de Columnas Paralelas, la paciente logró identificar la relación que tienen las situaciones, pensamientos, emociones, conductas y el rol que cumple en su vida, ya que se identificaron las situaciones adversas y la interpretación que la paciente le da a esas situaciones, se pudo debatir los pensamientos y la sintomatología disminuyó.

Se identificaron las distorsiones cognitivas, y se trabajó con la técnica de identificación de pensamientos disfuncionales, se cumplió con el objetivo de reducir los malestares emocionales, producidos por la percepción del acontecimiento.

La paciente aprendió técnicas como la solución de problemas y habilidades sociales para un mejor afrontamiento frente a situaciones negativas, con el fin de que no se vea afectada la estabilidad emocional o conductual.

También aprendió la técnica de respiración diafragmática, para manejar futuras situaciones estresantes, con el fin de poder obtener pensamientos más adaptativos al momento que ocurran situaciones adversas para ella.

Por último, se pudo identificar mediante la evaluación psicométrica el grado depresivo de la paciente, siendo este positivo, se le dio a conocer su evolución, se le brindaron los resultados y se explicó las sesiones de seguimiento para prevenir posibles recaídas.

4.2. Seguimiento

Primera sesión de seguimiento:

Objetivos de la sesión:

- Interactuar y orientar a la paciente.

Técnicas:

- Escucha activa.
- Dialogo expositivo.
- Orientación y consejería.

Descripción de la sesión:

T: Lizzeth bienvenida, después de casi un mes nos volvemos a encontrar.

P: Psicóloga, buenos días, sí, estoy contenta de poder conversar otra vez con usted.

T: ¿Cómo te has encontrado?

P: Bien, todo tranquilo, no ha habido nuevas noticias en casa, la relación de mis papás como padres separados es muy buena, aunque temo que vuelvan a retomar la relación ya que los veo muy juntos últimamente y creo que ellos deberían estar solos, darse un tiempo para sanar las heridas. Mi mamá está viniendo a terapia con otra psicóloga del departamento, le está yendo bien.

T: Que bueno que tu mamá haya tomado esa decisión, será bueno para todos ustedes que viven juntos.

P: Sí, de hecho, que nos fue muy bien en estas últimas semanas, a los tres.

T: Que bueno escucharte hablar de esa manera Lizzeth.

P: Mas bien quisiera hacerle una consulta, estoy conociendo a una persona a la cual quiero, la verdad no tengo miedo, pero como es poco tiempo de conocerlo, si tengo temor de equivocarme, ¿qué me aconseja?

T: Yo opino que te des el tiempo de conocer más a una persona, debemos conocer que es lo que desea él contigo, cuáles son sus objetivos personales y sobre todo como es que se enfrenta él a los problemas.

P: Sí, tiene usted razón.

T: Lizzeth, te diré que culminamos esta sesión, te felicito por el gran paso que estás dando, sin embargo, nos veremos una siguiente vez.

P: Sí, no tengo problema. Voy a ir al módulo a sacar la cita para la siguiente sesión,

P: ¿Tengo que traer algo para la siguiente sesión?

T: Solo, practica la técnica de respiración diafragmática, cuídate mucho, chau.

P: Sí, hasta ahora la realizo cuando me pongo a estudiar y me estreso lo hago, entonces eso es todo. Hasta luego, nos vemos la siguiente sesión.

Conclusión

- Se alcanzó a lograr los objetivos planteados, en la primera sesión de seguimiento.

Segunda sesión de seguimiento:

Objetivos de la sesión:

- Instaurar y reconocer conductas saludables.

Técnicas:

- Escucha activa.

- Psicoeducación.

- Orientación y consejería.

- Técnica de respiración diafragmática.

Descripción de la sesión:

T: Buenos días Lizzeth, hoy será nuestra última sesión de seguimiento.

P: Sí, un poco triste por eso, pero bueno, en algún momento nos volveremos a ver.

T: Exacto, te contaré que estas sesiones de seguimiento son para ver el avance que tienes del tratamiento, hay una posibilidad que puedas tener recaídas en algún momento, cuando suceda eso, no olvides sacar cita y venir al departamento de psicología.

P: Está bien psicóloga, por el momento me siento bien y tranquila, gracias a usted y también a mi esfuerzo.

T: Y así será, pero pueden suceder las recaídas y allí es momento de actuar.

P: Esta bien, psicóloga hoy repasé las técnicas de respiración en la mañana.

T: Excelente, ¿en qué momentos lo estás usando?

P: Lo hago cuando me siento tensa, ya no me duele la cabeza, pero a veces cuando estudio, como este año postulo a la universidad y tengo esa presión.

T: Sí, es bueno que uses la técnica cuando te sientas de esa manera, te ayudará a relajarte, existen más técnicas pero lo que te voy a recomendar es que realices deporte, ejercicios, tomar agua, etc.

P: Sí, quisiera entrar a un gimnasio, pero no tenemos dinero, por el momento empezaré a hacer ejercicios en casa y correr por la calle.

T: Muy aparte de que estas estudiando, ¿qué más estás haciendo?

P: Hace una semana volví a vender en la bodega que está en mi casa, con mi mamá, antes no podía vender porque de verdad me costaba levantarme y hacer mis cosas que antes hacía con normalidad, pero ahora como me siento bien, he vuelto a ayudar a mi mamá.

T: Que bueno que estés apoyando a tu mamá, y sobre todo que esos pensamientos que antes tenías ya no existen. Bueno Lizzeth ahora sí te damos de alta, no esperamos volverte a ver, sin embargo, si en caso existiera alguna recaída o deseas venir por orientación, estás totalmente bienvenida, hasta luego Lizzeth.

P: Muchas gracias psicóloga, me siento muy feliz por todo. Hasta en algún momento.

Conclusión

- Se alcanzó a lograr los objetivos planteados en las sesiones de seguimiento, dando resultados positivos en la evolución.

Capítulo V: Resumen, Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Resumen

Paciente asiste a consulta psicológica por decisión propia, refiriendo presentar síntomas como tristeza, acompañado de llanto, miedo a lo que pueda suceder en el futuro, no tiene deseos de alimentarse, tiene pesadillas constantes por lo cual a veces no puede dormir, no presenta placer al realizar las actividades que antes podía disfrutar, no tiene energía para ello, no puede tomar decisiones, se siente culpable y con dolores de cabeza al recordar lo sucedido y se evidenciaron los siguientes signos, anhedonia, abulia, en la primera sesión la posición de sentarse fue jorobada, su tono de voz bajo y su mirada cabizbaja, por lo que se concluyó diagnosticarla con Trastorno adaptativo, reacción depresiva prolongada, ya que vivió un acontecimiento significativo estresante en su vida y se pudo identificar la reacción depresiva en el momento del relato de los síntomas, la observación de los signos y la duración de estos, así como en la evaluación del área de afectividad, asimismo se cumplió con los criterios de diagnóstico del CIE10.

