



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

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
COGNITIVO - CONDUCTUAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN EN LA
ADOLESCENCIA TEMPRANA**

PRESENTADA POR
VALERIA CAROLINA FLORES ALMESTAR

ASESORA
GLADYS IBONNI TORANZO PÉREZ

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2019



**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: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO -
CONDUCTUAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA**

TESIS PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTADA POR

VALERIA CAROLINA FLORES ALMESTAR

ASESORA:

MAG. GLADYS IBONNI TORANZO PÉREZ

LIMA – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios, por darme fuerzas para seguir adelante.

A mis padres por su esfuerzo.

A Julio. F quien me alentó para continuar,

cuando parecía que me iba a rendir.

A ellos por su amor y apoyo incondicional

AGRADECIMIENTO

A Dios por todo

INDICE

PORTADA	1
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
INDICE	4
INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO	
1.1. Concepto de Adolescencia	12
1.2. Etapas del desarrollo	13
1.2.1. Características de la adolescencia temprana.....	13
1.2.2. Características de la adolescencia tardía.....	13
1.2.3. La pubertad	13
1.2.4. La juventud	14
1.3. Características generales	14
1.3.1 Factores de riesgo de la salud de los adolescentes.....	15
1.3.2 Factores protectores de la salud de los adolescentes.....	15
1.4 Depresión.....	16
1.4.1 Antecedentes.....	16

1.4.2 Definición	17
1.4.3 Síntomas de depresión	17
1.4.4 Tipos de depresión	20
1.5 Evolución de la depresión según edad	25
1.5.1 Clasificación de la depresión	28
1.5.2 Causas de la depresión	29
1.5.3 Consecuencias de la depresión	32
1.6. Terapia Cognitiva - Conductual	34
1.6.1 Pilares para el desarrollo de la Terapia Cognitiva - Conductual.....	38
1.6.2 Características.....	40
1.6.3 Principios	41
1.6.4 Modelo cognitivo de la depresión según Beck	42
1.7. Técnicas psicoterapéuticas utilizadas para el caso	51
1.7.1. Técnicas Conductuales.....	51
1.7.2. Técnicas Cognitivas.....	53
 CAPÍTULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO	
2.1 Datos de filiación.....	56
2.2 Motivo de consulta.....	56

2.2.1 Episodios previos	58
2.3 Historia Personal.....	58
2.3.1. Etapa Prenatal.....	58
2.3.2 Etapa Perinatal.....	59
2.3.3 Etapa Postnatal.....	60
2.3.3.1 Alimentación.....	60
2.3.3.2 Lenguaje.....	61
2.3.3.3 Psicomotricidad	61
2.3.3.4 Control de esfínteres.....	61
2.3.3.5 Educación	61
2.3.3.6 Enfermedades	63
2.3.3.7 Psicosexualidad.....	64
2.3.3.8 Vida social	64
2.3.3. 9 Rasgos de personalidad	65
2.3.3.10 Intereses.....	67
2.4 Historia familiar	67
2.5. Examen mental	69
2.6 Lista de signos, síntomas y síndromes.....	73

2.7 Informe psicológico	75
2.8 Análisis funcional.....	82
CAPÍTULO III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	
3.1. Justificación.....	83
3.2. Objetivos.....	84
3.3. Metodología	86
3.4. Sesiones de intervención psicoterapéutica	87
3.5. Seguimiento	147
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	
4.1. Criterio de la Paciente.....	156
4.2. Criterio de los Familiares.....	156
4.3. Criterio Clínico.....	157
4.4 Criterio Psicométrico.....	157
CAPÍTULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Resumen	160
5.2. Conclusiones.....	162
5.3. Recomendaciones.....	163
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	164

ANEXOS167

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (2018) “la depresión es un trastorno que afecta 300 millones de personas a nivel mundial contribuyendo a la carga global general de morbilidad llegando a ocasionar un millón de muertes anuales en el mundo” (p.1)

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (2013) al menos dos millones de peruanos sufren de este trastorno siendo la prevalencia en Lima Metropolitana de un 18,23%, en la Sierra peruana de 16,24% y en la Selva de 21,45%. Siendo la principal causa de discapacidad llegando a afectar en muchos casos más a la mujer que al hombre llevándolos en situaciones extremas a cometer suicidio.

El término “Depresión” denomina diversas condiciones emocionales abarcando desde tristeza o ánimo disminuido, hasta criterios de gravedad basados en síntomas psicológicos y fisiológicos que alteran la funcionalidad de las personas de varias formas.

Sin embargo, a diferencia de los adultos, este trastorno en niños o adolescentes no se muestra como un síntoma marcado que podemos identificar con facilidad, pues debido al proceso evolutivo en el cual aún se encuentran manifiestan alteraciones de

conduta, bajo rendimiento escolar o retraso en el desarrollo psicomotor llegando a generar dificultades en el diagnóstico.

Es así que se consideró de suma importancia la elección del presente estudio de caso, que muestra el curso clínico de una paciente adolescente con episodio depresivo leve.

La Psicoterapia en la que se basa esta investigación, se realiza bajo el modelo Cognitivo-Conductual; trabajando en base a la modificación de los pensamientos desadaptativos, que mantienen un estado depresivo.

La Terapia Cognitivo-Conductual se basa en la modificación, mediante la fusión de técnicas cognitivas y conductuales de ciertas conductas disfuncionales, pensamientos y actitudes desadaptativas relacionados a eventos en particular, que tendrían un nexo con el origen de la sintomatología depresiva. (San Sebastián y Manzanero, 2012). Obteniendo mayor eficacia, proporcionándole es este caso al paciente con depresión técnicas y herramientas que le permiten afrontar sus dificultades y emociones de manera más eficaz.

El objetivo principal del tratamiento fue mejorar el estado emocional y afectivo de la paciente, mediante el cambio en la forma de percibir y estructurar sus pensamientos, ello hará que manifieste pensamientos racionales y realistas que generen en la paciente un afrontamiento satisfactorio en las diferentes situaciones de su interacción social, con el fin de generar en ella una mejor adaptación personal y social.

Se inició el proceso psicoterapéutico con la psicoeducación teniendo la finalidad de explicar la problemática, reestructuración cognitiva, buscando modificar los pensamientos disfuncionales para adoptar nuevos estilos de pensamientos que le predispongan a un mejor desempeño personal y social. Así mismo se trabajará con técnicas de control de la ansiedad como la respiración diafragmática; además, se buscará fortalecer una visión positiva de sí misma; de igual manera, se realizará el entrenamiento en habilidades sociales para lograr un mejor desenvolvimiento en sus relaciones interpersonales basándonos en la comunicación asertiva. Por último, se considera importante realizar el entrenamiento de solución de problemas para evitar recaídas.

El primer capítulo consta del marco teórico, sobre adolescencia y depresión. Como parte final, están los pilares, características y principios acerca de la Terapia Cognitiva-Conductual. Es así que, en el segundo capítulo, se encuentra la presentación del caso clínico. Por otro lado, el tercer capítulo está integrado por el programa de intervención terapéutica. El cuarto capítulo consiste en los resultados obtenidos y finalmente en el quinto capítulo se basa en el resumen, las conclusiones finales y las recomendaciones.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Concepto de Adolescencia

En el transcurso del desarrollo humano, se atraviesan diversos cambios biológicos, psicológicos y sociales, siendo uno de estos la adolescencia, una etapa crucial entre la niñez y la adultez en la que se suscitan alteraciones hormonales y fisiológicas que preparan al adolescente para asumir diversos roles y retos. La relación que establece con sus pares y adultos es de suma importancia ya que esto influye al momento de forjar una identidad individual, sexual y social. (Aliño y Pineda, 2002).

Una etapa en la vida donde muchos autores refieren que somos más vulnerables, donde los factores protectores son fundamentales ante los diversos factores de riesgo.

En la adolescencia se dan cambios, tanto a nivel físico como mental, es así que el cuerpo va adoptando una apariencia adulta, su manera de pensar es más abstracta y sus emociones son variables; así mismo, se genera lo que es la búsqueda por definir su identidad atravesando un proceso de autoafirmación.

Por otro lado, según Aliño y Pineda (2002), existen diversas etapas en la vida las cuales presentan variadas características y cada vez más cambios.

1.2 Etapas del Desarrollo

1.2.1 Adolescencia Temprana (Características)

Inicio de los cambios de la pubertad, se caracteriza por el crecimiento y desarrollo corporal apresurado llegando a generar preocupación por los diversos cambios de naturaleza física, además se da el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios que generan una gran curiosidad sexual; por otro lado, empieza la búsqueda de autonomía, independencia e intimidad, lo cual lleva al adolescente a verse envuelto en conflictos con los demás debido a los cambios repentinos de conducta y emociones.

1.2.2 Adolescencia Tardía (Características)

En esta etapa el adolescente se encuentra cerca de ser un adulto joven, por lo cual asume mayor responsabilidad llegando a decidir por sí mismo sobre la toma de decisiones cruciales sobre aspectos importantes de su vida entre ellos su futura vocación. Por otro lado, se obtiene mayor control y manejo de impulsos, se forja la identidad y, a nivel sexual, se alcanza la maduración, ya que mayor parte de su crecimiento y desarrollo está culminando.

1.2.3 La Pubertad

La pubertad es el resultado de un conjunto de procesos psicológicos, sociales y biológicos que interactúan activamente, se dan cambios hormonales y somáticos, los órganos sexuales maduran, con lo cual se alcanza la capacidad para reproducirse. (Papalia, Wendkos Olds y Duskin Feldman,2009).

1.2.4 La Juventud

Aquí tenemos la toma de responsabilidades, definición de la identidad y la independencia con sus pares.

1.3 Características generales de la adolescencia según Aliño y Pineda (2002)

- Aspectos psicosociales.
- Se da la necesidad de independencia y buscan forjar su identidad.
- Tendencia al grupo.
- El pensamiento evoluciona de concreto a abstracto alcanzando su máxima eficiencia.
- Se alcanza la identidad sexual y con ello se lleva a cabo la manifestación de conductas sexuales propias de su edad.
- Estado de ánimo variante y conducta contradictoria.
- Surge la necesidad de separación de la figura paterna, pero, a la vez, la dependencia económica genera conflictos entre el adolescente y su hogar.
- Se trabaja más a nivel analítico y elaboran hipótesis, con lo cual forman su escala de valores influenciado por su manera de percibir y analizar su mundo.
- Necesidades académicas y búsqueda de una carrera.
- Elaboración de un proyecto de vida.

1.3.1 Factores de riesgo de la salud de los adolescentes

Según la Organización Mundial de la Salud (2018) un factor de riesgo “es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente sus probabilidades de padecer una enfermedad o lesión”. (p.1) Según Aliño y Pineda (2002), en la adolescencia son fundamentalmente los siguientes:

Los factores de riesgo de la salud en los adolescentes

- Conductas de riesgo.
- Familia Disfuncional.
- Deserción escolar.
- Accidentes.
- Ingesta de alcohol y drogas.
- Enfermedades de transmisión sexual asociadas a prácticas riesgosas.
- Embarazo.
- Desigualdad de oportunidades (sistemas de salud, educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social).
- Condiciones ambientales desfavorables.

1.3.2 Factores protectores de la salud de los adolescentes

Según Aliño y Pineda (2002), “hacen referencia a determinadas circunstancias, características y atributos que promueven el logro de la salud, y en el caso de los

adolescentes, su calidad de vida, desarrollo y bienestar social” (p.20). Dichos autores hacen la siguiente clasificación:

- Estructura y dinámica familiar favorable.
- Creación de ambientes sanos y seguros.
- Promoción sobre salud reproductiva.
- Igualdad de oportunidades.
- Autoestima y sentido de pertenencia familiar y social.
- Creación de proyectos de vida fundamentado con valores y moral.
- Promoción sobre resiliencia ante los diversos acontecimientos que atraviesan los niños y adolescentes.

1.4 Depresión

1.4.1. Antecedentes

Según Vallejo (2011), Hipócrates hace las primeras referencias sobre la melancolía, resaltando que esta es el resultado de la alteración de la “bilis negra”, término que con el tiempo pasó a ser sinónimo de tristeza, pues se consideraba que generaba una conducta apática; de igual manera, basándose en la hipótesis de los cuatro humores que segrega el cuerpo (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema), resultantes del calor, frío, humedad y sequedad que la naturaleza provee al ser humano, se forman cuatro temperamentos (colérico, sanguíneo, melancólico y flemático), los cuales indican la predisposición emocional.

Según el mismo autor, Aristóteles dedica un estudio monográfico sobre las alteraciones de la bilis basándose en Hipócrates, mientras que para, su mentor Platón,

los trastornos mentales son una combinación entre diversas partes tanto orgánicas, éticas y divinas.

En el siglo I, Areteo de Capadocia describe a la melancolía como una frialdad del estado anímico, tendiente a la tristeza y a la pesadumbre, y en la edad Media, Alejandro de Tralles (525-605) menciona que no necesariamente la tristeza es un síntoma característico de la melancolía, pues también suele presentarse la ira, ansiedad, entre otros estados cerca a la manía. (Vallejo, 2011)

1.4.2 Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (2018), “la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas y es diferente de las variaciones habituales del estado anímico y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana.” (p.1)

Diversos autores mencionan que la depresión puede aquejar a cualquier ser humano, puede darse debido a una predisposición genética o psicológica y se caracteriza por cambios a nivel comportamental, anímicos, cognitivos, etc., que causan daño mental y físico de quien la padece.

1.4.3 Síntomas de la Depresión

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) una persona con depresión manifiesta un estado de ánimo decaído, pierde el interés y goce por las actividades que solía disfrutar ocasionando una interferencia en su funcionalidad repercutiendo en las actividades del día a día.

Al hablar de este trastorno, se debe tener en cuenta la presencia de los siguientes síntomas:

- Presencia de tristeza o ánimo irritable (en el caso de los niños y adolescentes).
- Pérdida de placer o interés por las actividades cotidianas.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Pérdida o aumento significativo de peso o de apetito (en niños puede suponer no alcanzar la ganancia de peso esperada para el crecimiento a su edad).
- Alteración del sueño (Insomnio o hipersomnia)
- Agitación o retraso psicomotor.
- Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada.
- Menor capacidad de pensar, concentración o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a morir), intento o ideación suicida.

Para el diagnóstico, deben estar presentes al menos cinco de estos síntomas manifestándose de forma continua durante al menos dos semanas.

Según Méndez (2007), al hablar de niños y adolescentes, ellos se expresan a través de sus gestos y su estado de ánimo disminuido, resalta la preocupación y tristeza, expresado mediante quejas y dolores físicos. Así mismo, tienen comentarios negativos mostrándose inestables y altamente irritables. Se enfadan con más

frecuencia, tienen reacciones explosivas tales como insultos, peleas y se sienten vulnerables.

Por lo tanto, podemos clasificar los síntomas de la depresión en:

Síntomas Afectivos:

- Tristeza.
- Apatía.
- Ansiedad.

Síntomas Motivacionales:

- Poca fuerza de voluntad.
- Deseos de suicidio.

Síntomas Cognitivos:

- Problemas de atención.
- Dificultades de memoria.

Síntomas Motores:

- Pasividad.
- Lentitud.
- Agitación.

Síntomas Físicos:

- Insomnio.
- Pérdida de apetito.

- Cansancio.

1.4.4 Tipos de depresión

F32 Episodio depresivo

Para considerar un episodio depresivo, según el CIE-10 (1994), debemos tener en cuenta lo siguiente:

A. Criterios generales para episodio depresivo

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome Somático*

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10 (1994)

F32.0 Episodio depresivo leve: Están presentes dos o tres síntomas del criterio B.

La funcionalidad de la persona no se ve afectada, pudiendo continuar con la mayoría de sus actividades.

F32.1 Episodio depresivo moderado: Están presentes al menos dos síntomas del

criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas.

La persona tendrá dificultades para llevar a cabo sus actividades ordinarias.

F32.2 Episodio depresivo grave: Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas sufren una disminución de la autoestima, ocasionando sentimientos de culpa y minusvalía llevándolos a experimentar síntomas angustiantes. Se encuentran presentes las ideas o actos suicidas. Por otro lado, la funcionalidad se ve altamente alterada.

F33.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos: Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

F33 Trastorno depresivo recurrente

Se caracteriza por la presencia de episodios repetidos de depresión, ya sea un episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del ánimo que justifiquen un episodio maníaco.