También, se utilizaron una serie de pruebas psicológicas, para poder conocer las áreas de inteligencia que nos ayudaría a identificar el mejor tratamiento de intervención, el área de organicidad para descartar algún daño orgánico cerebral, el área de afectividad para obtener un mejor diagnóstico.

Luego se comenzó con el proceso de intervención psicoterapéutico, donde se trabajaron 12 sesiones y 2 de seguimientos donde la paciente pudo aprender diferentes técnicas cognitivas y conductuales para poder disminuir la sintomatología depresiva, las técnicas fueron las columnas paralelas, técnica de detección de los pensamientos automáticos, técnica de la reestructuración cognitiva, técnica de solución de problemas, técnica de habilidades sociales, técnica de respiración diafragmática, se pudo escoger dichas técnicas cuando se elaboró el

programa de intervención de acuerdo al malestar emocional de la paciente, al culminar satisfactoriamente la intervención de 12 sesiones, tiempo después se le citó en dos ocasiones para las sesiones de seguimiento donde el resultado fue óptimo para el avance y culminación de la psicoterapia, se le explicaron las posibles recaídas y cómo actuar frente a ello.

5.2. Conclusiones

De acuerdo con la intervención y los resultados que se obtuvieron se puede concluir que se lograron los siguientes objetivos:

Objetivo General:

- Se logró disminuir la intensidad de la sintomatología y el estrés generado por la percepción del acontecimiento mediante técnicas cognitivas y técnicas conductuales.

Objetivos Específicos:

- Se pudo lograr psicoeducar a los padres y a la paciente con respecto al diagnóstico y su tratamiento.

- Se logró identificar los pensamientos automáticos que le producen malestar en su vida diaria.

- Se lograron reducir los malestares emocionales o conductuales producidos por la percepción del acontecimiento.

- Se lograron reconocer y practicar técnicas de afrontamiento hacia las diversas situaciones negativas, con el fin de que no se vea afectada su funcionalidad en el área social.

- Se logró que la paciente adquiriera recursos psicológicos para manejar futuras situaciones estresantes, como la respiración diafragmática, las habilidades sociales, la técnica de solución de problema.

- Se logró disminuir el malestar psicológico, con las distintas técnicas cognitivas conductuales.

5.3. Recomendaciones

Según lo observado y evaluado se puede recomendar a la paciente y a los padres de familia:

Para la paciente

Seguir ejecutando y reforzando las técnicas aprendidas en las sesiones de intervención, para una mejor convivencia con ella misma y con las personas, también identificar pensamientos irracionales y adaptarlos para generar nuevos pensamientos saludables. Es importante que, si existe una recaída de la problemática o presente una nueva situación a la que se tenga que enfrentar, asista a consulta psicológica para que pueda tener una mejor calidad de vida.

Para los padres

Es importante que, siendo la primera figura que su hija verá como apoyo, sean responsables con las decisiones que ambos tomarán, evitar enfrentamientos frente a su hija, optar por una comunicación asertiva entre todos y tomar la mejor decisión para solucionar los problemas que se les presenten en el día. Reforzar y aplaudir las conductas positivas que realiza su hija.

Seguir con un tratamiento psicológico para padres y conciliar frente a un notario.

Referencias

- Álvarez, M. (2016). *Trabajando la respiración en el aula*. Obtenido de <https://lecto-escritura.es/la-respiracion/>
- Badia, A. (2020). *Terapia cognitivo-conductual: qué es y qué técnicas utiliza*. Obtenido de <https://www.psicologia-online.com/terapia-cognitivo-conductual-que-es-y-que-tecnicas-utiliza-4395.html>
- Beck, A., & Shaw, B. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. (19ª ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Benton, A. (2002). *Test de retención visual de Benton (TRVB)*. Manual. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Caballo, V. (2005). *Manual de Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. (6ª Edición). Madrid: Editorial Siglo XXI. España.
- Caballo, V. (2010). *Manual para el tratamiento cognitivo - conductual de los trastornos psicologicos*. Obtenido de <https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/03/Tratamiento-cognitivo-conductual-Vol-1-Vicente-E.-Caballo.pdf>
- Campero, M., & Ferraris, L. (2014). *La psicoeducación como herramienta estratégica en el abordaje de la patología mental en el dispositivo de guardia*. Obtenido de Revista del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA): <https://pesquisa.bvsalud.org/controlecancer/resource/pt/biblio-1094996?src=similardocs>
- Casas, Y. (2018). *Validación de la teoría cognitivo social del desarrollo de la carrera en el contexto colombiano*. Obtenido de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/49392/1/T40293.pdf>
- CIE-11. (2021). *Trastorno de adaptación*. Obtenido de Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-11): <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/264310751>
- CIE-11. (2021). *Trastorno depresivo recurrente*. Obtenido de Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CEI-11): <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1194756772>

- Comunicación Asertiva. (2012). *Estilos en la Comunicación*. Obtenido de <https://comunicacionasertiva7.wordpress.com/2012/09/20/estilos-en-la-comunicacion/>
- Conde, V., Esteban, T., & Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del Cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31, 469-497.
- Cuevas, J., & Moreno, N. (2017). *Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora*. Obtenido de Revista Enfermería Universitaria: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n3/2395-8421-eu-14-03-00207.pdf>
- Díaz , M., Ruiz , Á., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas y terapias cognitivo-conductuales*. Obtenido de Bilbao: Desclée de Brouwer.: <https://www.edesclée.com/colecciones/biblioteca-de-psicologia/manual-de-tecnicas-y-terapias-cognitivo-conductuales>
- Dongil , E., & Cano , A. (2014). *Habilidades sociales: Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)*. Obtenido de https://bemocion.sanidad.gob.es/comoEncontrarmeMejor/guiasAutoayuda/docs/guia_habilidades_sociales.pdf
- DSM-5. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Obtenido de <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- DSM-5. (2016). *Suplemento del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, Quinta edición*. Obtenido de https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf
- Enríquez, X. (2021). *Transtornos de Adaptación*. Obtenido de <https://www.uv.mx/cendhiu/general/transtornos-de-adaptacion/#:~:text=Reacci%C3%B3n%20depresiva%20prolongada%3A%20Estado%20depresivo,no%20excede%20los%20dos%20a%C3%B1os>
- Fagoaga , J., Calleja , V., & Arrosamena, R. (2018). *Modelo de entrenamiento de técnica de detención de pensamiento desde enfermería de salud mental*. Obtenido de [https://psiquiatria.com/congresos/pdf/3-3-2017-6-pos11\[1\].pdf](https://psiquiatria.com/congresos/pdf/3-3-2017-6-pos11[1].pdf)
- Franchini, N. (2015). *Perspectiva cognoscitiva conductual*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/Franchinicole28/terapia-cognoscitivista>

- Friedman, M., Resick, P., Bryant, R., Strain, J., Horowitz, M., & Spiegel, D. (2011). Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-V. . *Depression and Anxiety*, 28, 737-749.
- GuiaSalud. (2019). *Diagnóstico clínico y criterios diagnósticos*. Obtenido de <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-infancia-diagnostico/>
- Harvard Health Publishing. (2020). *Técnicas de relajación: el control de la respiración ayuda a sofocar la respuesta errante al estrés*. Obtenido de <https://www.health.harvard.edu/mind-and-mood/relaxation-techniques-breath-control-helps- quell-errant-stress-response>
- Hernández, M. (2010). *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso*. México: UAEM. Obtenido de <https://amapsi.org/Imagenes/TratamientoCognitivoDepresion.pdf>
- Instituto Europeo de Psicología Aplicada (IEPA). (2017). *STOP, BASTA, PARA: La técnica de parada de pensamiento*. Obtenido de Instituto Europeo de Psicología Aplicada (IEPA): <https://iepa.es/parada-pensamiento/>
- Instituto Nacional de Salud Mental del Perú (INSM) . (2017). *Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao*. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v23n1/a05v23n1.pdf>
- Kano, F., Hirata, S., Deschner, T., Behringer, V., & Llamar, J. (2016). *Caída de la temperatura nasal en respuesta a una reproducción de peleas conespecíficas en chimpancés: un estudio de termografía*. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.physbeh.2015.11.029>.
- Kliquers. (2021). *Estilos de comunicación*. Obtenido de <https://kliquers.org/padres/articulos/asertividad/estilos-de-comunicacion/>
- Learn, S. a. (2017). *El sistema respiratorio del cuerpo humano para niños*.
- Maercker, A., Brewin, C., Bryant, R., Cloitre, M., Reed, G., Ommeren, M., . . . Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *PubMed*.
- Maercker, A., Brewin, C., Bryant, R., Cloitre, M., Reed, G., Ommeren, M., . . . Saxena, S. (2016). Propuestas de trastornos mentales asociados específicamente con el estrés en la Clasificación Internacional de Enfermedades-11.

- Maercker, A., Kollner, V., & Einsle, F. (2015). Trastornos de adaptación como síndromes de respuesta al estrés: un nuevo concepto diagnóstico y su exploración en una muestra médica. *Psychopathology*, 40: 135–46.
- MayoClinic. (2019). *Trastornos de adaptación* . Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/adjustment-disorders/symptoms-causes/syc-20355224>
- Mejicanos, D. (2016). *Reestructuración cognitiva y control de ira (Estudio realizado con adolescentes del colegio Salesiano Liceo Guatemala de la cabecera departamental de Quetzaltenango)*. Obtenido de <http://186.151.197.48/tesiseortiz/2016/05/42/Mejicanos-Diana.pdf>
- Mendoza, B., Quiceno, M., Cudris, L., Alvarez, A., & Cotrino, J. (2021). Psicoterapia basada en la evidencia en un caso de distimia y crisis de pánico.
- Morales , S., Martínez , M., Campo , R., & Nieto , J. (2016). *Las prácticas de crianza y la reducción de los problemas de conducta infantil*. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Silvia-Chaine/publication/309482754_Child_raising_practices_and_the_reduction_of_problematic_child_behavior/links/593c1af50f7e9b3317547a2d/Child-raising-practices-and-the-reduction-of-problematic-child-behavior.pdf
- Moreno, G. (2021). *Estudio de caso clínico: Programa de intervención del transtorno de pánico bajo la terapia cognitiva conductual*. Lima : Universidad San Martin de porres.
- Pardo, R. (2019). *El debate en reestructuración cognitiva: Analisis de los mecanismos terapéuticos de cambio clínico*. Obtenido de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/689733/pardo_cebrian_rebeca.pdf?sequence=1
- Pichot, P., López-Ibor, J., & Valdés , M. (2002). *American Psychiatric Association - APA. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: .
- Ramírez , A., Espinosa , C., Herrera , A., Espinosa , E., & Ramírez , A. (2014). *Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad*. Obtenido de Revista Enfermería Docente: <http://www.index-f.com/edocente/102pdf/10206.pdf>

- Riofrio , J., & Villegas , M. (2016). Distorsiones cognitivas según niveles de dependencia emocional en universitarios-Pimentel. *Revista Científica PAIAN*, 7.
- Rodríguez , D., Domínguez , B., Leija , G., Ortiz , M., & Carreño , C. (2018). *Efectos psicofisiológicos de la respiración diafragmática y la estimulación térmica sobre la actividad autónoma del estrés agudo*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322018000200101#B17
- Rodríguez, N., & Fernández, G. (2021). *Habilidades sociales en estudiantes del 5to año de secundaria de la IEP. Jean Piaget de Iquitos - 2020*. Obtenido de <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/1381/NATHALY%20RODR%c3%8dGUEZ%20RUIZ%20Y%20GERALDYNE%20MAYTE%20FERN%c3%81NDEZ%20NAVARRO%20-%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rodriguez, R. (2013). *Las habilidades sociales como herramienta para la comunicación* . Obtenido de <https://slideplayer.es/slide/2333545/>
- Ruiz , C., & Lujan, R. (1991). Manual de psicoterapia cognitiva. Inventario de pensamientos automáticos. *Psicología online*, 2.
- Stanford Children's Health. (2019). Trastornos de adaptación en niños. *Stanford Children's Health*, 2.
- Suárez, D., Cañive, C., & Iglesias , J. (2011). Trastorno de adaptación en la Psicopatología Infantil. Un estudio de caso.
- Toma de Decisiones. (2016). *Toma de Decisiones: En el modelo de D'Zurilla y Goldfried*. Obtenido de <http://tomadecisionempresarial.blogspot.com/2016/03/toma-de-decisiones-en-el-modelo-de.html>
- Varcárcel, C. (2020). *La depresión de la mujer en torno al parto. Una revisión de propuestas de intervención con enfoque cognitivo conductual*. Obtenido de <https://www.inspilib.gob.ec/wp-content/uploads/2020/06/Volumen-Completo-Edision-Especial-Covid19.pdf>
- Wechsler, D. (2012). *WAIS-IV. Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV. Manual técnico y de interpretación*. Madrid: NCS Pearson, Inc.