Criterios de gravedad de un Trastorno Depresivo según CIE-10

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve:

- A. Deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo leve (F32.0).

- B. Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas.

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado:

- A. Deben cumplir con las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo moderado (F32.1).
- B. Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas.

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos

- A. Deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)
- B. Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos

- A. Deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave con síntoma psicóticos (F32.3).

- B. Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas.

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

- A. En el pasado debieron satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33), pero el estado actual no satisface las pautas para episodio depresivo de cualquier gravedad, o para cualquier otro trastorno de F30-39.
- B. Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas.

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes

Trastornos persistentes del estado de ánimo, que suelen ser de intensidad fluctuante. Dado que duran años y en algunos casos la mayor parte de la vida adulta del enfermo, genera un considerable malestar y una serie de incapacidades.

F34.1 Distimia

Depresión crónica y constante del estado de ánimo que no cumple con los criterios para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado (F33.0, F33.1), por su gravedad o por la duración de los episodios. Pueden existir breves momentos en los que el sujeto refiere sentirse bien, pero durante la mayor parte del tiempo están tristes y sin energía.

Criterios diagnósticos en la Distimia según CIE-10 (1994)

Depresión prolongada de estado de ánimo que nunca, o muy rara vez, es lo suficientemente intensa como para satisfacer las pautas para trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado (F33.0, F33.1).

Suele comenzar al iniciarse la edad adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien es de duración indefinida.

Cuando el comienzo es más tardío, suele ser la consecuencia de un episodio depresivo aislado (F32) o asociarse a pérdidas de seres queridos u otros factores estresantes manifiestos.

1.5 Evolución de la Depresión según la edad

Según Méndez (2007), en la depresión los síntomas y características aparecen a cualquier edad, anteriormente se creía que era imposible que un niño manifieste un comportamiento suicida; sin embargo, existieron casos de niños menores de 6 años que habían intentado ahorcarse o se arrojaban a la pista a la espera de ser atropellados o se lanzaban por las ventanas.

Existen diferencias entre la depresión en la infancia o en la adolescencia, debido a los diversos cambios biológicos, psicológicos y sociales, los cuales varían dependiendo de la etapa del desarrollo.

Se puede decir que en la infancia existen, en mayor medida, reacciones psicofisiológicas y motoras, tales como:

- Irritabilidad.

- Rabieta.
- Llanto.
- Problemas de control de esfínteres.

En cuanto a la adolescencia, se encuentra un mayor predominio de respuestas cognitivas como:

- Disgusto por la imagen corporal.
- Visión pesimista del futuro o ideas catastrofistas.

Cuadro # 1

La depresión infantil según grupos de edad. Las casillas en blanco significan ausencia de variaciones significativas.

	Niños pequeños (menores de 6 años)	Niños mayores (6- 12 años)	Adolescentes (13-18)
1. Humor	Irritabilidad: rabieta, conducta destructiva Variabilidad Tristeza.	Tristeza	Tristeza Variabilidad Irritabilidad: malhumor, ira, rebeldía
2. Intereses	Menos juegos con amigos	Aburrimiento	Pasotismo
3. Alimentación	Rarezas: aprensión Problemas con comidas Pérdida de apetito No ganancia de peso Pérdida de peso Engullir.		Pérdida de apetito Ganancia de peso lenta Comer en exceso Obesidad
4. Sueño	Pesadillas		Insomnio Hipersomnia

	Terrores nocturnos Resistencia a irse a la cama Insomnio intermedio		
5. Movimientos	Menos actividad física	Hipomotilidad agitación	
6. Energía			Cansancio Fatiga Falta de energía
7. Autoestima Preocupaciones Sentimientos	"Tonto" Preocupación por el castigo Preocupación por el fracaso	Baja autoestima Autodesprecio Autoagresividad Autocritico Sentimientos de culpa	Preocupación imagen corporal Baja autoestima autodesprecio
8. Déficits Cognitivos		Problemas atencionales	Menos pensamientos abstractos Indecisión
9. Muerte/Suicidio	Autoagresiones: cabezazos, arañazos, tragarse objetos. Mayor riesgo de lesiones	Ideas, planes, intentos de suicidio	Ideas, planes, intentos de suicidio Suicidios violentos.

Nota. Fuente: Méndez (2007). El niño que no sonríe. Estrategias para superar la depresi3n infantil (p. 42-43)

Se podría decir que, en la adolescencia, la depresi3n se manifiesta con los siguientes detalles:

- ✓ Los síntomas de la depresi3n se ven enmascaradas bajo la agresividad, irritabilidad o ira, lo que conlleva a una conducta desobediente y rebelde, sustituyendo a los síntomas t picos como la tristeza, alteraciones del sueño, apetito, entre otros.
- ✓ En los adolescentes, la depresi3n es más compleja ya que combina los diversos cambios tanto biol3gicos, psicol3gicos y sociales más la

inestabilidad y diversos factores de riesgo propios de la edad. Por tanto, son más propensos a cometer suicidio que los pacientes adultos.

Durante esta etapa del desarrollo, en la que se produce la plasticidad del Sistema Nervioso Central (SNC), es en donde se ha visto que los síntomas depresivos remiten, cuando el adolescente mantiene distancia de la causa generadora del problema.

En cuanto las características de la depresión, se puede decir que no existen dos depresiones iguales. Mientras un adolescente se siente triste, otro podría sentirse irritable. Hay jóvenes que pierden el interés en el sexo y otros se vuelven promiscuos. Es así que se debe identificar con precisión los síntomas y las causas que llevan a un adolescente a entrar en depresión.

1.5.1 Clasificación de la depresión

De acuerdo a Méndez (2007), existen diversas clases de depresión dependiendo de los criterios de clasificación empleados:

- A. Según su **naturaleza**, se considera primaria, si es el trastorno principal que presenta el niño, o secundaria, si ésta es consecuencia de ciertas enfermedades.

- B. Según su **complejidad**, es unipolar, depresión propiamente dicha, o bipolar, donde se alternan fases de depresión y de manía, manifestando un estado de ánimo fluctuante.

C. Según su **severidad**, se diferencia entre depresión mayor y distimia, puesto que no reúne los criterios de diagnóstico exigidos.

E. Según su **origen**, se denomina endógena, siendo el desencadenante alteraciones bioquímicas, o exógena, es decir, como reacción a un suceso externo negativo, como la pérdida de un ser querido.

1.5.2 Causas de la depresión

La depresión resulta de interacciones sociales como personales donde se destaca la vulnerabilidad del adolescente, en el cual las situaciones escasamente reforzantes, poco agradables o aversivos y acontecimientos negativos facilitan la depresión. Aquí la división según Méndez (2007):

Factores Ambientales

Relaciones Padre-Madre

Diversos estudios relacionan un gran porcentaje de casos de depresión en estas edades debido a la ruptura de la relación entre los progenitores donde se implican diversas restricciones en cuanto a las visitas, lo que ocasiona una pérdida o disminución de un ambiente reforzante. Es así que los cambios generados suelen darse por una conflictividad conyugal, donde no existe una armonía familiar adecuada, llegando a ser en algunos casos una experiencia traumática debido a que el niño o adolescente actúa como espectador.

Relaciones Padres-Hijos

Los estilos de crianza inadecuados son también un factor de riesgo, es así que padres autoritarios de afectos fríos y actitud rígida, generan en sus hijos emociones negativas; por el contrario, padres permisivos o sobreprotectores, les impiden que desarrollen adecuadas estrategias de afrontamiento; así también, al hablar de padres negligentes, que no se ocupan de las necesidades básicas de sus hijos, sumado al maltrato, el abuso sexual, la muerte de alguno de los padres y el rechazo del hijo, se convierten en potenciales desencadenantes de la depresión.

Relaciones Hermanos-Hermanos

Los problemas, desacuerdos, discusiones, diferencias entre hermanos repercuten en el estado anímico, sin embargo, afectan en un menor nivel que las dificultades relacionadas con los padres.

Relaciones escolares y sociales

En un primer lugar, el ambiente familiar es de suma relevancia; con el paso de los años, el ambiente escolar ocupa mayor importancia; sin embargo, en la adolescencia, la influencia de los profesores decae, tomando mayor consideración las opiniones de sus compañeros; luego de cierto tiempo, se pueden presentar dificultades en el rendimiento académico, conflictos amorosos o problemas entre amigos.

Factores Personales

A. Vulnerabilidad Biológica

Se habla de la hipótesis de una transmisión genética derivada de la observación de antecedentes familiares, siendo un factor de riesgo las madres que hayan sufrido de depresión, ya que este trastorno se da con mayor frecuencia en hijos de padres que lo hayan padecido.

B. Vulnerabilidad Psicológica

Hace referencia a episodios anteriores, pautas de conducta y personalidad, así también se habla de la comorbilidad con otros problemas psicológicos que faciliten la depresión.

C. Vulnerabilidad Social

En la adolescencia, puede presentarse ansiedad en niveles elevados ante el sexo opuesto, agresividad u otras dificultades en el área social como carencia de habilidades sociales, pueden ser predisponentes.

El riesgo de depresión es mayor cuanto más negativo es el ambiente y cuanto más vulnerable es la persona.

Cuadro # 2

Riesgo de Depresión

Factores Ambientales	Interacción	Factores Personales	Resultado	Riesgo de Depresión
Ambiente muy Negativo	x	Niño muy Vulnerable	=	Máximo
Ambiente muy Negativo	x	Niño competente	=	Medio
Ambiente neutro o algo Positivo	x	Niño muy vulnerable	=	Medio
Ambiente muy positivo	x	Niño muy competente	=	Mínimo o Nulo

Nota. Fuente: Méndez (2007). El niño que no sonríe. Estrategias para superar la depresión infantil (p. 100)

1.5.3 Consecuencias de la depresión:

Como se sabe, la depresión va más allá de una simple tristeza o un berrinche pasajero e implica diversos factores que en su conjunto predisponen a un adolescente o niño a sumergirse en las profundidades de la depresión, generando en ellos diversas

consecuencias, tanto a nivel de salud, en edades tempranas, la dificultad para controlar esfínteres y, en la adolescencia, dolores de cabeza o estómago y dismenorrea; a nivel social y escolar, rechazo y aislamiento, y a nivel sexual, como el desinterés en el coito o promiscuidad, embarazos precoces, etc. En el siguiente cuadro se dan más detalles:

Cuadro# 3

Clínica de la Depresión

Afectividad	Pensamiento-cognición	Conducta	Ritmos biológicos (melancolías)	Trastornos somáticos
Tristeza. Apatía. Indiferencia Ansiedad. Irritabilidad (depresiones tardías y neuróticas) Anhedonia total (melancolías) o parcial (distimias) Anestesia afectiva (15%)	Enlentecimiento (melancolía) Monotemático. Negativo Pérdida de autoestima Desesperanza. Ideas de suicidio Ideas (¿delirantes?) de culpa, ruina e hipocondría (melancolía) Déficit de concentración-atención	Abandono personal Hipotonía general Inhibición/agitación (melancolías) Aislamiento. Llanto Intentos de suicidio	Inicio en primavera/otoño Mejoría vespertina Despertar precoz	Anorexia. Pérdida de peso Insomnio/hipersomnias Trastornos digestivos. Estreñimiento Algias. Astenia Disfunciones sexuales

Nota: Fuente: Vallejo, J. (2011). Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría 7ma Ed (p.423)

Cuadro # 4

Dificultades en diferentes áreas Consecuencia de la Depresión

	Niños pequeños (menores de 6 años)	Niños mayores (6-12 años)	Adolescentes (13-18 años)
Nota. Salud	Control de esfínteres Dolores de cabeza o estómago Asma dermatitis y alergias	Enuresis Encopresis	Dolores de cabeza Dolores de estómago
Social	Aislamiento Agresividad	Aislamiento Agresividad	Conducta antisocial: robos, peleas, infracciones, etc. Consumo de drogas y Alcohol. Aislamiento
Escolar	Rechazo escolar Fobia escolar Ansiedad de separación Dificultad en Aprendizajes escolares: prelectura, preescritura, dibujo y lenguaje.	Desmotivación Miedo al fracaso escolar Disminución del rendimiento Conducta disruptiva en el aula	Despreocupación Disminución rendimiento Conducta perturbadora Desinterés vocacional
Sexual			Desinterés sexual Promiscuidad: Embarazos, Enfermedades de Trasmisión Sexual. Dismenorrea

Fuente: Méndez (2007). El niño que no sonríe. Estrategias para superar la depresión infantil (p. 45)

1.6 Terapia Cognitivo – Conductual

El objeto del tratamiento es generar cambios a nivel conductual, cognitivo, fisiológico y emocional. Es una terapia breve, centrada hacia el presente, mas no deja

de lado el pasado para ayudar a conocer y entender la historia del paciente y sus experiencias.

Se basa en la modificación, mediante la fusión de técnicas cognitivas y conductuales de ciertas conductas disfuncionales, pensamientos y actitudes desadaptativas relacionados a eventos en particular, que tendrían un nexo con el origen de la sintomatología depresiva. (San Sebastián y Manzanero, 2012).

Para Díaz, Ruiz y Villalobos (2017) esta terapia hace uso de diversas técnicas y procesos de intervención psicológica enfocadas al tratamiento del individuo que manifiesta problemas mentales que repercuten en su desenvolvimiento y desarrollo de sus capacidades, impidiendo una correcta adaptación a su entorno.

Dado que la depresión presenta alta complejidad, se busca diseñar programas que abarquen una amplitud de objetivos terapéuticos como el cambio de pensamientos automáticos y de esquemas por un tipo de pensamiento más saludable y positivo con el objetivo de poder incrementar la funcionalidad del sujeto, disminuyendo emociones negativas (tristeza, ira o ansiedad) y fortalecer las relaciones sociales.

El artículo “Revisión de Evidencias Científicas de la Terapia Cognitivo-Conductual” menciona que “evidencias provenientes de meta-análisis de ensayos controlados, randomizados, bien diseñados concluyen que esta terapia es efectiva para tratar la depresión en niños, adolescentes, adultos y ancianos, así como su prevención. Dado que esta terapia no es un tratamiento agresivo y busca

responsabilizar, generando la toma de conciencia, al propio paciente de su capacidad curativa, además de ser una psicoterapia sencilla y breve respecto a otras psicoterapias”. (Gálvez, 2009, p.p10-16).

En el artículo “Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión” en una revista de Salud Mental menciona que el Tratamiento Cognitivo-Conductual utilizado en la psicoterapia infantil es eficaz alcanzando objetivos como:

- a) Reducción de la gravedad de los síntomas al mejorar la autoestima.
- b) Aumentar la tolerancia a la frustración.
- c) Aumentar la autonomía.
- d) Incrementar la capacidad para disfrutar las actividades de la vida diaria.
- e) Establecer buenas relaciones con los compañeros.

“En el caso de los pacientes con ideas o conductas suicidas, el objetivo principal es controlar los síntomas que ponen en riesgo la vida o la integridad física del paciente y/o familiares.” (De la Peña, Ulloa y Nogales, 2011), demostrando una reducción en la gravedad de los síntomas a corto y mediano plazo. (p.p 403-406)

En la publicación titulada “Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales” menciona que esta terapia es efectiva frente a cada uno de los otros procedimientos que se estableció a partir de las revisiones sistemáticas publicadas entre enero de 2003 y julio de 2010 y los resultados de meta-análisis y estudios controlados aleatorizados. Los resultados arrojan que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) “Es el tratamiento (o uno de los

tratamientos) de primera elección para un número importante de trastornos mentales no psicóticos, tanto en adultos como en niños/adolescentes, aunque su eficacia es variable según el trastorno y el procedimiento de comparación escogido. En todos los trastornos revisados, la Terapia Cognitivo Conductual se ha mostrado superior al placebo farmacológico o psicológico, lista de espera y tratamiento habitual.” (Bulbena, Fernández, Fullana y Toro, 2011, p.p 1-5)

En la investigación realizada por Méndez (2002), que lleva por “Título Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescentes ¿evidencia o promesa?”, tiene como finalidad realizar un meta análisis para comprobar la efectividad del tratamiento para la depresión infantil y en adolescentes, está investigación se aplicó a 863 participantes, a quienes se les realizó la Terapia Cognitiva Conductual. Concluyendo que la TCC proporciona una mejoría significativa en la depresión de los niños y adolescentes, incluyendo el aumento de la autoestima.