Zurita , M. (2018). *El aprendizaje por imitación y la identificación de roles en los niños y niñas de la unidad educativa madre gertrudis del cantón cevallis provincia del tungurahua.*
Obtenido de
file:///D:/Users/Francesca/Downloads/Zurita%20Rovalino%20Mirian%20Esther%201803
756301.pdf

Anexos

Anexo A:

Test de Inteligencia de Wechsler para Adultos

WAIS-IV

Test de Inteligencia de Wechsler para adultos - Cuarta edición

Conversión de puntuaciones directas a puntuaciones escalares

Prueba	Puntaje directo	Puntajes escalares				Punt. esc. grupo ref.
Cubos	42		9			9
Similitudes	22	11				11
Dígitos	30			13		13
Matrices	25		16			16
Vocabulario	38	14				14
Aritmética	20			16		16
Búsqueda de símbolos	27				6	6
Puzles visuales	9		5			5
Información	13	12				12
Clave de números	69			8		8
Letras y números *						
Balanzas *						
Comprensión						
Cancellación *						
Figuras Incompletas						
Suma de puntajes escalares		37	30	33	14	14

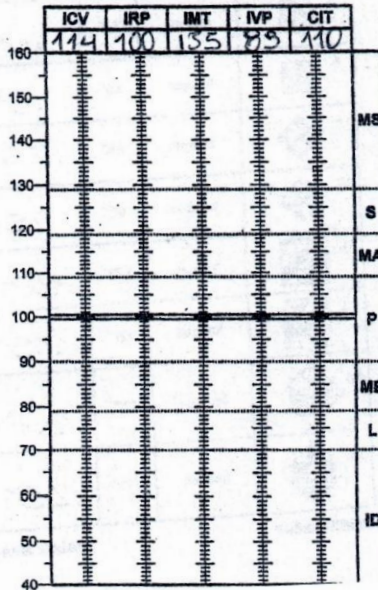
* Sólo 16-89 años

CV RP MT VP Escala total

Perfil de puntuaciones escalares

	Comprensión verbal				Razonamiento perceptivo				Memoria de trabajo			Velocidad de procesamiento			
	S	V	I	(CO)	C	M	PV	(B)	(FI)	D	A	(LN)	BS	CN	(CA)
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

Perfil de puntuaciones compuestas



1. Cubos



(Tiempo límite: véanse los ítems)



Comienzo
Edad 16-89:
Ítem de ejemplo
e ítem 5.



Retorno
Si se obtiene 0 puntos en uno de los dos primeros ítems aplicados (5 ó 6), aplicar los ítems anteriores en orden inverso hasta obtener dos respuestas perfectas (máxima puntuación) consecutivas.



Terminación
Después de dos puntuaciones de 0 consecutivas.



Puntuación
Ítems 1-4: 0, 1 ó 2 puntos.
Ítems 5-8: 0 ó 4 puntos.
Ítems 9-14: 0, 4, 5, 6 ó 7 puntos.
CSB
Ítems 1-4: 0, 1 ó 2 puntos.
Ítems 5-14: 0 ó 4 puntos.

Sujeto

Diseño	Presentación	Tiempo límite	Tiempo empleado		Respuesta		Puntuación				
Ej.			Int. 1	Int. 2	Intento 1	Intento 2					
	Modelo e imagen	30"									
1.	Modelo e imagen	30"					0	1	2		
2.	Modelo e imagen	30"					0	1	2		
3.	Modelo e imagen	30"					0	1	2		
4.	Modelo e imagen	30"					0	1	2		
5.	Imagen	60"	18"				0		4		
6.	Imagen	60"	7"				0		4		
7.	Imagen	60"	14"				0		4		
8.	Imagen	60"	15"				0		4		
9.	Imagen	60"	30"				0	31-60	21-30	11-20	1-10
10.	Imagen	60"	25"				0	4	5	6	7
11.	Imagen	120"	110"				0	78-120	61-75	31-60	1-30
12.	Imagen	120"	115"				0	4	5	6	7
13.	Imagen	120"	117"				0	78-120	61-75	31-60	1-30
14.	Imagen	120"	125"				0	4	5	6	7

Examinador

Puntuación directa Cubos sin bonificación por tiempo (CSB) (Máximo = 48)

40

Puntuación directa Cubos (Máximo = 66)

42

2. Semejanzas



Comienzo
Edad 16-89:
Ítem de
ejemplo
e Ítem 4.



Retorno
Si se obtiene 0 ó 1 punto en uno de los dos primeros ítems aplicados (4 ó 5), aplicar los ítems anteriores en orden inverso hasta obtener dos respuestas perfectas (máxima puntuación) consecutivas.



Terminación
Después de tres puntuaciones de 0 consecutivas.



Puntuación
0, 1 ó 2 puntos.
Véase el Manual de aplicación y corrección para los ejemplos de respuesta.

Ítem	Respuesta	Puntuación
Ej. Dos - Siete	Son números	
1. Tenedor - Cuchara	ambos son útiles por	0 1 (2)
2. Alcachofas - Espinacas	verduras	(0) 1 2
3. Caballo - ñgre	cuadrúpedos	0 1 (2)
4. Piano - Tambor	instrumentos musicales	0 1 (2)
5. Barco - Automóvil	medios de transporte	0 1 (2)
6. Calcetines - Zapatos	se ponen los pies	0 1 (2)
7. Alegría - Miedo	ambos son sentimientos	0 1 (2)
8. Huevo - Semilla	ambos tienen forma ovalada.	(0) 1 2
9. Comida - Gasolina	ambos dan energía	0 1 (2)
10. Vapor - Niebla	son estados gaseosos	0 1 (2)
11. Poema - Estatua	-	(0) 1 2
12. Ancla - Valla	ambos sirven al por. sirven	(0) 1 2
13. Cubo - Cilindro	son formas tridimensionales	0 (1) 2
14. Música - Marea	ambos tienen ondas	0 1 (2)
15. Sedentario - Nómada	ambos son opuestos	(0) 1 2
16. Amigo - Enemigo	ambos tienen relación interpersonal	0 (1) 2
17. Siempre - Nunca	son extremos	0 1 (2)
18. Permitir - Prohibir	son opuestos	0 (1) 2

Si el examinado no da una respuesta perfecta (2 puntos), darle la respuesta correcta como está indicado en el Manual de aplicación y corrección y aplicar la regla de retorno.

Puntuación directa Semejanzas
(Máximo = 36)

22

3. Dígitos



Comienzo
Edad 16-89:
Orden directo: ítem 1.
Orden inverso: ítem de ejemplo e ítem 1.
Orden creciente: ítem de ejemplo e ítem 1.



Terminación
Orden directo, Orden inverso y Orden creciente: después de 2 puntuaciones de 0 en los dos intentos del mismo ítem.