Del mismo modo se puede corroborar basándonos en Navarro (2018) Los resultados de la aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual son satisfactorios, ya que, “Se logra disminuir las respuestas depresivas mediante la aplicación del programa de actividades (dominio-agrado) y asignación de tareas graduales logrando incrementar el ritmo de actividad diario, el sentido de competencia y capacidad de disfrute”(p.p 15)

Del mismo modo Antón, García y García (2016) la Intervención Cognitivo-Conductual en un Caso de depresión adolescente fue eficaz obteniendo los resultados esperados logrando afirmar que se ha conseguido el objetivo principal de la intervención, que era la reducción de la sintomatología depresiva y, por consiguiente, la mejora del estado de ánimo de la paciente. incluyendo componentes como la activación conductual, la reestructuración cognitiva, el trabajo con las distorsiones cognitivas y las actividades agradables.

1.6.1 Pilares para el desarrollo de la Terapia Cognitiva Conductual

Para hablar sobre los pilares que hicieron la contribución más importante y así formar la base para el desarrollo de la Terapia Cognitivo-Conductual, nos referimos a los siguientes:

El Condicionamiento Clásico.

Ivan P. Pavlov es el principal referente en cuanto a las teorías del aprendizaje. La Terapia de Conducta se estableció firmemente sobre la metodología experimental de Pavlov, quien tuvo como principal objetivo, al estudiar los reflejos, entender la actividad cerebral y, por ende, la conducta. Todo esto hizo que investigara, con mayor profundidad, los procesos tales como la generalización, extinción, inhibición, la recuperación espontánea, el bloqueo o la discriminación de los reflejos condicionados (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2017, p.p 39).

El Condicionamiento Operante

Skinner propuso los principios básicos de condicionamiento operante (refuerzo, castigo, extinción, control de estímulos y entrenamiento en discriminación) y las variables que aportan a la conducta operante; es así que el término “refuerzo” se refiere al aumento en la frecuencia, intensidad o duración de una respuesta a la que siguen inmediatamente ciertas consecuencias. Por tanto, cualquier consecuencia que consiga este efecto, lográndose la respuesta a la que sigue, se le denomina refuerzo. (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2017, p.p 162).

Skinner desarrolló una metodología de estudio de la conducta, el análisis experimental de la conducta, centrado en el estudio de las relaciones entre el comportamiento y los estímulos ambientales.

Teoría del Aprendizaje Social - (Aprendizaje por Modelado)

Albert Bandura, plantea que el aprendizaje no sólo se da a través de la experiencia directa y personal. Para él la observación de otras personas, así como la información tomada por medio de símbolos verbales o visuales constituyen variables de gran importancia en el ser humano.

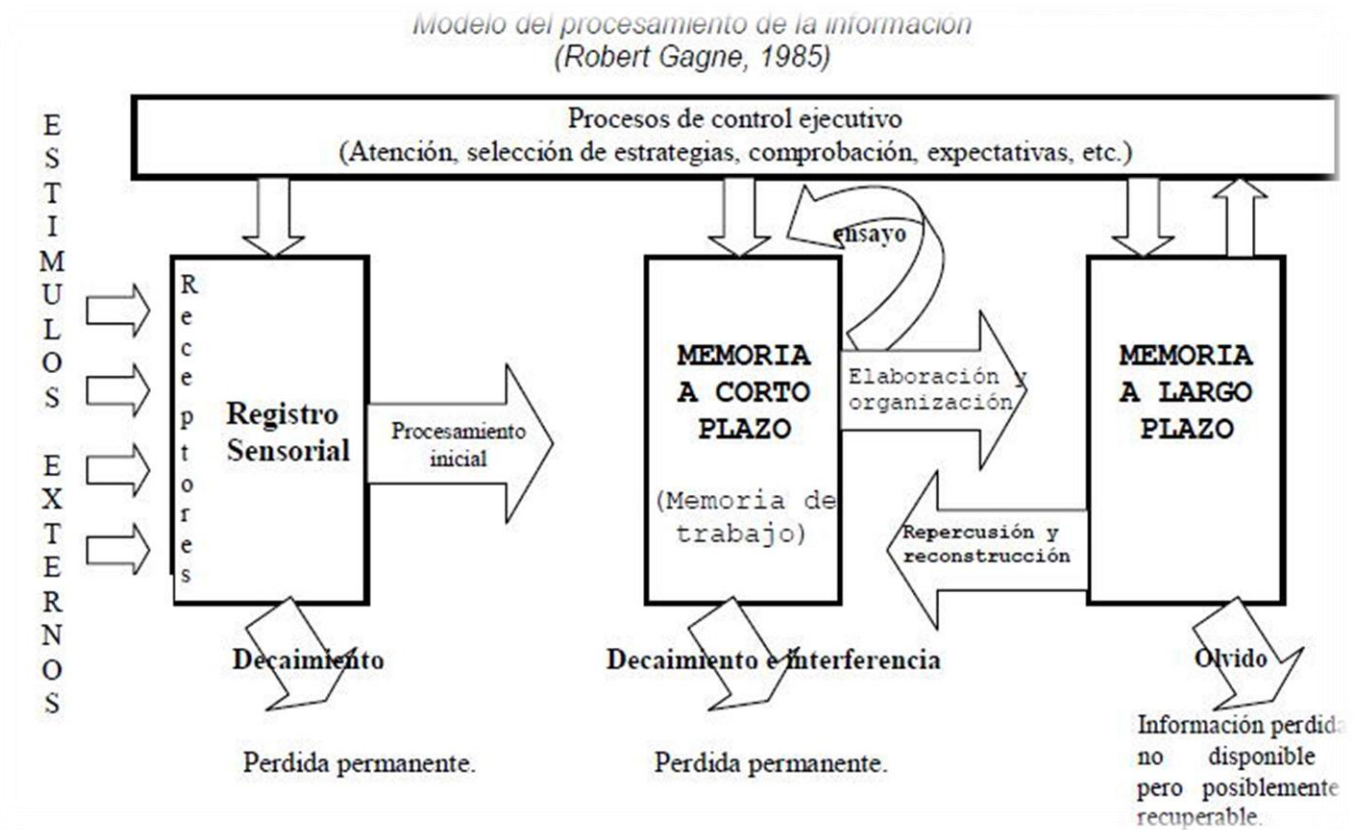
Según Díaz, Ruiz y Villalobos (2017) diversas conductas se aprenden, mantienen y extinguen por medio de la observación, aunque el observador

no haya dado respuesta imitativa inmediatamente y no sea reforzado por ello. Es así que cuando un observador aprende la conducta de un modelo, aprende también sus consecuencias.

Modelo Cognitivo

Se encarga de explicar los procesos que mediatizan la relación entre estímulo y respuesta, puesto que se quiere modificar los sentimientos y acciones a través del pensamiento y sus patrones.

Figura # 1



1.6.2 Características

Desde un punto de vista fenomenológico, se pueden señalar cuatro rasgos de esta terapia en la actualidad basándonos en Diaz, Ruiz y Villalobos (2017).

Primero: La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) interviene en respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptativas, de carácter aprendido. Estas respuestas, al estar presentes en la vida del sujeto por tanto tiempo, se han convertido en hábitos de su repertorio comportamental. No obstante, los individuos desconocen el carácter aprendido de sus hábitos y asumen no tener el control sobre ellos. La TCC establece que el individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y, por ende, puede tomar acción sobre ellos.

Segundo: Al buscar la mejora de la salud, esta terapia posee técnicas y programas específicos para cada problema o trastorno, cuya utilización cuenta con un tiempo limitado a diferencia de otras psicoterapias a largo plazo.

Tercero: Es de orientación educativa, más o menos explícita, ya que cuenta dentro de su metodología con módulos educativos, explicando detalladamente el problema y la terapia que se llevará a cabo.

Cuarto: Es de carácter auto-evaluador basándose en el método experimental y la validación empírica de los tratamientos.

1.6.3 Principios

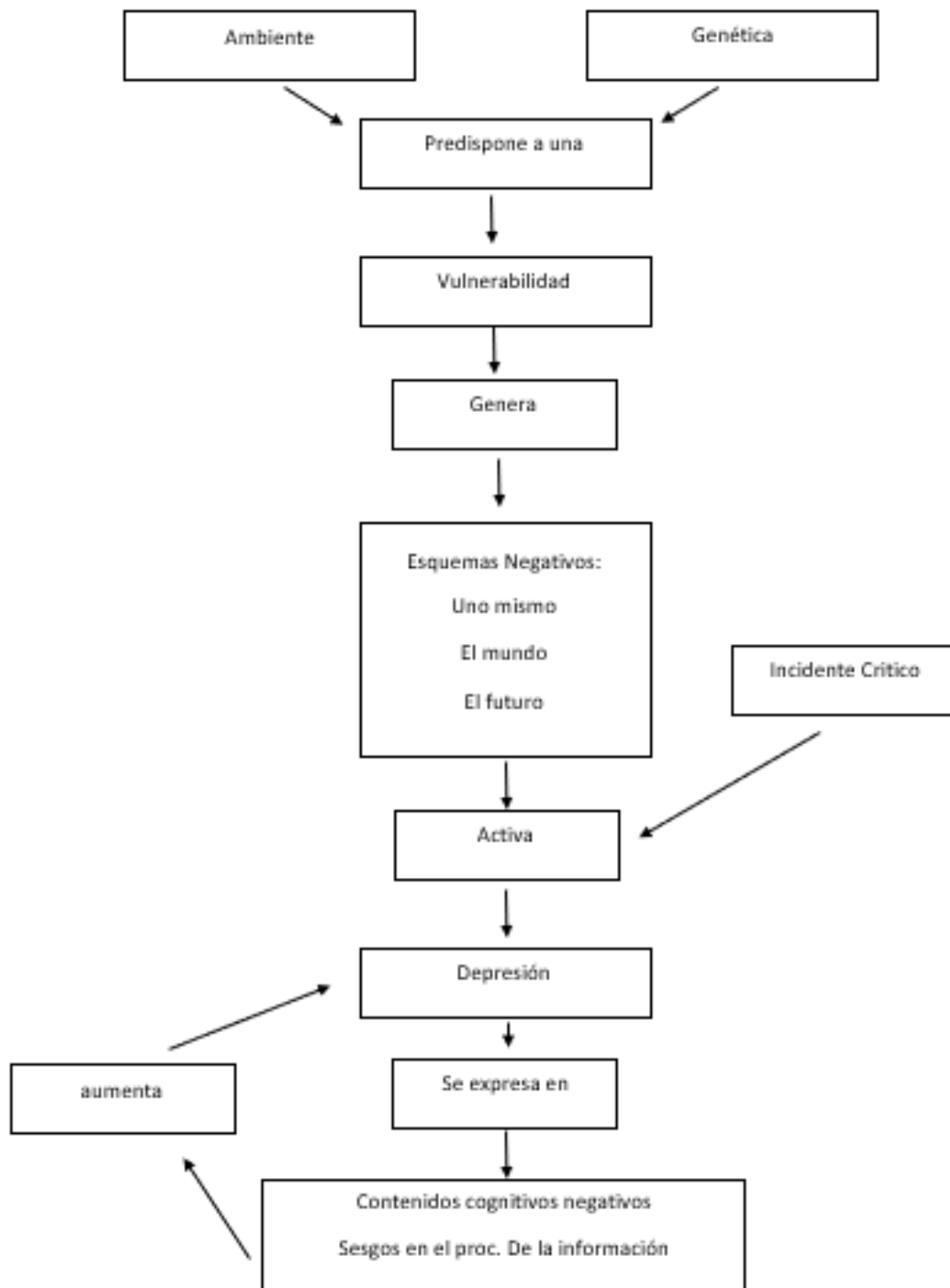
En cuanto a los principios de la Terapia Cognitiva-Conductual, Mahoney (1977) señala lo siguiente:

1. El organismo humano responde a las representaciones cognitivas del medio y no al medio propiamente dicho.
2. Las representaciones cognitivas están relacionadas con los procesos del aprendizaje.
3. La mayor parte del aprendizaje humano se comunica cognitivamente.
4. Los pensamientos, sentimientos y conductas son causalmente interactivos.

1.6.4 Modelo Cognitivo de la Depresión según Beck

La depresión puede deberse a varios factores o de la interacción entre ellos (ambientales, personalidad, genéticos, entre otros) no necesariamente la causa de este trastorno deben ser las cogniciones; sin embargo, Beck hace referencia a una vulnerabilidad cognitiva la cual está formada por la unión de un conjunto de esquemas desadaptativos que se manifiestan por situaciones estresantes, por lo tanto, habla de un error en el procesamiento de la información postulando así “la primacía cognitiva de los síntomas”, que sería “la activación de esquemas negativos y las distorsiones cognitivas derivadas, serían el primer eslabón de la cadena de síntomas depresivos” (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979)

Figura 2: Modelo de Depresión de Beck.



Así mismo, el modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar a nivel psicológico la depresión según Beck, Rush, Shaw y Emery (1979)

- La Tríada Cognitiva

Está formada principalmente por tres patrones cognitivos:

- **La visión negativa del paciente acerca de sí mismo:** Según Beck (1979), la persona se ve desgraciada y con poca valía, considerándose responsable de sus experiencias desagradables a partir de un defecto suyo, ya sea de tipo psíquico, moral, o físico. Como consecuencia, el individuo tiende a creer que es un inútil y carece de valor, minimizando y criticando sus cualidades en base a sus defectos. Además, está convencido de carecer de atributos esenciales para alcanzar la felicidad.
- **La visión negativa del paciente acerca del mundo:** El paciente depresivo tiene la tendencia a interpretar sus experiencias e interacción con el entorno de forma negativa en términos de derrota o frustración, llegando a percibir demandas excesivas o insuperables, que no proporciona ningún beneficio. (Beck, 1979)
- **La visión negativa acerca del futuro:** El paciente piensa que está destinado al fracaso en todo lo que desee conseguir o realizar. Esta sensación de insignificancia podría llegar a ocasionar los síntomas físicos de la depresión como: “Inhibición Psicomotora” (lentitud en los movimientos) y apatía (falta de motivación) lo cual genera la disminución de sus energías. Así también los síntomas motivacionales (poca fuerza

de voluntad, deseos de escape y evitación, etc.) pueden ser resultantes de las cogniciones no positivas. (Beck, 1979)

La construcción de esquemas negativos y la predisposición a interpretar de manera errónea la información, probablemente comienza en la infancia, basado en experiencias personales negativas, percepciones y creencias del niño, así como de actitudes de los demás hacia él, podrían ir formando una parte importante del contenido de los esquemas referentes a uno mismo, el futuro y el mundo.

Tabla 1:

TRIADA COGNITIVA DE LA DEPRESION		
<u>VISION DE UNO MISMO</u>	<u>VISION DEL MUNDO</u>	<u>VISION DEL FUTURO</u>
NEGATIVA: INCOMPETENTE INADECUADO	NEGATIVA: POCO GRATIFICANTE DEMANDAS EXCESIVAS	NEGATIVA: DESESPERANZA

Nota. Fuente: Diaz, Ruiz y Villalobos (2017). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. (p. 394- 395)

- Los Esquemas

Según Díaz, Ruiz y Villalobos (2017) El término “esquema” hace referencia a patrones cognitivos estables, los cuales forman la base de las interpretaciones acerca de los acontecimientos. Un esquema supone de gran importancia para poder ubicar, diferenciar y codificar el estímulo al que es expuesto la persona. Este categoriza y valora sus experiencias a través de una matriz de esquemas, pudiendo estar inactivos por un tiempo prolongado y activarse por alguna situación en particular, lo que determinará la manera de responder del sujeto. Sin embargo, “los esquemas negativos activados en los individuos depresivos los llevan a cometer una serie de errores en el procesamiento de la información o distorsiones cognitivas que, por una parte, facilitan los sesgos que se producen a la hora de percibir la información del medio y, por otra, permiten al depresivo mantener la validez de sus creencias” (Beck, 1979.p.21)

Es decir, “el paciente con depresión no controla completamente sus pensamientos y se encuentra incapacitado para acudir a otros esquemas más adecuados. En las depresiones más leves, existe cierta objetividad con la que los pacientes analizan sus pensamientos, es así que cuando la depresión se intensifica, la manera de pensar es cada vez más perjudicial.” (Beck, 1979.p.22)

- Los Errores Cognitivos (errores en el procesamiento de la información)

El pensamiento se torna más primitivo, es decir, se vuelven absolutistas, extremos y negativos, llegando a emitir juicios globales generando una respuesta emocional desadaptativa (Beck, 1979).