Puntuación
0 ó 1 punto por cada intento.
DD, DI y DC: Puntuación directa para orden directo, inverso y creciente respectivamente.
Span DD, Span DI y Span DC: Número de dígitos recordado en el último intento puntuado con 1 punto de Dígitos orden directo, inverso y creciente, respectivamente.

Orden directo

Ítem	Intento	Respuesta	Punt. intento	Puntuación ítem
1.	9-7	9-7	0 1	0 1 (2)
	6-3	6-3	0 1	
2.	5-8-2	5-8-2	0 1	0 1 (2)
	6-9-4	6-9-4	0 1	
3.	7-2-8-6	7-2-8-6	0 1	0 1 (2)
	6-4-3-9	6-4-3-9	0 1	
4.	4-2-7-3-1	4-2-7-3-1	0 1	0 1 (2)
	7-5-8-3-6	7-5-8-3-6	0 1	
5.	3-9-2-4-8-7	3-9-2-4-8-7	0 1	0 1 (2)
	6-1-9-4-7-3	6-1-9-4-7-3	0 1	
6.	4-1-7-9-3-8-6	4-1-7-9-3-8-6	0 1	0 1 (2)
	6-9-1-7-4-2-8	6-9-1-7-4-2-8	0 1	
7.	3-8-2-9-6-1-7-4	3-8-2-9-6-1-7-4	0 1	0 1 (2)
	5-8-1-3-2-6-4-7	5-8-1-3-2-6-4-7	0 1	
8.	2-7-5-8-6-3-1-9-4	2-7-5-8-6-3-1-9-4	0 1	0 1 (2)
	7-1-3-9-4-2-5-6-8	7-1-3-9-4-2-5-6-8	0 1	

Span DD
(Máximo = 9)

Puntuación directa Dígitos orden directo (DD)
(Máximo = 16)

10

Orden inverso

Ítem	Intento	Respuesta correcta	Respuesta	Punt. intento	Puntuación ítem
Ej.	7-1	1-7			
	3-4	4-3			
1.	3-1	1-3	7-3	0 1	0 1 (2)
	2-4	4-2	4-2	0 1	
2.	4-6	6-4	6-4	0 1	0 1 (2)
	5-7	7-5	7-5	0 1	
3.	6-2-9	9-2-6	7-2-4	0 1	0 1 (2)
	4-7-5	5-7-4	8-7-4	0 1	
4.	8-2-7-9	9-7-2-8	9-7-2-8	0 1	0 1 (2)
	4-9-6-8	8-6-9-4	8-6-9-4	0 1	
5.	6-5-8-4-3	3-4-8-5-6	8-4-9-1	0 1	0 1 (2)
	1-5-4-8-6	6-8-4-5-1	2-4-8-5-6	0 1	
6.	5-3-7-4-1-8	8-1-4-7-3-5	4-9-4-5-3	0 1	0 1 (2)
	7-2-4-8-5-6	6-5-8-4-2-7	6-5-8-4-2-7	0 1	
7.	8-1-4-9-3-6-2	2-6-3-9-4-1-8	6-8-9-4-2-3	0 1	0 1 (2)
	4-7-3-9-6-2-8	8-2-6-9-3-7-4	2-6-3-9-4-1-8	0 1	
8.	9-4-3-7-6-2-1-8	8-1-2-6-7-3-4-9	8-1-2-6-7-3-4-9	0 1	0 1 (2)
	7-2-8-1-5-6-4-3	3-4-6-5-1-8-2-7	7-2-8-1-5-6-4-3	0 1	

Span DI
(Máximo = 9)

Puntuación directa Dígitos orden inverso (DI)
(Máximo = 16)

15

3. Dígitos (continuación)

Orden creciente

Ítem	Intento	Respuesta correcta	Respuesta	Punt. Intento	Puntuación Ítem
Ej.	2-3-1	1-2-3	1-3-2		
	5-2-2	2-2-5	2-2-5		
1.	1-2	1-2	1-2	0 (1)	0 1 (2)
	4-2	2-4	2-4	0 (1)	
2.	3-1-6	1-3-6	1-3-6	0 (1)	0 1 (2)
	0-9-4	0-4-9	0-4-9	0 (1)	
3.	8-7-9-2	2-7-8-9	2-7-8-9	0 (1)	0 1 (2)
	4-8-7-1	1-4-7-8	1-4-7-8	0 (1)	
4.	2-6-9-1-7	1-2-6-7-9	1-2-6-7-9	0 (1)	0 1 (2)
	3-8-3-5-8	3-3-5-8-8	3-3-5-8-8	0 (1)	
5.	2-1-7-4-3-6	1-2-4-4-6-7	1-2-4-4-6-7	0 (1)	0 1 (2)
	6-2-5-2-3-4	2-2-3-4-5-6	2-2-3-4-5-6	0 (1)	
6.	7-5-7-6-8-6-2	2-5-6-6-7-7-8	2-5-6-6-7-7-8	0 (1)	0 1 (2)
	4-8-2-5-4-3-5	2-3-4-4-5-5-8	2-3-4-4-5-5-8	0 (1)	
7.	5-8-7-2-7-5-4-5	2-4-5-5-5-7-7-8	2-4-5-5-5-7-7-8	0 (1)	0 1 2
	9-4-9-7-3-0-8-4	0-3-4-4-7-8-9-9	0-3-4-4-7-8-9-9	0 (1)	
8.	5-0-1-1-3-2-1-0-5	0-0-1-1-1-2-3-5-5	0-0-1-1-1-2-3-5-5	0 (1)	0 1 2
	2-7-1-4-8-4-2-9-6	1-2-2-4-4-6-7-8-9	1-2-2-4-4-6-7-8-9	0 1	

Span DC (Máximo = 9) 7

Puntuación directa Dígitos orden creciente (DC) (Máximo = 16) 14

Puntuación directa Dígitos (Máximo = 48) 39

4. Matrices



Comienzo
Edad 16-89:
Ítem de ejemplo
A y B e ítem 4.



Retorno
Si se obtiene 0 puntos en uno de los dos primeros ítems aplicados (4 ó 5), aplicar los ítems anteriores en orden inverso hasta obtener dos respuestas correctas consecutivas.



Terminación
Después de tres puntuaciones de 0 consecutivas.



Puntuación
0, 1 punto.
Las respuestas correctas están en negrita.

Ítem	Intento					Puntuación
Ej A.	1	2	3	4	5	
Ej B.	1	2	3	4	5	
1.	1	2	3	4	5	0 (1)
2.	1	2	3	4	5	0 (1)
3.	1	2	3	4	5	0 (1)
4.	1	2	3	4	5	0 (1)
5.	1	2	3	4	5	0 (1)
6.	1	2	3	4	5	0 (1)
7.	1	2	3	4	5	0 (1)
8.	1	2	3	4	5	0 (1)
9.	1	2	3	4	5	0 (1)
10.	1	2	3	4	5	0 (1)
11.	1	2	3	4	5	0 (1)
12.	1	2	3	4	5	0 (1)

Ítem	Intento					Puntuación
13.	1	2	3	4	5	0 (1)
14.	1	2	3	4	5	0 (1)
15.	1	2	3	4	5	0 (1)
16.	1	2	3	4	5	0 (1)
17.	1	2	3	4	5	0 (1)
18.	1	2	3	4	5	0 (1)
19.	1	2	3	4	5	0 (1)
20.	1	2	3	4	5	0 (1)
21.	1	2	3	4	5	0 (1)
22.	1	2	3	4	5	0 (1)
23.	1	2	3	4	5	0 (1)
24.	1	2	3	4	5	0 (1)
25.	1	2	3	4	5	0 (1)
26.	1	2	3	4	5	0 1

Puntuación directa Matrices (Máximo = 26) 25

5. Vocabulario

Comienzo
Edad 16-89:
Ítem 5.

Retorno
Si se obtiene 0 ó 1 punto en uno de los dos primeros ítems aplicados (5 ó 6), aplicar los ítems anteriores en orden inverso hasta obtener dos respuestas perfectas (máxima puntuación) consecutivas.

Terminación
Después de tres puntuaciones de 0 consecutivas.

Puntuación
Ítems 1-3: 0 ó 1 punto.
Ítems 4-30: 0, 1 ó 2 puntos.
Véase el Manual de aplicación y corrección para los ejemplos de respuesta.

Ítem	Respuesta	Puntuación
1. Libro	un libro abierto	0 1
2. Avión	avioneta.	0 1
3. Cesta	canasta	0 1
4. Guante	objeto que se pone en la mano	0 1
φ5. Manzana	fanta mandarina, que sirve para la dieta	0 1 2
φ6. Desayuno	primera comida	0 1 2
7. Cama	objeto donde se puede dormir, tiene 4 patas	0 1 2
8. Espejo	objeto donde se ven reflejados	0 1 2
9. Silencioso	sin ningún ruido	0 1 2
10. Generar	cuestional algo, una conversación	0 1 -
11. Compasión	perdonar	0 1 2
12. Remordimiento	culpa por algo	0 1 2
13. Meditar	reflexionar	0 1 2
14. Confiar	NOIR	0 1 2
15. Esquivar	evitar	0 1 2

φ Si el examinado no da una respuesta perfecta (2 puntos), darle la respuesta correcta como está indicada en el Manual de aplicación y corrección y aplicar la regla de retorno.

5. Vocabulario (continuación)

Ítem	Respuesta	Puntuación
16. Valiente	apronta	0 1 2
17. Fortaleza	fuerza	0 1 2
18. Evolucionar	combina la forma & pensamiento	0 1 2
19. Distinción	diferente a los demás	0 1 2
20. Opaco	NO es matido, oscurono	0 1 2
21. Peculiar	único, diferente	0 1 2
22. Contrastar	rescata algo	0 1 2
23. Plagiar	copiar	0 1 2
24. Tangible	que se puede tocar	0 1 2
25. Reacio	-	0 1 2
26. Iniciativa	empieza algo	0 1 2
27. Audaz	inteligente	0 1 2
28. Palar	-	0 1 2
29. Solidario	unido	0 1 2
30. Pragmático	-	0 1 2

Puntuación directa Vocabulario (Máximo = 57) **38**

6. Aritmética

Comienzo
Edad 16-89:
Ítem de ejemplo e ítem 6.

Retorno
Si se obtiene 0 puntos en uno de los dos primeros ítems aplicados (6 ó 7), aplicar los ítems anteriores en orden inverso hasta obtener dos respuestas correctas consecutivas.

Terminación
Después de tres puntuaciones de 0 consecutivas.

Puntuación
0 ó 1 punto.

Ítem	Tiempo empleado	Respuesta correcta	Respuesta	Puntuación
Ej. Pelotas	1"	3	✓	
1. Flores	3"	Cuenta hasta 3	✓	0 (1)
2. Manzanas	5"	Cuenta hasta 10	✓	0 (1)
3. Raquetas y pelotas	2"	6	✓	0 (1)
4. Pájaros y gatos	3"	9	✓	0 (1)
5. Correas	2"	2	✓	0 (1)
6. Mantas	4"	8	✓	0 (1)
7. Lapiceros	5"	8	✓	0 (1)
8. Juguetes	7"	5	✓	0 (1)
9. Años	2"	17	✓	0 (1)
10. Libros	4"	5	✓	0 (1)
11. Discos	2"	3	✓	0 (1)

Ítem	Tiempo empleado	Respuesta correcta	Respuesta	Puntuación
12. Chicles	20"	200	✓	0 (1)
13. Tarjetas	7"	38	✓	0 (1)
14. Minutos	13"	140	✓	0 (1)
15. Cine	21"	30 min ¼ hora	✓	0 (1)
16. Pasteles	12"	186 min 3 h y 6 min	✓	0 (1)
17. Periódicos	25"	800	✓	0 (1)
18. Horas	17"	47	✓	0 (1)
19. Kilos	15"	49 ½	✓	0 (1)
20. Vueltas	30"	51	✗	0 (1)
21. Máquinas	30"	216	✓	0 (1)
22. Cartas	10"	23100	✗	0 (1)

Puntuación directa Aritmética (Máximo = 22) **20**

Si el examinado no da una respuesta correcta, darle la respuesta correcta como está indicando en el Manual de aplicación y corrección.

7. Búsqueda de símbolos

(Tiempo límite: 120 segundos)

Comienzo
Edad 16-89:
Ítem de demostración, ítems de ejemplo e ítems del test.

Terminación
Después de 120 segundos.

Puntuación
Utilizar la plantilla de corrección de Búsqueda de símbolos para puntuar las respuestas del sujeto. Restar el número de respuestas incorrectas al número de respuestas correctas. Si el número obtenido es menor que 0, anotar 0 como puntuación directa.

Tiempo empleado: **120** | Número de respuestas correctas: **27** | Número de respuestas incorrectas: **0** | Puntuación directa Búsqueda de símbolos (Máximo = 60): **27**

8. Puzles visuales

Comienzo
Edad 16-89:
Ítem de demostración, ítem de ejemplo e ítem 5.

Retorno
Si se obtiene 0 puntos en uno de los dos primeros ítems aplicados (5 ó 6), aplicar los ítems anteriores en orden inverso hasta obtener dos respuestas correctas consecutivas.

Terminación
Después de tres puntuaciones de 0 consecutivas.

Puntuación
0 ó 1 punto.
Las respuestas correctas estén en negrita.