Cuadro #: 5

PENSAMIENTO “PRIMITIVO”	PENSAMIENTO “MADURO”
-No Dimensional y Global: Soy un miedoso. -Absolutista y Moralista: Soy un despreciable cobarde.	-Multidimensional: Soy medianamente miedoso, bastante generoso y ciertamente inteligente. -Relativo, no emite juicios de valor: Soy más cobarde que la mayoría de las personas.
-Invariable: Siempre fui y siempre seré un cobarde. -Diagnóstico basado en el carácter: Hay algo extraño en mi carácter. -Irreversibilidad: Como soy intrínsecamente débil, no hay nada que se pueda hacer con mi problema	-Variable: Mis miedos vanean de un momento a otro y de una situación a otra. - “Diagnostico conductual”: Evito en gran medida algunas situaciones y tengo diversos miedos. -Reversibilidad: Puedo aprender modos de afrontar situaciones y de luchar contra mis miedos

Nota. Fuente: Beck (1979). Terapia Cognitiva de la Depresión (p.p 23)

Así mismo, Beck propone una lista de distorsiones cognitivas que suelen activarse en determinadas situaciones. Este autor plantea lo siguiente:

Distorsiones cognitivas	Definición	Ejemplo
<i>Inferencia arbitraria/saltar a las conclusiones</i>	Proceso de obtener una conclusión negativa en ausencia de evidencia empírica suficiente que la avale	"No encuentro trabajo porque soy un desastre"
<i>Catastrofismo</i>	Proceso de evaluar el peor resultado posible de lo que ocurrido o va a ocurrir	"Es peor que no lo intente porque fracasaré y será horrible".
<i>Comparación</i>	Tendencia a compararse llegando generalmente a la conclusión de ser inferior o mucho peor que los demás	"Aunque me esfuerzo no consigo ser tan agradable como mi compañero"
<i>Pensamiento dicotómico/blanco o negro</i>	Tendencia a colocar las experiencias o comportamientos de uno mismo y de los demás en categorías que solo admiten dos posibilidades opuestas (bueno/malo, positivo/negativo)	"O saco un 10 en el examen o soy un fracasado"

Distorsiones cognitivas	Definición	Ejemplo
<i>Descalificación de lo positivo</i>	Proceso de rechazar o descalificar las experiencias, rasgos o atributos positivos.	"Me salió bien la cena, pero fue por chiripa".
<i>Razonamiento emocional</i>	Formar opiniones o llegar a conclusiones sobre uno mismo, los otros o situaciones basándose en las emociones que experimenta	"Siento terror de subirme al avión, es muy peligroso volar".
<i>Construir la valía personal en base a opiniones externas</i>	Desarrollar y mantener la valía personal en función de la opinión de otros	"Mi novio me dice que soy culta, seguro que tiene razón"
<i>Adivinación</i>	Proceso de pronosticar o predecir el resultado negativo de conductas, emociones o acontecimientos futuros y creerse que las predicciones son absolutamente verdaderas.	"Estoy segura de que, aunque salga con amigos me sentiré mal"
<i>Etiquetado</i>	Etiquetarse a uno mismo o a los demás de forma peyorativa	"Soy un fracasado"

Distorsiones cognitivas	Definición	Ejemplo
<i>Magnificación</i>	Tendencia a exagerar o a magnificar lo negativo de un rasgo, persona, situación o acontecimiento	"Me ha salido el examen fatal, es horrible, no lo puedo soportar"
<i>Leer la mente</i>	Conclusión arbitraria de que alguien está pensando negativamente de uno sin evidencia que la apoye	"Sé que mi papa, en el fondo, piensa que soy un inútil"
<i>Minimización</i>	Proceso de minimizar o quitar importancia a algunos eventos, rasgos o circunstancias	"Me han llamado los amigos cinco veces, pero podrían haberme llamado más"
<i>Sobre generalización</i>	Proceso de extraer conclusiones basándose en una o pocas experiencias o aplicarla a una amplia gama de situaciones no relacionadas.	"Me ha salido mal la comida, nunca seré capaz de hacer nada bien"
<i>Perfeccionismo</i>	Esfuerzos constantes por cumplir con alguna representación interna o externa de perfección sin examinar lo razonable de estas normas	"Las cosas hay que hacerlas perfectas, sino es mejor no hacerlas"

	perfectas, a menudo en un intento de evitar experiencias subjetivas de fracaso	
--	--------------------------------------------------------------------------------	--

Nota. Fuente: Diaz, Ruiz y Villalobos (2017) Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. (p.p 394- 395)

1.7. Técnicas psicoterapéuticas utilizadas para el caso

Las técnicas utilizadas durante la intervención han sido de dos tipos: Conductuales y cognitivas.

1.7.1. Técnicas conductuales

A) Técnicas de Respiración

La respiración es un proceso esencial y eficaz que permite tener el control y la regulación fisiológica y psicológica, es así que se absorbe oxígeno y se expulsa dióxido de carbono. Las técnicas de respiración buscan disminuir los niveles de activación mediante el control voluntario de la respiración (Ruiz et al. 2012), este procedimiento consta de 3 fases:

Inspiración: Se inhala aire con la finalidad de obtener oxígeno (O₂).

Pausa respiratoria: Pausa que permite que los pulmones se inflen e intercambian gases.

Espiración: Se expulsa el dióxido de carbono y otros gases. (Co₂).

Beneficios

- Transporta gran cantidad de oxígeno a los pulmones.
- Ventila y limpia los pulmones.
- Activa la respuesta de relajación del individuo.
- Estimula la circulación del corazón.
- Este tipo de respiración es directiva y puede mejorar.

B) Entrenamiento en habilidades sociales

Las habilidades sociales son el nexo que enlaza al hombre y su ambiente, según Caballo (1986), “la conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimiento, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de las situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas” .(p.p5)

Las técnicas utilizadas, según Diaz, Ruiz y Villalobos (2017) son:

- **Modelado:** Las técnicas de modelado tienen su base en el principio del aprendizaje observacional planteado por Albert Bandura, quien señala que las conductas se aprenden, mantienen o extinguen por medio del proceso de la observación. Por otro lado, este autor hace hincapié en que el aprendizaje no se da de manera directa necesariamente, sino que también puede darse por medios simbólicos, ya sea escrito, oral o mediante la imaginación.

- **Role Playing:** También llamado juego de roles, tiene como objetivo representar una situación vivida adoptando un determinado papel en conjunto con el paciente, con la finalidad de evaluar y retroalimentar al paciente. Por otro lado, no solo sirve como ensayo sino también busca que el paciente compruebe sus pensamientos.
- **Entrenamiento en asertividad:** Busca Identificar los estilos comunes de la conducta interpersonal: Estilo pasivo, agresivo y asertivo, con la finalidad de reconocer la mejor manera de expresarse ya sea de manera verbal o no verbal. Incluye la capacidad para decir no, emitir opiniones, formular preguntas o pedir ayuda.

1.7.2. Técnicas Cognitivas

Para Beck, existen una serie de técnicas cognitivas que buscan que los pacientes pongan a prueba ciertos supuestos y cogniciones desadaptativas.

A) Psicoeducación:

Busca informar al paciente sobre el modelo teórico a usar y explicar de manera breve y entendible las causas y características sobre su condición o problemática, para así generar adherencia al tratamiento mediante la motivación, a través de la comprensión directa.

B) Técnica de la Triple Columna

Técnica enfocada a identificar los pensamientos automáticos específicos. Basándose en la interrelación que se da entre la situación, el pensamiento la emoción

y la conducta. Para llevar a cabo esta técnica se graficaron tres columnas, en la 1era columna se describe la situación que genera el pensamiento, en la 2da columna anotaremos el pensamiento automático y el sentimiento que este genera, por último, en la 3era columna después de haber debatido los pensamientos se pondrá la conducta adaptativa.

C) Reestructuración cognitiva

Según Beck (1997), “Es una técnica centrada en “síntomas objetivo” específicos. Es decir, se identifican las cogniciones que están a la base de dichos síntomas (por ejemplo, “Soy gorda y fea”) y se someten a una investigación lógica y empírica” p.p 30.

Una vez reconocidos los pensamientos negativos automáticos, se le explica al paciente acerca de la utilidad de estos pensamientos y cómo reconocerlos, para poder ponerlos a prueba empíricamente, y así generar cogniciones más equilibradas y adaptativas buscando modificar las creencias centrales e intermedias, ya que son la base de los pensamientos automáticos.

Un estudio realizado en adolescentes entre 12 a 15 años de un Instituto Superior, manifiesta que la aplicación de la Terapia Cognitivo- Conductual redujo la depresión logrando modificar sus pensamientos disfuncionales, cambiando las creencias inadecuadas y brindando alternativas cognitivas para un adecuado manejo de emociones. (Ortiz. A, 2012).

D) Solución de problemas

Es un proceso sistematizado que tiene como finalidad que el paciente aprenda a solucionar una situación problemática y, a la vez, que sea capaz de afrontar, de manera más adaptativa, eventos estresantes. Es una técnica de corta duración, por lo que se enfoca en resolver problemas del día a día.

E) Asignación de tareas para la casa

A través de la asignación de tareas, se obtiene información que le permite al terapeuta analizar y debatir los pensamientos automáticos disipativos del paciente.

F) Programación de actividades

Es utilizada cuando el paciente deja de experimentar satisfacción en actividades que antes llevaba a cabo, por lo cual, se busca la toma de conciencia del sentimiento de agrado. Se realiza un listado de actividades agradables o de dominio para la persona (sentido de logro al realizar la actividad), las cuales debe puntuar de 0 a 5. Estas actividades tienen que ser realistas y se programan de manera diaria en base a la jerarquía de dificultad percibidas por el paciente con la finalidad de mostrarle las capacidades que posee y debatir las creencias de incapacidad que tiene sobre sí mismo, por lo tanto, se debe tomar en cuenta no programar demasiadas actividades o que estas sean de un nivel mayor de dificultad, para no generar los efectos contrarios.

CAPITULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO

2.1 DATOS DE FILIACIÓN:

Nombre y apellido	: P.R
Edad	: 14 años
fecha de nacimiento	:12/10/2004
lugar de nacimiento	: Tarapoto
Estado civil	: Soltera
Grado de instrucción	: 3ero de Secundaria
Ocupación	: Estudiante
Numero de hermanos	: 1
Lugar que ocupa entre ellos	: menor
Religión	: católica
Residencia	: Tarapoto
Tiempo de residencia	: 10 años
Informantes	: Abuela
Fechas de evaluación	: 01/12/18, 04/12/18, 08/12/18, 12/12/18

2.2 MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta acompañada de su abuela quien refiere: "Asisto al servicio de psicología debido a que Priscila desde octubre del año pasado (hace 3 a 4 meses) ha estado irritable, enojándose fácilmente y reaccionando con gritos por la

mínima cosa como cuando le pido que haga algo. Considero que quizá sea por la adolescencia. Por otro lado, últimamente se muestra triste llorando ocasionalmente por las noches, no quiere salir tanto de casa y no la veo hacer las cosas que hacía como ver películas, ya no la veo alegre como antes, se irrita por cualquier cosa y discute con su hermana, no tengo idea porqué, cuando pregunto sobre el tema tiende a evitarlo, dejándolo de lado. Anteriormente, ella no solía ser así era obediente y ayudaba con disposición. No obstante, mantiene en el colegio muy buenas notas y podríamos decir que, en casa, presenta un comportamiento adecuado, exceptuando los momentos de irritabilidad.

Además, la paciente comenta: “Desde hace 3 o 4 meses me siento muy triste, a raíz de que un señor le pregunto a mi amiga “si yo era su hermana porque se veía que me comía hasta su comida”, dando a entender que yo estaba gorda, lo sentí como una crítica hacia mí; desde ese día me siento triste, pienso que no soy como las demás y que quizá deba trabajar en mi peso. Yo nunca me había fijado en mi figura, sí sé que estoy “gordita” porque la pediatra me lo ha dicho, pero esto no me ha hecho sentir mal, pero desde la crítica del señor, me hizo reconsiderar mi peso, podría decir que mi autoestima bajó demasiado. También, me siento culpable por los constantes problemas con mi hermana que se dan cuando vengo de visita a Lima porque cuando estamos lejos nos llevamos bien, mayormente las peleas ocurren porque ella me pide dinero y yo no tengo para darle, siento que quiere manipularme, pero termino cediendo, no encuentro la manera de solucionar mis problemas llegando a tener dificultades para tomar decisiones, no tengo habilidades para expresar mis sentimientos y pensamientos a los demás. También, en el colegio tengo problemas

con mi mejor amiga porque siento que solo me utiliza para realizar trabajos debido a que no compartimos cosas como antes y me deja de lado. Debido a lo mencionado, me siento triste la mayor parte del tiempo y a veces lloro por las noches porque no me agrada que se burlen de mi o me recuerden que estoy gorda; así mismo, mi apetito ha ido en aumento y quiero pedir doble porción de comida, pero me regulo. Así también, ya no disfruto de las actividades que antes solía realizar como hacer deportes, tocar instrumentos o ver series en Netflix, mi sueño ha aumentado, a veces no quiero levantarme pero debo ir a comprar las cosas para el desayuno, a veces quisiera dormir más, sin embargo, hay actividades que si tiendo a realizar, como estudiar para ser la número 1 del salón, salgo casualmente con mis amigas del colegio cuando mi madre me da permiso, cuando visito a mi familia en Lima suelo reír y pasar un buen rato con todos, pero en estas vacaciones no ha sido igual, me siento más irritable y me enojo por todo. Yo me considero una persona sensible y estudiosa, no pienso que sea poco inteligente. Debido a esto a nivel social y personal me siento afectada ya que no puedo relacionarme con mis pares y las constantes menciones sobre mi peso afectan mi autoestima.”

2.2.1 EPISODIOS PREVIOS

No presenta episodios previos

2.3 HISTORIA PERSONAL

2.3.1 ETAPA PRENATAL

Hija planificada y deseada por ambos padres, nació dentro del matrimonio; la madre tuvo conocimiento del embarazo al mes y medio de gestación. Las condiciones

fueron adecuadas, la madre no tuvo molestias relevantes durante el embarazo; estuvo acompañada por el padre y sus familiares, teniendo así apoyo económico y emocional a lo largo del proceso.

Antes del nacimiento de la paciente, la madre no mostró preferencias respecto al futuro sexo que podría tener, por otro lado, el padre deseaba que fuera varón debido a que ya tenían una hija mujer y deseaba la parejita, sin embargo, el sexo del bebé no era prioridad, ya que deseaban un hijo con buena salud.

Durante el periodo de embarazo la madre dejó de trabajar, laboraba como ingeniera de sistemas, para dedicarse al cuidado de su hija mayor, de su gestación y del hogar, el padre fue quien asumió los gastos de la casa durante el periodo de gestación de su esposa, lo cual no fue problema.

2.3.2 ETAPA PERINATAL

La madre dio a luz en el hospital de EsSalud de Tarapoto a los 9 meses de gestación por cesárea debido a que presentaba estreches del cuello uterino, sin embargo, no hubo complicaciones durante el parto, no necesito la niña incubadora, tampoco se realizó la utilización de prácticas obstetras o uso de instrumentos quirúrgicos como el fórceps u otros similares.

La recién nacida no presento dificultades respiratorias en el momento de nacer y lloró inmediatamente presentando un color de piel rosado. Su peso fue de 2.800 kg, medía 51 cm.

La madre no refiere recordar el resultado del test de APGAR, dado a su poca información y el poco interés que le dio a ello, sin embargo, los médicos dijeron que nació sana y sin ninguna malformación ni enfermedad congénita.

Una vez nacida, la trajeron a los 30 minutos para alimentarla mediante el pecho materno, dejándola una hora aproximadamente, después la bebé solo se dedicaba a dormir la mayor parte del tiempo.

Mantuvo de forma adecuada sus reflejos en cuanto a pulsión, succión, presión palmar, plantar, reflejos de apoyo y marcha, reflejos de moro y babinsky.

Por otro lado, al año de nacida los padres decidieron mudarse a Lima donde Priscila vivió hasta los 5 años. Regresando luego la madre a vivir a Tarapoto con su familia debido a la separación con su esposo.

2.3.3 ETAPA POST NATAL

2.3.3.1 ALIMENTACIÓN

Tomo leche materna hasta los 4 meses de nacida, tuvo que sustituir leche natural por artificial (leche evaporada), ya que no podía seguir amamantando a su hija debido a la sequedad de las glándulas mamarias, por lo que tuvo que beber por el biberón hasta los 4 años de edad.