Ítem	Tiempo límite	Tiempo empleado	Respuesta	Puntuación
Demo.			1 2 3 4 5 6	
Ej.			1 2 3 4 5 6	
1.	20"	15"	1 2 3 4 5 6	0 (1)
2.	20"	15"	1 2 3 4 5 6	0 (1)
3.	20"	10"	1 2 3 4 5 6	0 (1)
4.	20"	9"	1 2 3 4 5 6	0 (1)
5.	20"	15"	1 2 3 4 5 6	0 (1)
6.	20"	10"	1 2 3 4 5 6	0 (1)
7.	20"	15"	1 2 3 4 5 6	0 (1)
8.	30"	20"	1 2 3 4 5 6	0 (1)
9.	30"	19"	1 2 3 4 5 6	0 (1)
10.	30"	17"	1 2 3 4 5 6	0 (1)
11.	30"	25"	1 2 3 4 5 6	0 (1)
12.	30"	30"	1 2 3 4 5 6	0 (1)

Ítem	Tiempo límite	Tiempo empleado	Respuesta	Puntuación
13.	30"	30"	1 2 3 4 5 6	0 (1)
14.	30"	19"	1 2 3 4 5 6	0 (1)
15.	30"	35"	1 2 3 4 5 6	0 (1)
16.	30"	35"	1 2 3 4 5 6	0 (1)
17.	30"	X	1 2 3 4 5 6	0 (1)
18.	30"		1 2 3 4 5 6	0 (1)
19.	30"		1 2 3 4 5 6	0 (1)
20.	30"		1 2 3 4 5 6	0 (1)
21.	30"		1 2 3 4 5 6	0 (1)
22.	30"		1 2 3 4 5 6	0 (1)
23.	30"		1 2 3 4 5 6	0 (1)
24.	30"		1 2 3 4 5 6	0 (1)
25.	30"		1 2 3 4 5 6	0 (1)
26.	30"		1 2 3 4 5 6	0 (1)

Puntuación directa Puzles visuales
(Máximo = 26)

9

9. Información

Comienzo
Edad 16-89:
Ítem 3.

Retorno
Si se obtiene 0 puntos en uno de los dos primeros ítems aplicados (5 ó 6), aplicar los ítems anteriores en orden inverso hasta obtener dos respuestas correctas consecutivas.

Terminación
Después de tres puntuaciones de 0 consecutivas.

Puntuación
0 ó 1 punto.
Véase el Manual de aplicación y corrección para los ejemplos de respuesta.

Ítem	Respuesta	Puntuación
*1. Libro	Martes	0 (0)
*2. Pelotas	Redonda	0 (0)
φ3. Termómetro	Obj. para medir temperatura	0 (1)
φ4. Dall	Fus pintos	0 (1)
5. Sadera	Afines	0 (0)
6. Quijote	Miguel de Cervantes	0 (1)

* Las respuestas que necesitan una pregunta complementaria están indicadas en el Manual de aplicación y corrección.
φ Si el examinado no da una respuesta correcta, darle la respuesta correcta como está indicado en el Manual de aplicación y corrección y aplicar la regla de retorno.

Total de Información: 17

9. Información (continuación)

Ítem	Respuesta	Puntuación
7. Japón	✓	0 1
8. Composición agua	✓	0 1
9. Egipto	✓	0 1
10. Capilla Sixtina	✓	0 1
11. América	✓	0 1
12. Hierve agua	✓	0 1
13. Unión Europea	✓	0 1
14. Fleming	✓	0 1
15. Galileo	✓	0 1
16. Relatividad	✓	0 1
17. Idioma	✓	0 1
18. Cien años	X	0 1
19. Ghandi	X	0 1
20. Cordillera	X	0 1
*21. Vasos sanguíneos	X	0 1
22. Catalina		0 1
23. Órgano		0 1
*24. Minutos		0 1
25. Alicia		0 1
*26. Circunferencia		0 1

* Las repuestas que necesiten una pregunta complementaria están indicadas en el Manual de aplicación y corrección.

Puntuación directa Información
(Máximo = 26)

17

10. Clave de números



(Tiempo límite: 120 segundos)



Comienzo
Edad: 16-89:
Ítem de demostración,
Ítems de ejemplo e
Ítems del test.



Terminación
Después de 120
segundos.



Puntuación
Utilizar la plantilla de corrección de Claves de números
para puntuar las respuestas del sujeto. Dar un punto por
cada respuesta correcta

Tiempo
empleado

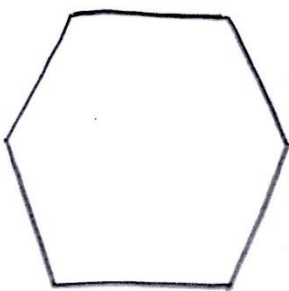
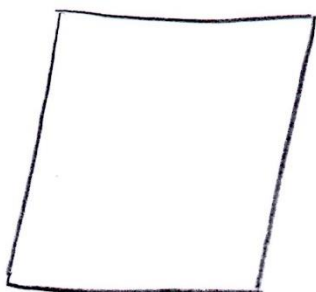
120s

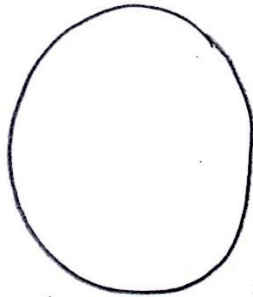
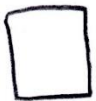
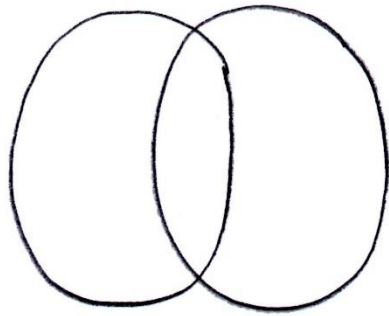
Puntuación directa Claves de números
(Máximo = 135)

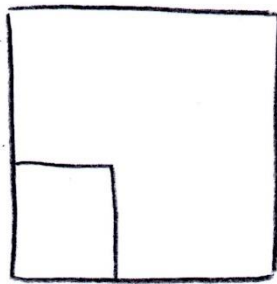
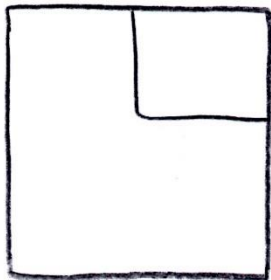
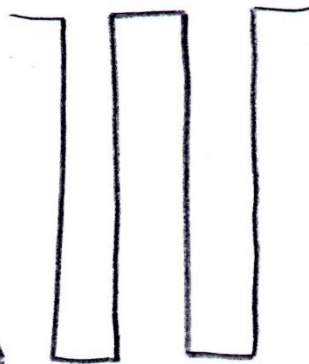
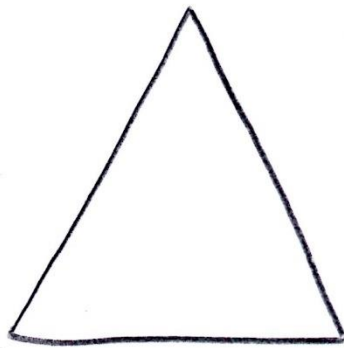
69