Tenía buen apetito, desde los ocho meses de nacida su madre le empezó a dar distintos tipos de papillas y al año comenzó a darle la comida regular en casa sin que haya algún tipo de rechazo ni complicación estomacal asociado a ello.

Por otro lado, la paciente empezó a comer sola alrededor de los 4 años de edad y no solía tener caprichos alimenticios.

2.3.3.2 LENGUAJE

Su primera palabra fue “mamá” a los 11 meses de nacida. No tuvo problemas de pronunciación, manteniendo una adecuada comunicación verbal y no verbal. La madre refiere no recordar más datos relevantes sobre el desarrollo de su lenguaje.

2.3.3.4 PSICOMOTRICIDAD

Con respecto al desarrollo, la madre refiere que no hubo alteraciones en su desarrollo psicomotor, ya que aprendió a gatear, ponerse de pie y caminar con normalidad, levantó la cabeza a los 3 meses; se sentó y gateó a los 6 meses; se paró cerca de los 8 meses y camino sin apoyo al año; le aparecieron sus primeros dientes a los 8 meses aproximadamente, cabe precisar que en esta época se recibió estimulación solo por parte de los padres.

2.3.3.5 CONTROL DE ESFÍNTERES

No refiere haber tenido dificultades relacionadas a esta área. Controló la micción y la evacuación intestinal entre los 3 años de edad.

2.3.3.6 EDUCACION

En el nivel inicial no fue llevada ni a estimulación ni a guardería alguna, pues era su madre quien cuidaba de ella en casa. La paciente inicio su etapa escolar a los 4 años de edad aproximadamente en Lima, en un colegio privado cercano a la casa donde vivía en ese entonces en Jesús maría. La madre refiere que su hija era una niña

tranquila en el colegio, tímida, no le gustaba hablar mucho, pero tenía varios amigos con los que interactuaba de vez en cuando. A sus 5 años de edad fue trasladada a un colegio de Tarapoto debido a la separación de sus padres, en este colegio, de igual manera privado, su rendimiento académico se mantuvo adecuado, no obstante, presentaba dificultades en relación a una compañera de su clase que mostraba signos de envidia con Priscila; en ocasiones presentaba moretones en brazos y piernas debido a peleas con la compañera en mención.

En Primaria, mantuvo adecuado su rendimiento; su curso preferido fue matemática, y el que más le disgustaba era el curso de comunicación, ya que no le agrada mucho leer, pues presentaba dificultades para deletrear algunas palabras y eso le generaba vergüenza. Con respecto a su conducta, indica no haber tenido problemas con los profesores por indisciplina. A nivel social, se desenvolvía de manera adecuada ya que tenía muchos amigos, jugando con ellos y sintiéndose comfortable con ellos.

En el nivel secundario, tuvo una gran mejora en el curso de comunicación, ya que aprendió a deletrear de manera adecuada las palabras manteniendo una elaboración acorde a los parámetros esperados a su edad, por lo que pudo desenvolverse sin dificultad; Asimismo, la paciente indica que no presentó problemas de conducta significativos durante la secundaria, solía portarse bien con los profesores, así también, su rendimiento académico mantuvo un aumento exponencial llegando a ser el primer puesto de su salón; en cuanto al nivel social no impresiona dificultades ya que mantiene sus relaciones sociales de manera adecuada; sin embargo, prefiere

mantener un círculo cerrado debido a la presencia de timidez e introversión, además, tiene ciertas dificultades con su “mejor amiga” debido a su distanciamiento de gustos y preferencias pegados a un estilo de crianza de tipo ortodoxo, ya que su abuela no desea que Priscila sea una niña tan moderna, que use maquillaje, que use prendas cortas, que salga con amigas o que use mucho la tecnología. Es así que ella considera que es utilizada por su “mejor amiga” solo para la realización de trabajos académicos ya que para otras situaciones como reunión de amigas o visitas a su casa no la integra.

A partir del 3er año la paciente refiere que no se siente cómoda con su imagen corporal, pues considera que sus amigas del colegio son más bonitas y delgadas, por tanto, son más atractivas y debido a su sobrepeso se siente fea, generándole dificultades para interactuar con sus compañeros y demás. Así como también considera que la cicatriz que dejó la varicela en su nariz la hace más fea.

2.3.3.7 ENFERMEDADES

Dentro de su historial médico no se encuentran enfermedades significativas.

A los 4 años le dio varicela por lo cual estuvo en su casa por más de 15 días, lo que ocasiono picor en el rostro dejándole una pequeña cicatriz hasta la actualidad.

Dentro de su infancia, años escolares y adolescencia no tuvo enfermedades significativas solo resfríos y nunca tuvo operaciones ni sufrió caídas que le hicieran perder el conocimiento. En la actualidad presenta sobre peso (6 kilos por encima de su peso).

2.3.3.8 PSICOXESUALIDAD

La paciente refiere que desde pequeña su madre y su abuela no solían hablarle de sexo y prefería no preguntarles pues a su abuela no le gusta hablar de esos temas. Sus primeros conocimientos sobre el sexo los adquirió en el colegio, a través de los comentarios y bromas de sus compañeros en primaria y por comentarios de sus amigas del salón quienes ya han tenido relaciones sexuales.

La menarquia se presentó a los 11 años; debido a la falta de información del tema, se llevó la sorpresa de lo ocurrido pues se había manchado la ropa interior encontrando demasiada sangre.

Por otro lado, no ha mantenido ninguna relación sexual, hasta ahora no ha tenido enamorado y en la actualidad se siente atraída por un chico de su salón, opina que posiblemente no llegará virgen al matrimonio, puesto que los tiempos han cambiado; el día que encuentre a la persona indicada lo hará por amor. En consecuencia, no se encuentra a favor del aborto, pues para ella es una consecuencia de las malas decisiones tomadas por las personas llegando a arriesgar su salud y terminan lastimando a un ser inocente.

2.3.3.9 VIDA SOCIAL

Manifiesta tener un círculo de amigos cerrados pues se siente más cómoda así. Prefiere las actividades de modo individual. Además, a su abuela no le gusta que la visiten mucho en casa o que salga a visitar a sus amigas, por lo tanto, Priscila prefiere realizar actividad sola para no incomodar a su abuela ni a sus amistades.

Sale de vez en cuando con permiso de su madre a algún cumpleaños, pero no debe regresar tarde, refiere que sus amigas están empezando a cumplir 15 años y espera poder asistir a la mayoría de fiestas, aunque el usar vestido es incómodo pues por su figura evita las prendas cortas.

2.3.3.10 RASGOS DE PERSONALIDAD

La paciente refiere que desde pequeña era una niña soñadora, honesta, tranquila e introvertida. Comenta que en la infancia tuvo una experiencia desagradable: una compañera de su salón en inicial, la golpeaba, le dejaba moretones; la paciente refiere que era por envidia porque ella tenía varios amigos y su compañera no, en este tiempo se mostraba sumisa y temerosa. Esta situación terminó cuando se lo comentó a su mamá, quien creía que los moretones eran golpes de juego, en consecuencia, la compañera fue expulsada del colegio. Debido a esto, Priscila se sintió más tranquila y continuo su vida con normalidad.

Por otro lado, a sus 5 años desde la separación de sus padres la paciente manifiesta ser una persona amorosa con su madre y abuela, ya que siente que les debe todo a ellas. En la actualidad no se preocupa ni piensa en su padre pues mantiene una relación de pareja con otra persona.

La paciente manifiesta ser una persona estudiosa, disciplinada, dedicada y responsable ya que le gusta mucho estudiar, realizar sus trabajos, es el puesto número 1 de su salón y se ha mantenido así desde primaria, lo cual genera satisfacción y motivación para seguir estudiando. Así también recalca que es una persona muy puntual en todo y es una cualidad que valora de ella.

Por otro lado, refiere ser sensible, tímida y callada cuando se encuentra en el aula pues prefiere atender la clase y en ocasiones le avergüenza participar porque no quiere verse como “el cerebritito” de la clase, aunque sabe que es inteligente no desea alardear de sus conocimientos pues considera que no lo sabe todo.

Se considera una persona alegre y jovial, ya que suele mantener una sonrisa en el rostro. No obstante, considera que sus amistades podrían verla como poco divertida, ya que no está al tanto de temas como: enamorados, experiencias personales y salidas, ya que no ha tenido alguna relación amorosa; no sabe de maquillaje, ni moda, lo cual dificulta la interacción con sus pares; suele tener una postura conservadora. Además, se considera una persona humilde y solidaria, puesto que se encuentra dispuesta a ayudar a quien lo necesita; su abuela le ha enseñado valores como la ayuda al prójimo; sin embargo, siente que sus amigos se aprovechan de ella porque solo la buscan para realizar tareas y trabajos, pero no para salir a divertirse o conversar fuera de temas académicos. Pero aun así desea ayudar porque considera ser amable.

Es una persona educada y obediente pues realiza con gusto los deberes de casa como limpiar, cuidar a su mascota y ordenar su cuarto cuando se lo piden.

Finalmente, la paciente manifiesta ser una persona perseverante dispuesta a esforzarse por conseguir sus metas: Estudiar en una buena universidad en Lima la carrera de Arquitectura.

2.3.3.11 HÁBITOS E INTERESES

No se evidenciaron hábitos inadecuados. Sus intereses son: realizar deportes como el básquet y el vóley, le agrada tocar instrumentos musicales como el piano y el ukelele; le gusta ver televisión, series en Netflix y videos de YouTube. Aunque por el momento son actividades que realiza de vez en cuando.

2.4 HISTORIA FAMILIAR

Presenta un tipo de familia monoparental ya que vive actualmente con un solo progenitor (madre), debido a la separación de los padres a sus 5 años de edad. La madre es quien se ocupa de la casa; ocasionalmente la abuela se queda en su hogar; tiene una hermana mayor a la que ve muy poco debido a que reside en Lima y Priscila en la Selva.

Al primer año de nacimiento de Priscila, se mudaron a Lima para mejorar la economía, sin embargo, la madre decidió no trabajar y quedarse en casa al cuidado de sus hijas, lo que con el tiempo ocasiono problemas económicos ocasionando peleas constantes con su esposo lo que al cabo de 4 años de vivir en Lima decidieron separarse pues el padre al tener un trabajo independiente no le alcanzaba el dinero para sustentar a su esposa e hijas, además la madre de Priscila tenía una mejor oportunidad de empleo, lo que generaba incomodidad en el padre.

Priscila regresó a Tarapoto con su madre y su hermana, la madre empezó a trabajar como ingeniera de sistemas nuevamente y le pidió a la abuela de la paciente que cuide de sus hijas mientras trabajaba. En la actualidad la madre de Priscila no ha vuelto a

tener una relación formal con otro hombre porque desea enfocarse en sus hijas ya que trabaja por las mañanas la mayor parte del día, ocupando la mayor parte de su tiempo.

El padre vive en Estados Unidos con su actual pareja, envía un pago mensual para los requerimientos de la paciente y su hermana; lo mencionado no le afecta pues refiere no tener un vínculo amoroso con él debido a su ausencia desde su edad temprana. Además, su padre no suele llamarla y la paciente no siente que lo necesita.

El tipo de correctivo que utilizan en casa es el comunicativo llevando un hogar armonioso donde rige el estilo democrático, no obstante, la abuela, debido a creencias culturales ortodoxas mantienen la sobreprotección como medio de control no dejando que salga tarde a lugares como fiestas, viajes; no puede utilizar maquillaje; debe tener cuidado en el uso de prendas “no acordes” a la edad, entre otras.

A continuación, se procede a exponer a los miembros de la familia y sus principales características desde la perspectiva de la paciente:

Padre: De nombre Jair de 45 años, ocupación independiente. Se caracteriza por ser rígido, extrovertido, distante, impulsivo y poco amoroso. Presenta problemas de hígado graso.

La comunicación que tuvo con la paciente se mantuvo casi inexistente debido a la separación con su madre mantenido una actitud hermética o cerrada con sus hijas, en donde solo suelen comunicarse de ser necesario.

Madre: De nombre Natividad de 51 años, ocupación Ingeniera de Sistemas. Se caracteriza por ser una persona comunicativa, tranquila, poco amorosa, trabajadora,

dedicada, amable, introvertida, es tolerante y alegre. No presenta enfermedades relevantes.

La relación con la paciente es buena ya que busca brindarle consejos, a pesar de verla poco tiempo busca mantener una comunicación fluida y se preocupa por la salud de su hija tanto física como psicológica.

Hermana: De nombre Alexia de 18 años, ocupación estudiante. Se caracteriza por tener una conducta distante con la paciente ya que Alexia está estudiando en Lima, sin embargo, cuando están juntas ella suele ser poco empática, da órdenes, poco tolerante, impaciente, renegona, le gusta gritar, pelear con su hermana y la manipula para que le de dinero y discuten constantemente. Presenta migraña.

La relación con su hermana era mejor cuando eran más jóvenes, últimamente no suelen tener tanta comunicación, se limita a llamadas por teléfono y visitas durante las vacaciones.

2.5 EXAMEN MENTAL

Porte

Paciente de sexo femenino, de biotipo pícnico, con una estatura y peso de 1.55 cm y 66 kg aproximadamente. Apareta ser menor a su edad cronológica. De tez blanca tiene ojos negros y cabello castaño oscuro. Llego a consulta vestida adecuadamente conforme a la ocasión, estación, sexo, edad y nivel socioeconómico. Presenta adecuado aliño y aseo personal. No evidenciaba cicatrices ni tatuajes visibles en su cuerpo.

Comportamiento

La paciente ingresó a consulta con una marcha lenta, saludó a la evaluadora y se sentó en la silla. Durante la evaluación permanece sentada con una postura sermiencorvada la mayor parte del tiempo. Asimismo, sus facies son de tranquilidad y tristeza con gestos acordes al discurso. Su actividad corporal en general es espontánea, dentro de los límites normales, se mantuvo alerta y atenta a los estímulos de su alrededor durante la entrevista.

Actitud

La paciente establece adecuado contacto visual y presenta una actitud colaboradora durante toda la entrevista puesto que responde las preguntas con mucha disposición y calma. Se encontraba dispuesta a brindar la información necesaria y requerida para llevar a cabo el proceso de evaluación.

Conciencia

La paciente se encontraba lúcida con vigilancia atenta debido, a que sus reacciones son más selectivas, rápidas y óptimas para su desenvolvimiento.

Orientación

La paciente está orientada en tiempo, espacio y persona; es decir estaba orientada autopsíquica y alopsíquicamente.

Atención

La paciente mostró atención selectiva, sostenida y flexible, ya que se centra en un solo estímulo con la facilidad de cambiar de temas manteniendo el foco de atención en un tiempo determinado.

Memoria

En relación a la memoria remota y reciente estas son adecuadas, ya que recuerda los hechos de su pasado, así como los de su presente evocándolos con facilidad.

Percepción

En cuanto a la percepción, es capaz de interpretar los estímulos adecuadamente a través de los sentidos.

Pensamientos

En el área de pensamiento, tiene un nivel abstracto ya que puede realizar análisis y síntesis. En cuanto al curso, presenta fluidez, en cuanto al contenido se evidencia una visión negativa de sí misma manteniendo disminuida su valoración personal y su imagen corporal; asimismo, presenta una visión negativa del mundo, pues refiere no ser apreciada por cómo es ella, sino que se aprovechan de sus conocimientos en cuanto a los cursos del salón de clase; así también, una visión negativa del futuro, pues considera incierto su desarrollo emocional en la universidad o trabajos futuros pues quizá se sigan aprovechando de sus capacidades intelectuales; por otro lado,

presenta ideas de culpa, ya que considera que todo lo que ocurre tiene relación con sus actitudes.

Inteligencia

La paciente aparentaba una inteligencia promedio, con ausencia de algún tipo de alteración o retraso en esta área.

Lenguaje

La paciente presenta un tono de voz adecuado y fluido con velocidad adecuada y manifiesta un relato coherente.

Afectividad

La paciente mostraba un estado de ánimo depresivo debido a la preocupación por su imagen corporal.

Sueño

La paciente relató que duerme un poco más que de costumbre.

Apetito

Ligero aumento del apetito, llegando a repetir la comida.

Conciencia de enfermedad

Si tiene conciencia de enfermedad. Reconociendo que está siendo afectada a nivel social.

2.6 LISTA DE SIGNOS, SINTOMAS Y SINDROMES

SIGNOS

- Paciente de sexo Femenino
- No aparenta su edad cronológica
- Tez Blanca
- Talla 1.55 cm
- Peso aproximado 66 kilos
- Biotipo Pícnico
- Aseo y aliño personal adecuado
- Marcha lenta
- Postura semiencorvada
- Se mantiene sentada
- Facies de tranquilidad y tristeza.
- Adecuado contacto visual
- Actitud colaboradora
- Lúcida
- Atención selectiva y sostenida
- Memoria adecuada
- Percepción adecuada
- Pensamiento abstracto
- Pensamientos de culpabilidad
- Ideas de poca valoración de su imagen corporal
- Tono de voz adecuada

- Lenguaje fluido y coherente
- Ánimo Deprimido

SINTOMAS

- Disminución de su Valia personal.
- Anhedonia.
- Hipobulia.
- Irritabilidad.
- Sentimientos de culpa.
- Dificultad e indecisión para tomar decisiones.
- Ligeramente aumento de sueño.
- Ligeramente aumento de apetito.
- Llanto
- Tristeza patológica.
- Rubor
- Traspiración de pies y manos.

SINDROMES

- Síndrome depresivo
- Síndrome ansioso

HIPOTESIS DIAGNOSTICA: DIAGNOSTICO

F32.0 Episodio Depresivo Leve

2.7 INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre y apellidos : Priscila
Edad : 14 años
Fecha de Nacimiento : 12/10/2004
Lugar de Nacimiento : Tarapoto
Grado de Instrucción : 3ero de Secundaria
Ocupación : Estudiante
Número de Hermanos : 1
Lugar de Residencia : Tarapoto
Referente : Paciente
Motivo de evaluación : Área de Afectividad, Emotividad, Personalidad e
Inteligencia
Evaluador : Int. Valeria Carolina Flores Almestar
Supervisión : Mg. Gladys Toranzo Pérez
Fecha de Evaluación : 01/12/18, 04/12/18, 08/12/18, 12/12/18
Fecha de Informe : 15/12/2018

Técnicas utilizadas : Observación y Entrevista Psicológica

Instrumentos utilizados : - Anamnesis

- Lista de chequeo de Ansiedad en niños

- Cuestionario de depresión Infantil
- Inventario Clínico Multiaxial para adolescentes (MACI)
- Escala de inteligencia de Weschler para niños –
Revisada (WISC-R)

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta acompañada de su abuela materna quien refiere: “Asisto al servicio de psicología debido a que Priscila hace 3 a 4 meses ha estado con malhumor, contesta de manera inadecuada por la mínima cosa. Considero que quizá sea por la adolescencia. Por otro lado, últimamente se muestra irritada y triste; llora en las noches, Anteriormente, ella no solía ser así. no quiere salir de casa, ya no la veo alegre como antes, pero si realiza actividades como leer y hacer tareas, no ha descuidado el colegio.”

Además, la paciente comenta: “Desde hace 3 o 4 meses me siento muy triste, a raíz de que un señor le pregunto a mi amiga “si yo era su hermana porque se veía que me comía hasta su comida”, dando a entender que yo estaba gorda, lo sentí como una crítica hacia mí; yo nunca me había fijado en mi figura, sí sé que estoy “gordita”, pero esto no me ha hecho sentir mal. Debido a lo mencionado, me siento triste la mayor parte del tiempo y a veces lloro por las noches porque no me agrada que se burlen de mi o me recuerden que estoy gorda; así mismo, mi apetito y sueño han ido en aumento, ya no disfruto de las actividades que antes solía realizar, sin

embargo, hay actividades que, si tiendo a realizar, como estudiar para ser la número 1 del salón. Debido a esto a nivel social y personal me siento afectada.”

III. OBSERVACIONES GENERALES Y DE CONDUCTA

Paciente de sexo femenino, de biotipo pícnico, con una estatura y peso de 1.55 cm y 66 kg aproximadamente. No aparenta su edad cronológica (menos). Su vestimenta es conforme a la ocasión, estación, sexo, edad y nivel socioeconómico. Presenta adecuado aliño y aseo personal. Al ingresar a consulta lo hace con una marcha lenta y durante la evaluación permanece sentada con una postura sermiencorvada la mayor parte del tiempo. Asimismo, sus facies son de tranquilidad. La paciente establece adecuado contacto visual y presenta una actitud colaboradora durante toda la entrevista puesto que responde las preguntas con mucha disposición y calma. Con respecto a la conciencia, se encuentra lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona, debido a que reconoce la fecha actual, indica el lugar donde se encuentra y brinda sus datos personales. En cuanto a su atención es sostenida y flexible debido a que está atenta a las preguntas y las responde adecuadamente. En relación a la memoria remota y reciente estas son adecuadas, ya que recuerda los hechos de su pasado, así como los de su presente. En cuanto a la percepción, es capaz de interpretar los estímulos correctamente a través de los sentidos. Por otro lado, sobre el área de pensamiento, tiene un nivel abstracto ya que puede realizar análisis y síntesis. En cuanto al curso, lo realiza con fluidez, en cuanto al contenido se evidencia ideas de poca valoración en cuanto a su imagen corporal. Con referencia al lenguaje presenta un tono adecuado, es poco

fluido con un ritmo adecuado y su relato es coherente. Finalmente, en lo que corresponde a afectividad la paciente mostraba un estado de ánimo deprimido debido a la preocupación por su imagen corporal.

IV. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En el **Área de Personalidad** no se siente a gusto con sus iguales, prefiriendo mostrarse sumisa ante el resto ante poniendo los deseos de los demás antes que los suyos, manifiesta además conformidad y tendencia a cambiar su opinión y recibir las de sus amistades cercanas como válidas, llegando a aceptar situaciones y circunstancias que posiblemente refuercen su baja autoestima pues manifiesta no saber cómo comunicarse de manera adecuada y manifestar sus deseos o sentimientos rechazando toda actitud que implique la posibilidad de algún tipo de enfrentamiento social. Por otro lado, presenta rasgos de introversión, prefiriendo encontrarse en su hogar o realizar actividades de modo individual antes que, en grupo, no suele ser una persona que le guste llamar la atención en público, ni considera sentirse líder, pero le gustaría; no obstante, puede centrarse en sus objetivos o actividades manteniendo unas buenas calificaciones debido al óptimo trabajo que presenta. Por otro lado, es una persona amorosa con sus familiares, suele reflejar una sonrisa en su rostro, es solidaria, dedicada y obediente, puede valerse por sí misma y realiza sus actividades sin ninguna ayuda.

En el **Área de Afectividad**, a nivel cuantitativo presenta un puntaje de 16 que la ubica en una categoría de depresión leve, muestra un estado de ánimo irritable y triste, llegando a sentir ganas de llorar ligado a una visión negativa de sí misma,

pues considera que hay muchas cosas malas en su apariencia como gordura y fealdad, lo que ocasiona por momentos sensación de soledad debido a que no se siente aceptada por el resto dificultando sus relaciones sociales; presenta alteración del sueño del apetito encontrándose aumentados; manifiesta disminución de su voluntad para realizar algunas actividades que le agradaban como bailar y hacer deporte por vergüenza al qué dirán, así mismo siente culpa debido a que considera que hace las cosas mal, lo que le dificulta la toma de decisiones; por otro lado realiza sus actividades sin dificultad como estudiar, ir al colegio, ayudar en casa, lo cual no altera su funcionalidad.

En el **Área de Emotividad**, a nivel cuantitativo se presenta un puntaje de 19 que la ubica en una categoría moderado, sin embargo, a criterio clínico se evidencia ansiedad leve ocasionado por los momentos de tensión al interactuar con los demás debido al sentimiento de no aceptación por su figura, se siente intranquila, presenta rubor y transpiración de pies y manos.

En el **Área de Inteligencia**, la evaluada presenta un Coeficiente Intelectual de 102, lo cual lo ubica en la categoría Normal Promedio. En el área verbal se encuentra en la categoría Normal Promedio, debido a que posee una adecuada capacidad de adquirir, conservar y recuperar los conocimientos que ha aprendido, demostrando un adecuado bagaje cultural. Además, evidencia razonamiento y juicio social, llegando a solucionar problemas, demostrando su interés por el mundo que la rodea. Además, tiene la capacidad para abstraer y generalizar a partir de dos conceptos dados, presentando un pensamiento de nivel abstracto formando adecuadas

asociaciones sobre las cosas que suceden. De igual manera, presenta adecuadas habilidades de secuenciación, planificación, alerta y flexibilidad cognitiva, demostrando una adecuada memoria de corto plazo cuando se le brinda la información bajo constante instigación; así mismo, presenta cierta agilidad en el manejo y reorganización de la información para la capacidad numérica, aunque en ocasiones tuvo que repetirse la pregunta demorando un poco, pero mencionando la respuesta de manera acertada. Asimismo, en el área Ejecutiva se encuentra en una categoría Normal Promedio, debido a que presenta una adecuada capacidad de reconocimiento y organización perceptiva con un tiempo controlado, evidenciando una adecuada capacidad para discriminar los detalles y manejar las situaciones sociales que puedan acontecer. Además, tiene una adecuada habilidad de análisis, síntesis, y organización viso espacial, evidenciando una adecuada habilidad de abstracción.

V. CONCLUSIONES

- En el **Área de Personalidad**, la paciente tiende a la introversión, prefiriendo actividades solitarias, manifiesta rasgos de una personalidad conformista y sumisa que ante pone los deseos de los demás antes de los suyos, por otro lado, se caracteriza por ser una persona obediente, responsable, estudiosa y carismática.
- En el **Área de Afectividad**, a criterio clínico se evidencia depresión leve.
- En el **Área de Emotividad**, a criterio clínico se evidencia ansiedad leve.

- En el **Área de Inteligencia**, la evaluada presenta un Coeficiente Intelectual de 102 lo cual la ubica en la categoría Normal Promedio encontrado una puntuación esperada dentro de los parámetros normales.

VI. RECOMENDACIONES

- Terapia Cognitivo - Conductual.

2.8 Análisis funcional

ANALISIS FUNCIONAL

Paciente: Impresión Diagnóstica: **Episodio Depresivo Leve (F33.0)**

ESTIMULOS ANTECEDENTES	CONDUCTA	ESTIMULOS CONSECUENTES
<p>EXTERNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Al ponerme ropa pequeña o ajustada. Un señor desconocido tuvo un comentario sobre mi peso. Comentario de amigas a modelos. Ver a chicas con ropa pequeña o ajustada. Miradas de personas hacia mi en la calle. Comentarios de familiares respecto a mi peso. Problemas con “mi mejor amiga”. Los grupos del salón no me incluyen en sus conversaciones. <p>INTERNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Recordar la cicatriz en la nariz dejada por la varicela. Recordar el comentario del señor mencionando que comía demasiado. Recordar las reuniones familiares con las miradas puestas en ella. Recordar a mis amigas más delgadas mirando mi espejo. Recordar los comentarios de mis familiares sobre mi peso. Pensar en que mi amiga solo me busca para trabajos y no para tener otras conversaciones. Pensar en el rechazo de mis compañeros del salón para no tener conversaciones. 	<p>COGNITIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Creencias Nucleares: “las personas no me quieren” Creencias Intermedias: Reglas: “Debería ser más bonita”; “Debería ser más delgada”; “pienso que deberían las cosas ser distintas”; “debería esforzarme por comer menos”; “debo dejar de comer pan” “debería aceptar realizarles los trabajos a mis amigos para ser aceptada”. Supuestos: “si comiera menos, seguro tendría una mejor figura”; “si comiese menos delante de mis familiares, seguro no bromearán con mi peso”; “si fuese más habladora, seguro me aceptarían en los grupos”, “si les realizara las tareas de mis compañeros, es probable que piensen en mí como amiga” Actitud: “Sería horrible no tener enamorado porque me critiquen por mi peso”. “Sería muy feo quedarme sin amigas”. Pensamientos Automáticos: “soy fea”; “estoy gorda”; “nadie estará conmigo”; “con aretes me veo bonita”; “que dirán los demás”; “debo hacer ejercicio”; “tengo que comer menos”; lo que tengo es un problema”; “no seré aceptada por los demás”; “los chicos no me verán como a otras”; “seguro no soy una persona divertida”. <p>EMOCIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tristeza (7/10) Iritabilidad (6/10) <p>FISIOLÓGICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alteración del sueño Alteración del apetito <p>MOTOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> Comer solo 1 plato de comida en vez de 2. Realizar trabajos a sus compañeras. 	<p>EXTERNOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Comer en menor cantidad a lo acostumbrada me genera alivio. Llorar en las noches, me alivia de alguna forma. Evitar conversaciones con amigas para no tener que escuchar malos comentarios hacia mí. Evitar acercarme a grupos pues quizá realicen bromas sobre mí. Evitar algunas reuniones familiares para no recibir burlas o comentarios de ellos. <p>INTERNOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pienso que comiendo en menor cantidad quizá baje de peso. Pienso que llorando en las noches me hará sentir mejor al despertar. Pensar que es mejor cubrirme el cuerpo para que no me vean. Pienso que evitando al resto probablemente no me tendrán en mente y por tal no hablarán de mí. Pienso que si no participo en clase no me mirarán. <div data-bbox="915 1583 1370 1766" style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 20px;"> <p>Latencia: 1 o 2 minutos.</p> <p>Frecuencia: 4 a 5 veces al día</p> <p>Intensidad: 4/10</p> </div>

CAPITULO III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

3.1. Justificación

Teniendo en cuenta la información recabada en el proceso de evaluación, se encuentra que la paciente presenta un Episodio depresivo a un nivel leve, presentando: tristeza, dificultad para disfrutar de sus actividades diarias, dificultad para tomar decisiones, pensamientos de culpa, pensamientos negativos con especial énfasis en la visión negativa de sí misma, sumado a una visión negativa del mundo y del futuro. Todo ello hace que evidencie una dificultad en el manejo de sus interacciones interpersonales tanto a nivel cognitivo, emocional y afectivo, generándose dificultades en su adaptación a nivel personal y social. Como manifiesta Beck (2014) la depresión puede constituir una reacción ante un estímulo estresante externo o ser más característico del patrón de respuestas de una persona frente al mundo. Podría suceder como episodio único o ser parte de una serie recurrente de episodios, ocurriendo con distintos niveles de gravedad. Sin embargo, cuando aparece puede contribuir a problemas que van desde la disforia o el malestar grave que deterioran el funcionamiento de un individuo, hasta deseos y acciones que tienen como objetivo final la muerte causada por el propio individuo.

Por lo expuesto se cree conveniente iniciar el proceso psicoterapéutico con técnicas de intervención cognitivo conductual lo cual permitirá que la evaluada se percate y evalúe las formas como construye los significados de sus experiencias y aprenda nuevas formas de responder a estas tanto cognitivas, emocionales y conductuales más adaptables a su medio.

Dichos objetivos se lograrán mediante las técnicas de psicoeducación con la finalidad de explicar la problemática, reestructuración cognitiva, logrando modificar los pensamientos disfuncionales, buscando adoptar nuevos estilos de pensamientos que le predispongan a un mejor desempeño personal y social. Así mismo se trabajará con técnicas de control de la ansiedad como la respiración diafragmática; además, se buscará fortalecer una visión positiva de sí misma; de igual manera, se realizará el entrenamiento en habilidades sociales de la paciente para lograr un mejor desenvolvimiento en sus relaciones interpersonales basándonos en la comunicación asertiva. Por último, se considera importante realizar el entrenamiento de solución de problemas para evitar recaídas.

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivos generales:

Mejorar el estado emocional y afectivo de la paciente, mediante el cambio en la forma de percibir y estructurar sus pensamientos, ello hará que manifieste pensamientos racionales y realistas que generen en el paciente un afrontamiento satisfactorio en las diferentes

situaciones de su interacción social, con el fin de generar en ella una mejor adaptación personal y social.

3.2.2 Objetivos Específicos:

- Dar a conocer la problemática de la paciente, desde la perspectiva del modelo Cognitivo Conductual, a través de la técnica de Psicoeducación, de esa manera tener un mejor entendimiento de la sintomatología.
- Establecer la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta para lograr que identifique la importancia de los pensamientos frente a distintas situaciones que estén generando emociones perturbadoras con la finalidad de reestructúralos, a través de la técnica de la triple columna
- Promover valoraciones positivas de sí misma a través de la creación de un diario de actividades en el que se relatan actividades relacionadas con sus éxitos y experiencias positivas, así como la elaboración de una lista de cualidades positivas o logros buscado reestructurar pensamientos desadaptativos.
- Lograr que la paciente note la importancia de cómo sus actividades afectan su estado de ánimo, generando también la reestructuración cognitiva de la paciente para generar pensamientos más flexibles, objetivos y racionales.
- Enseñar a la paciente componentes de la técnica de habilidades sociales buscando entrenar en el estilo de comunicación asertivo.