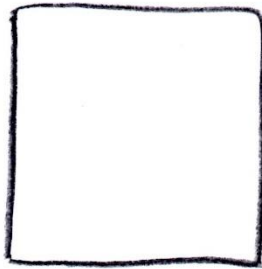
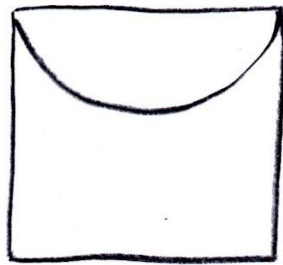
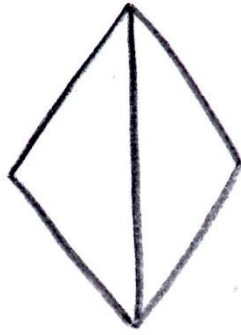
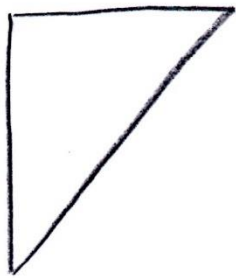
Anexo B:

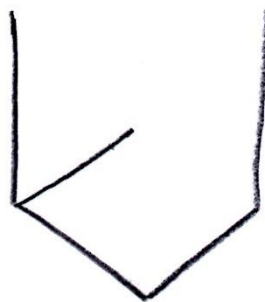
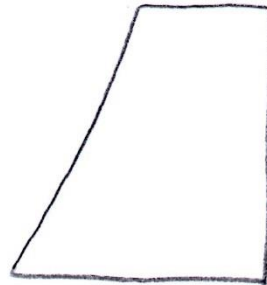
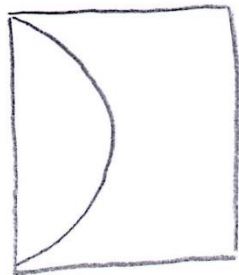
Test de Retención Visual de Benton (Área de Organicidad)











Anexo C:

Inventario de Depresión de Beck

Primera Evaluación

Inventario de Depresión de Beck

Nombre: Lizbeth.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

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

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

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

4.
 - 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
 - 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
 - 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
 - 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5.
 - 0 No me siento particularmente culpable.
 - 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6.

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

7.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 Estoy descontento de mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8.

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

9.

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

10.

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

11

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

12

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

13.

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

14.

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

15.

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

16.

- 0 Duermo tan bien como siempre
- 1 No duermo tan bien como antes.
- 2 Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya o puedo volverme a dormir.

17.

- 0 No me siento más cansada de lo habitual
- 1 Me canso más que antes
- 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa
- 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.

- 0 Mi apetito no ha disminuido
- 1 No tengo tan buen apetito como antes.
- 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3 He perdido completamente el apetito.

19.

- 0 No he perdido peso últimamente
- 1 He perdido más de 2 kilos
- 2 He perdido más de 4 kilos
- 3 He perdido más de 7 kilos

Estoy tratando intencionalmente de perder peso
comiendo menos SI__ NO

20.

- 0 No estoy preocupada por mi salud.
- 1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.
- 2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21.

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: 22 Resultado: Depresión Leve

INVENTARIO de Ansiedad de Beck (BAI)

	NO	LEVE	MODERADO	BASTANTE
1. Torpe o entumecido	X			
2. Acalorado	X			
3. Con temblor en las piernas	X			
4. Incapaz de relajarse		X		
5. Con temor a que ocurra lo peor				X
6. Mareado, o que se le va la cabeza	X			
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados	X			
8. Inestable			X	
9. Atemorizado o asustado	X			
10. Nervioso	X			
11. Con sensación de bloqueo	X			
12. Con temblores en las manos	X			
13. Inquieto, inseguro	X			
14. Con miedo a perder el control	X			
15. Con sensación de ahogo	X			
16. Con temor a morir				X
17. Con miedo	X			
18. Con problemas digestivos	X			
19. Con desvanecimientos	X			
20. Con rubor facial	X			
21. Con sudores, fríos o calientes	X			

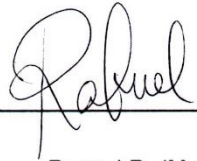
Resultado: Ansiedad Muy Baja.

Consentimiento Informado

En cumplimiento de las normas éticas que deben seguirse en todo proceso de intervención psicoterapéutica se solicitó a la paciente y a su madre, su consentimiento informado para el inicio del tratamiento, especificándose los objetivos del mismo con respecto a la problemática del diagnóstico de trastorno adaptativo, reacción depresiva prolongada presentada por la evaluada durante el motivo de consulta y para lo cual se utilizarán distintas técnicas bajo el enfoque cognitivo conductual en su intervención.



Lizzeth (Paciente)



Raquel R. (Madre)



María Fe Acobo Centeno

(Bachiller en Psicología)

Anexo D:

Inventario de Depresión de Beck

Segunda Evaluación

Inventario de Depresión de Beck

Nombre: Lesbeth R......

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

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

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

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

4.
 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5.
 0 No me siento particularmente culpable.
 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6.

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

7.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 Estoy descontento de mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8.

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

9.

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

10.

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

11

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

12

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

- 13.
- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
 - 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
 - 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
 - 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
- 14.
- 0 No siento que yo no sea valioso
 - 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
 - 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
 - 3 Siento que no valgo nada.
- 15.
- 0 Tengo tanta energía como siempre.
 - 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
 - 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
 - 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.
- 16.
- 0 Duermo tan bien como siempre
 - 1 No duermo tan bien como antes.
 - 2 Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
 - 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya o puedo volverme a dormir.
- 17.
- 0 No me siento más cansada de lo habitual
 - 1 Me canso más que antes
 - 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa
 - 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18.
- 0 Mi apetito no ha disminuido
 - 1 No tengo tan buen apetito como antes.
 - 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
 - 3 He perdido completamente el apetito.
- 19.
- 0 No he perdido peso últimamente
 - 1 He perdido más de 2 kilos
 - 2 He perdido más de 4 kilos
 - 3 He perdido más de 7 kilos
- Estoy tratando intencionalmente de perder peso
comiendo menos SI__ NO
- 20.
- 0 No estoy preocupada por mi salud.
 - 1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.
 - 2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
 - 3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.
- 21.
- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: 6 Resultado: Ausencia de
Depresión.