- Lograr que la paciente pueda identificar sus estados de tensión y ansiedad para permitirse llegar a un estado de relajación a través de la técnica de Respiración.
- Prevenir recaídas mediante la técnica solución de problemas para el fortalecimiento de las estrategias y habilidades que adquirió a lo largo del proceso terapéutico.
- Realizar el seguimiento.

3.3 Metodología

Se estableció el contrato terapéutico en el cual se estipulaba la participación activa por parte del terapeuta, quien asumiría sus funciones en el desarrollo de cada una de las sesiones, buscando cumplir los objetivos planteados. Asimismo, por parte de la paciente se esperaba el compromiso de cumplir con las tareas asignadas para la casa, así como también en todo aquello que tenga relevancia para la superación de las dificultades y la ejecución del programa. El desarrollo de las sesiones de terapia se llevó a cabo en 14 sesiones las cuales duraron 45 minutos, dos veces por semana, en donde se aplicaron diversas técnicas cognitivo conductuales para lograr los objetivos propuestos.

3.5 Sesiones Terapéuticas

A continuación, se presenta las sesiones de trabajo realizadas en la intervención psicoterapéutica, se utilizará la letra T para referirse al terapeuta y P para referirse al paciente

SESIÓN #1 --- 15 de diciembre del 2018

Objetivos de la sesión:

- Dar a conocer la problemática de la paciente, desde la perspectiva del modelo Cognitivo Conductual, a través de la técnica de Psicoeducación, de esa manera tener un mejor entendimiento de la sintomatología.

Técnicas:

- ☐ Dialogo expositivo
- ☐ Psicoeducación

Descripción de la sesión

T: Buenas tardes Priscila. ¿Cómo te va?, ¿Qué tal las vacaciones de estos días?

P: bien doctora, acostumbrándome al clima frio y raro de Lima y adaptándome un poco a vivir con la familia de mi tía.

T: Debe ser super distinto el cambio climático, la diferencia es variada ya que por allá debe hacer mucho más calor que aquí.

P: Si, pero ya con los días me acoplaré, lo sé (sonrisas), lo único es que extraño a mi mami.

T: Solo será por un tiempo, tu mami te espera con gusto así que estarán en comunicación. Bueno, el día de hoy vamos a comenzar con la explicación de la

problemática de tu caso con la finalidad de que no te queden dudas y conozcas muy bien lo que trabajaremos.

P: está bien.

T: Te comento que dentro de las evaluaciones que hemos realizado e incluso el criterio clínico, hemos notado que presentas Depresión a un nivel Leve. ¿Sabes qué significa esto?

P: se quizá un poco pero no tengo tanta información sobre eso.

T: Entonces pasaré a explicarte exactamente qué es y cómo se manifiesta (Se le hace entrega de fichas, e imágenes ilustrativas):



T: La depresión es una enfermedad mental que tiene que ver con el estado anímico, que se caracteriza por un estado prolongado de tristeza, irritabilidad, fatiga, falta de motivación y disfrute. Puede ir de leve a grave.

- Cuando es leve, quizá te descubras viendo tus defectos o los de otras personas. Tal vez te sientas resentido, irritable o enojado la mayor parte del tiempo, sientas lástima por ti mismo o sientas la necesidad constante de ser reconfortado por alguien, en algunos casos el apetito y sueño se alteran ya sea que disminuyan o aumenten, se tiene dificultad para tomar decisiones, llanto constante, falta de energía y ya no realizan las actividades que antes disfrutaban.

- La depresión es una enfermedad seria que requiere de comprensión, tratamiento y un buen plan de recuperación. Con la detección temprana, el diagnóstico y un plan de tratamiento, que puede incluir medicamento, psicoterapia y cambios en el estilo de vida, puedes mejorar.

P: Oh, no lo había tenido en cuenta entonces por eso estoy triste e irritable la mayor parte del tiempo, pero ¿porque se da esto?

T: Ahora bien, para entender porque se da este problema vamos a revisar este cuadro:

BIOLÓGICO

Se sabe que existen alteraciones en el funcionamiento de los neurotransmisores (sustancias químicas que transmiten información de una neurona a otra) tales como serotonina, noradrenalina y dopamina.

SOCIAL

Existe un mayor riesgo de padecer depresión cuando hay antecedentes familiares de depresión. Se sabe que determinados genes se asocian a ciertas alteraciones en la función de los neurotransmisores, que, a su vez, darían lugar a una peor resistencia ante los acontecimientos estresantes y a una mayor propensión a la depresión.

PSICOLÓGICO

Personalidad, procesamiento de información, pensamientos que se distorsionan o se mantienen distorsionados, dificultad de afronte.

Situaciones o estados prolongados de estrés y acontecimientos vitales estresantes traumáticos recientes aumentan el riesgo de padecer una depresión. También son relevantes los acontecimientos traumáticos sufridos en la infancia, la falta de apoyo social, etc.

T: Bien, ahora que sabemos que hay 3 factores involucrados en la depresión, nos enfocaremos en el factor psicológico, el cual está conformado por lo siguiente:

TRIADA COGNITIVA

1

Postula que la persona tiene una visión negativa de su futuro, de sí mismo y tiende a interpretar las experiencias del día a día de un modo negativo.



Ejemplos:

UNO MISMO: La persona tiene ideas negativas sobre sí mismo (“No sirvo para nada”. “Todo me sale mal”, “soy fea”)

EL MUNDO: Se perciben los obstáculos como insuperables (“Si no me dan lo que quiero, es injusto”. “Deben adaptarse a mí”)

EL FUTURO: Lo perciben como un lugar hostil y peligroso (“Todo saldrá mal”. “El día a día es insoportable”).

2

ESQUEMAS

Patrones cognitivos estables que se instauran en la persona por medio de las experiencias a lo largo de su vida.



Se activan en una situación en específica.

Determinan la manera de responder de una persona.

En una persona con depresión, estos esquemas son inadecuados, por lo que pierde el control voluntario de sus procesos de pensamiento.

3

DISTORSIONES COGNITIVAS

Son tipos de pensamientos que no son verificables.

Provocan emociones negativas que no están en consonancia con el acontecimiento que los ha activado.

P: oh doctora, yo no deseo eso para mí, yo me siento triste en varias ocasiones, pienso constantemente que no soy bonita y miro mis defectos cada que puedo, eso me pone triste, ya no realizo las actividades que antes me agradaban como tocar instrumentos. ¿estoy deprimida?

T: por eso es que deseamos que generes emociones más adecuadas, para ello necesitas tener ciertas estrategias que irás mejorando en el tiempo. Lo que has descrito es parte de la depresión en tu caso es una depresión leve ya que tus

actividades diarias no se ven afectadas como ir al colegio, estudiar y obtener buenas notas o hasta ayudar en casa.

P: ya entiendo, ¿puedo mejorar?

T: exacto, puedes mejorar, pero debes poner de tu parte en cada sesión.

P: si doctora. Gracias por ayudarme.

T: me alegra que comprendas y pongas de tu parte ¿alguna duda?

P: no doctora.

T: perfecto, ahora acompáñame para darte la próxima cita.

P: gracias, vamos.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planificados.

SESIÓN #2 --- 18 de diciembre del 2018

Objetivos de la sesión:

- Establecer la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta para lograr que identifique la importancia de los pensamientos frente a distintas situaciones que estén generando emociones perturbadoras con la finalidad de reestructúralos, a través de la técnica de la triple columna

Técnicas:

- ☐ Dialogo expositivo
- ☐ Triple Columna
- ☐ Reestructuración Cognitiva

Descripción de la sesión

T: Hola Priscila ¿Cómo estás?

P: Me siento mejor, más tranquila, la sesión anterior me ayudó a tener en cuenta algunas cosas que no tenía ni idea.

T: ¿Cómo cuáles?

P: Pues que estar triste la mayor parte del día no es normal y que la irritabilidad de la que habla mi abuela es consecuencia de mi estado de ánimo, la verdad no quiero que esto empeore, mi abuela es muy tierna, ya la ha visto y está preocupada por mí y por su edad no quiero darle problemas.

T: bueno Priscila, como te explique la sesión anterior, mejorarás poniendo de tu parte y me alegra que seas consciente de lo que está sucediendo, ahora te voy a explicar la importancia de los pensamientos ante las diversas situaciones que afrontamos día a día.

P: si doctora traje mi cuaderno para anotar.

T: dime algo bueno de ti.

P: no sé qué decir, no lo he pensado.

T: ahora, dime algún pensamiento malo o algo malo de ti que siempre tienes en mente.

P: Me da vergüenza decirlo.

T: No te preocupes estoy para ayudarte, no me voy a burlar, al contrario, aprenderemos juntas.

P: está bien pienso a diario que “las personas no me van a querer gordita”.

T: ¿y eso como te hace sentir?

P: mal y muy triste, hasta me pongo a llorar algunas noches, pero no se lo diga a mi abuelita.

T: no te preocupes Priscila como te comenté, el tratamiento es confidencial, no comentare lo que hablemos en sesión. Descuida, ahora dime ¿llorar te ayuda? ¿Lo haces inmediatamente después de pensar algo malo?

P: no, lloro en ocasiones, llorar me hace sentir más tranquila, pero luego se me pasa.

T: dime, ¿este pensamiento es constante, obsesivo, intrusivo y te genera malestar? Es decir, lo tienes varias veces en el día y no dejas de pensarlo.

P: no, sucede en ocasiones cuando dicen algún comentario sobre mi figura a la hora de la comida, por ejemplo. “no comas más Priscila vas a engordar”, o la pediatra dice “tienes sobrepeso”, o mi primo dice “ya baila la gordita” o cuando me miro en el espejo y la ropa no me queda como a mis amigas.

T: entiendo, estos comentarios son los que activan tus pensamientos, y cómo te has podido dar cuenta estos son desadaptativos, es decir malos que te perturban y te ponen mal.

P: si, me hacen sentir triste.

T: Y si te pido que cambies lo mencionado “las personas no me van a querer gordita” por uno más positivo, algo bueno que te haga sentir mejor. ¿qué me dirías?

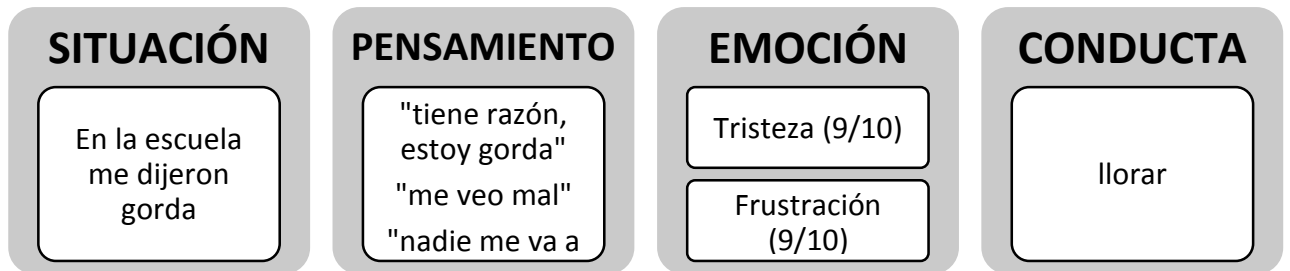
P: (sonrisas) Que estoy gordita, pero eso no me hace menos persona.

T: Exacto, y eso ¿qué emoción te haría sentir?

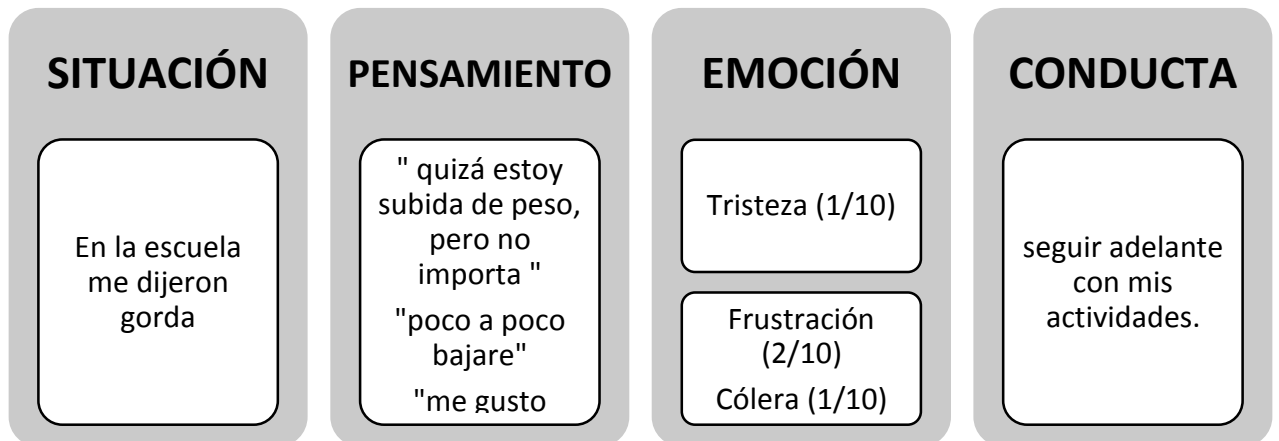
P: Tranquilidad y hasta alegría (sonrisas)

T: Bien, Te pondré un ejemplo.

ANA



CARLA



T: Bien ahora explícame Priscila ¿Por qué crees que ambas personas tuvieron conductas diferentes si las dos pasaron por la misma situación?

P: Pues Carla buscó una solución, ya que les dio una importancia diferente a sus pensamientos.

T: Exactamente, es lo que hemos venido avanzando, las personas actúan en base a lo que piensan de la situación (lo que interpretan), no por la situación.

P: entiendo.

T: Ahora pongamos una situación que te haya pasado.

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
Pedirle a mi tía un favor y me grite	"No me quiere" "nadie me ayuda" "soy un estorbo"	Tristeza (10/10) Frustración (9/10) Cólera (8/10)	llorar inevitablemente
Pedirle a mi tía un favor y me grite	"quizá no ha tenido un buen día" "mejor en otro momento le hablo" "nara la	Tristeza (1/10) Frustración (1/10) Cólera (1/10)	Retirarme tranquilamente

T: Bien, vamos bien, ahora elabora tu ejemplo.

P: como le comenté, últimamente tengo problemas con mis amigas pues me siento ignorada, ya que no me incluyen en sus grupos por no tener temas de conversación.

T: y que has pensado al respecto.

P: que debería, cambiar de amigas para sentirme más cómoda. Cuando vuelva a Tarapoto hablare con ellas.

T: me parece perfecto, entonces tomemos ese ejemplo para sentirnos más preparadas.

P: está bien.

<p>SITUACIÓN</p> <p>Mis amigas me ignoran, no me dejan opinar por no tener tema de conversación.</p>	<p>PENSAMIENTO</p> <p>"No se expresarme bien" " debería ser como ellas" " soy tonta"</p>	<p>EMOCIÓN</p> <p>Tristeza (10/10)</p> <p>Incomodidad (9/10)</p>	<p>CONDUCTA</p> <p>evitar hablarles llegando a casa me pongo a llorar</p>
<p>SITUACIÓN</p> <p>Mis amigas me ignoran, no me dejan opinar por no tener tema de conversación.</p>	<p>PENSAMIENTO</p> <p>" tengo que averiguar un poco más sobre temas actuales" " buscare amigas que tengas mis mismos</p>	<p>EMOCIÓN</p> <p>Tristeza (2/10)</p> <p>Incomodidad (2/10)</p>	<p>CONDUCTA</p> <p>salir del grupo y hacer algo que me agrade ponerme a leer un libro</p>

T: Muy bien, te das cuenta de lo que hemos hecho hoy, hay que practicarlo sino no podremos seguir avanzando.

P: ¡Si! Hemos cambiado para mejor la manera de pensar.

T: Ahora tienes como tarea poner en práctica el ejercicio, además debes seguir realizando estas columnas en casa en el cuaderno, ya la siguiente sesión la revisaremos. Por otro lado, para la próxima cita tienes que ponerte algo más cómodo, hay que dejar el pantalón. (risas)

P: Lo haré, me pone un poco ansiosa, pero aun así pondré de mi parte.

T: perfecto.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planificados.

SESIÓN #3 --- 22 de diciembre del 2018

Objetivos de la sesión:

- Promover valoraciones positivas de sí misma a través de la creación de un diario de actividades en el que se relatan actividades relacionadas con sus éxitos y experiencias positivas, así como la elaboración de una lista de cualidades positivas o logros buscado reestructurar pensamientos desadaptativos.

Técnicas:

- ☐ Dialogo expositivo.
- ☐ Reestructuración cognitiva.

Descripción de la sesión

T: Buenas tardes Priscila, ¿Cómo estás?

P: bien, mucho mejor.

T: me alegra verte con falda, ¿Cómo te sientes?

P: (sonrisas), gracias, más cómoda con mi cuerpo, ya que recuerdo que debo apreciarme mejor ahora, porque luego envejeceré y extrañaré este cuerpo. Es algo positivo que estuve pensando.

T: (sonrisas) entiendo, eso está bien, debes verte al espejo y admirar cada parte de ti, la edad pasa y ya no tendremos el mismo cuerpo, pues pasaran los años y todo

cambia, ya no usaremos la misma ropa, nuestros gustos cambiaran y debemos aprovechar todo lo que tenemos ahora y valorarlo. Aunque suene difícil.

P: si doctora, pensaba en lo que dijo que debo cambiar mis pensamientos malos por otros buenos, se lo expliqué a mi abuelita y me dijo que eso estaba bien y que también lo haría.

T: perfecto, es bueno saber que pones en práctica lo que hablamos. Ahora, ¿tienes tu cuaderno, con las columnas que trabajamos la semana pasada?

P: Si, aquí pude identificar algunas situaciones (muestra el cuaderno) (anexos)

T: perfecto ¿Cómo te sentiste al realizar el ejercicio?

P: me sentí bien, alegre, mi ánimo mejoró y me puse a pensar que no era tan difícil ver el lado bueno de las cosas, porque suelo mirar lo malo y no tengo otro punto de vista y realizar este ejercicio me ha hecho dar cuenta que si pienso de mejor manera me sentiré más tranquila, aunque sigan pasando cosas malas. (risas), pero quizá en la vida real si sea difícil hacerlo.

T: si lo ponemos en práctica cada vez, encontraremos mejora, será difícil al principio, pero con practica se te hará mucho más fácil.

P: Lo hare cada vez que pueda.

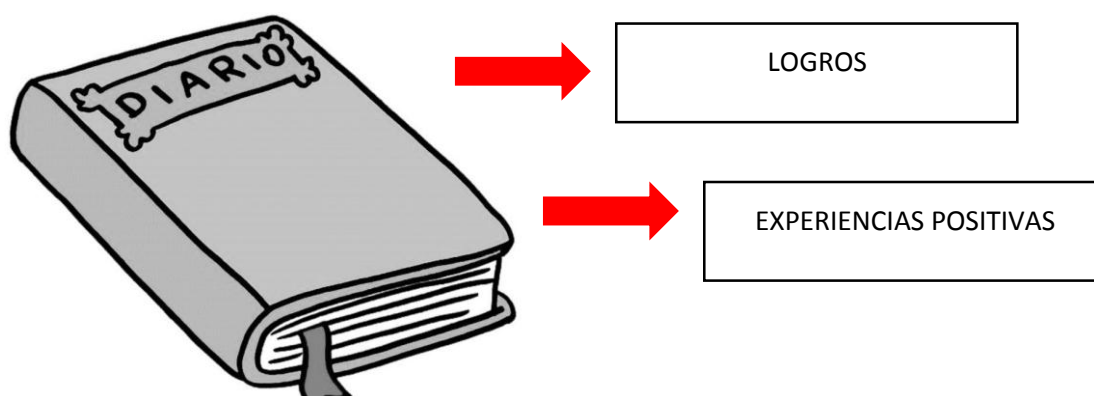
T: bien, ahora Priscila, cuéntame ¿tienes diario?

P: no, no soy de escribir todo lo que me sucede en el día, pero no me caería mal. (sonrisas)

T: (sonrisas) que bueno que pienses eso, el día de hoy explicaré una tarea que quiero que realices, vas a elaborar un diario ya que no te caería mal como dices

(sonrisas), pero no es un diario normal, en este diario solo vas a anotar experiencias positivas y logros que has llegado a alcanzar en el día o la semana como tu consideres, aquí pondremos solo las cosas buenas que has logrado conseguir y verás que cada vez que lo leas se resaltarán tus cualidades y no tu físico que es lo que te preocupa.

P: me parece interesante.



T: este diario debes adornarlo como tu desees, que tenga tu toque personal (decorado, con colores, stickers, etc), recuerda que bonito no es necesariamente sinónimo de caro, elabóralo con los materiales que tengas a la mano.

P: está bien, entonces ¿lo traigo la próxima sesión?

T: si, y quiero que seas sincera con lo que escribes, tú me puedes mentir a mí, pero no a ti y la ayuda es para ti, así que pongamos cosas verdaderas y dime como te sientes en realidad. (sonrisas)

P: está bien doctora seré sincera al escribir, ahora me siento bien, más segura.

T: me alegra mucho eso. Entonces comenzaremos.

P: la escucho.

T: ahora quiero que me hables de tus puntos fuertes. ¿Qué es lo que puedes resaltar en ti y te sientes orgullosa?

P: está bien, pues pensándolo bien soy solidaria eso resaltaría más junto con mi inteligencia soy creativa, honesta, responsable, cuidadosa, mi abuela dice que soy muy ágil y por eso me pide siempre ayuda, también soy buena en la mayoría de los cursos por no decir. Ah también soy muy puntual.

T: (sonrisas) si lo he visto siempre llegas más de 30 minutos temprano y eso es bueno. Ahora haremos la lista.

PUNTOS FUERTES
<ul style="list-style-type: none">• PUNTUAL• SOLIDARIA• INTELIGENTE• RESPECTUOSA• RESPONSABLE• CUIDADOSA• HONESTA• ÁGIL• CREATIVA

T: vemos la diferencia del día de hoy con la primera. Antes se te dificultaba expresar tus virtudes ahora a pesar de que hemos demorado un poco más has dicho más cosas y lo dijiste más decidida y segura.

P: si, ya lo vi, he pensado en las cosas buenas que tengo y me siento bien.

T: me alegra que estemos avanzando y que ya empieces a ver todas las cosas buenas que tienes en ti y no te juzgues solo por el peso.

P: ya voy aprendiendo. Entiendo que mi peso es solo una parte de mí y, pero también pueden ver mis virtudes. Aunque existe gente mala que solo quiere hacer daño como ese señor.

T: no siempre estarás rodeada de personas buenas o amigables y no todo lo que digan será cierto, por eso debes tener en cuenta quién eres tú y no te dejes llevar por lo que dicen.

P: lo sé.

T: ahora no olvides de hacer el diario y repasar siempre lo que aprendemos en la sesión, amarte, es algo de todos los días, no solo cuando venimos a psicología (sonrisas)

P:(sonrisas) si doctora siempre practico.

T: ahora acompáñame para darte la próxima cita.

P: gracias

Conclusión:

Se lograron los objetivos planificados.

SESIÓN #4 --- 26 de diciembre del 2018

Objetivos de la sesión:

- Lograr que la paciente note la importancia de cómo sus actividades afectan su estado de ánimo, generando también la reestructuración cognitiva de la paciente para obtener pensamientos más flexibles, objetivos y racionales.

Técnicas:

- ☐ Descubrimiento guiado.
- ☐ Psicoeducación.
- ☐ Reestructuración cognitiva.
- ☐ Programación de actividades.

Descripción de la sesión

T: buenas tardes Priscila, ¿Cómo estás?

P: bien, mucho mejor. Aunque preocupada porque olvide traer el diario de actividades.

T: entiendo, pero no te preocupes por olvidarlo, mejor cuéntame que escribiste en el diario.

P: pues esta semana discutí con mi hermana, porque yo no tenía dinero para comprarle el regalo que quería de cumpleaños, y le dije que no me hable así porque me hacía sentir mal, mi tía escucho y le grito a mi hermana y ella se fue molesta, lo que iba a escribir es que estuve a punto de llorar pensando que era mi culpa y busque cambiar ese pensamiento pues en realidad no era mi culpa por tanto no llore y me sentí mejor.

T: me alegra que hayas cambiado tu manera de pensar, eso hizo que te sintieras tranquila y por tanto ya no lloraras, ¿entonces que aprendimos?

P: aprendí que mi manera de pensar es lo que me afecta y no lo que sucede.

T: muy bien, nos afecta la manera de interpretar lo que sucede, perfecto eso debes ponerlo siempre en práctica. Entonces comenzaremos la sesión de hoy. Recuerdas como te sentías la primera vez que viniste a consulta.

P: si doctora.

T: lo anotare en la pizarra.

Visión negativa de mi
<ul style="list-style-type: none">• No me gusta verme en el espejo (brazos, piernas y barriga)• Algunas partes de mi rostro no me gustan• siento vergüenza de mi cuerpo• Me siento muy gorda

T: ¿en qué ocasiones te sientes gorda?

P: por ejemplo, yo tengo una amiga que es delgada y siempre dice “estoy gorda”, entonces yo decía que ella no estaba “gorda”, que yo pesaba más que ella, porque ella “si es bien linda”.

T: ah, ¿ella si es bien linda? ¿Es decir que tú te consideras fea?

P: a veces, me llego a sentir así. Aunque a veces pienso que mi nariz no está tan fea.

T: oh, ¿no es tan fea? ¿Entonces no te agrada?

P: si, pero tengo una pequeña cicatriz y a veces no me agrada.

T: a bueno, pero yo te veo y no veo una nariz “tan fea” veo una nariz normal, el gusto es relativo lo que tú puedes decir que es feo a otra persona le puede gustar o encantar.

P: también siento que solo yo tengo papada.

T: oh, vamos a ponerlo a prueba, la mayoría de personas tenemos papada, esto depende también de la posición en que pongamos nuestro rostro... si yo me muevo así, podrás ver la mía (sonrisas).

P: (sonrisas) tienes razón no soy la única. Que graciosa se ve tu papada.

T: (sonrisas) entonces estamos comprobando que no eres la única con papada.

P: (sonrisas) ya lo veo.

T: ahora dime con respecto a todo lo que has dicho, vamos a comprobar el resto, tú dices ser fea y tener una nariz no tan bonita.

P: si

T: dame alguna prueba que corrobore esto, ¿alguna vez en la calle alguien te ha dicho fea?, ¿te han dicho que tu nariz es no tan bonita o que es fea?

P: no, no me lo han dicho.

T: ¿alguien te ha dicho alguna vez que eres bonita?

P: si, eso sí me han dicho. (sonrisas).

T: entonces no hay pruebas que digan que tú eres fea.

P: pensándolo bien no, creo que soy la única que piensa eso.

T: entonces Priscila qué opinas de esto.

P: que está mal pensar así, que no debería pensar eso porque nadie todavía me ha dicho fea.

T: bien Priscila, debes poner a prueba tus pensamientos si es que tienes dudas de algo.

P: lo hare.

T: ahora para eso haremos un listado de las virtudes y defectos que encuentras en ti nuevamente:

VIRTUDES	DEFECTOS
Solidaria Inteligente Humilde Creativa	<ul style="list-style-type: none">● Perezosa● Molestosa● No soporto bromas● No me gusta mi cuerpo

T: Esto nos permite conocernos más, nuestras fortalezas y debilidades, ahora pasemos a definirte, elige palabras que te identifiquen:



T: ¿que no te gusta de tu cuerpo?

P: No me gustan mis piernas ni mi barriga, evito ponerme prendas cortas, porque pienso que mis compañeros me molestaran diciendo que estoy gorda, y eso me genera vergüenza

T: entiendo que te molesten los comentarios, ¿Qué te ha dicho la peditra?

P: que tengo sobre peso, pero solo unos kilos de más, que con una alimentación balanceada bajaré, que aún es por el desarrollo.

T: y estas comiendo balanceado, ¿que estamos haciendo para bajar de peso?

P: Nada

T: entonces solo evitamos prendas y no buscamos la manera de aliviar nuestro malestar.

P: he intentado bailar en casa, pero me da vergüenza de que se burlen de mí, porque mi primo dice “ya baila la gordita”

T: está bien, ¿qué edad tiene tu primo?

P: 7 años

T: ¿y crees que lo que dice es un comentario acertado?

P: pues no porque es un niño que no sabe lo que dice y le gusta molestar.

T: entonces y porque le hacemos caso, es mejor intentarlo que estar tristes pensando en nuestro peso ¿o qué opinas?

P: mi abuela dice que debemos aceptarnos como somos, valorarnos y descubrirnos, sin importar lo que opine el resto, debemos aceptarnos tal y como somos.

T: perfecto, todos somos valiosos, entonces ahora en casa buscaremos realizar las actividades que nos gustan, como bailar y hacer ejercicios prácticos para sentirnos bien con nosotros mismos para ir aceptándonos poco a poco.

P: está bien, me gustaría mucho intentarlo.

T: Finalmente, nos damos cuenta que algunos defectos te perjudican, entonces, como ya sabes y conoces mejor cuales tienes y de qué manera te perjudican, depende de ti modificarlos para que pueda tener más éxito en tus relaciones sociales.

P: Este sábado tengo una reunión con mis primos, no pensaba ir porque son grandes, pero si usted dice que debo generar más actividades iré, aunque quizá me aburra, pero acompañare a mi hermana.

T: eso me parece perfecto, debes distraerte y hacer las cosas que te gustan y si esto te agrada entonces hazlo.

P: si doctora lo haré, me gusta porque también hablo con mi abuelita y como comidas de Lima. (sonrisas).

T: ya me contarás como te va. Ahora Priscila cuéntame que actividades solías realizar que ahora ya no realizas.

P: hacia deporte, jugaba básquet, corría o bailaba en casa.

T: ¿y porque ya no lo haces?

P: porque no quiero que se burlen de mi cuando haga algo.

T: ¿Pero te gustaría hacerlo?

P: la verdad es que sí.

T: bien, vamos a empezar de apoco. Comenzaremos bailando diario, luego a correr. Y así vamos a realizar un horario de actividades. Lo traeremos para la próxima sesión y aquí te ayudare si tienes dudas.

Conclusión: Se lograron lo objetivos planteados para la sesión.

SESION #5 --- 29 de diciembre del 2018

Objetivos de la sesión:

- Entrenar a la paciente en habilidades sociales enfocándose en la comunicación asertiva diferenciándolo de los otros estilos.

Técnicas:

- Diálogo Expositivo.
- psicoeducación
- Role playing

Desarrollo de la sesión:

T: Buenas Tardes, Priscila. ¿cómo has estado?

P: ¡bien, bien!

T: ¿cómo te fue en tu reunión del sábado?

P: más o menos porque me aburrí, no había con quien conversar, mi abuelita estaba ocupada.

T: oh ya veo.

P: mis primos, ya son grandes como le dije. Aparte comí mucha mayonesa y me hizo mal, es que en mi casa no puedo comer eso porque no quiero que me salgan granitos.

T: ¿has ido al doctor?, si me ha dado algunas pastillas, pero estoy bien.

T: entiendo, ¿cómo te ha ido con las tareas?

P: mucho mejor, ya no me molesto por los problemas con mi hermana y ya no me siento culpable de las discusiones con ella porque ella es así.

T: ¿Cómo así?

P: renegona, por ejemplo: me pide mi dinero porque ella ya se gastó el dinero que le manda mi papá y como no se decirle NO, ella me obliga y yo acepto. A pesar de que me molesta porque estoy ahorrando para comprarme un ukelele. Pero ya vendrá a psicología en este hospital también, ya saco cita.

T: entiendo, justamente de eso vamos a hablar hoy. Hablaremos de la comunicación asertiva. ¿sabes que son las habilidades sociales?

P: es la manera como nos comunicamos.

T: exactamente. Pero antes muéstrame tu lista de actividades.

P: aquí esta.

T: ¿fue difícil hacerlo?

P: un poco, pero es lo que me gustaría hacer poco a poco.

LISTA

LUNES	BAILAR
MARTES	SALIR A CORRER – TOCAR UKELELE
MIERCOLES	HACER EJERCICIOS EN CASA
JUEVES	TOCAR UKELE
VIERNES	CORRER
SABADO	EJERCICIOS EN CASA
DOMINGO	DESCANSAR – TOCAR UKELE

T: muy bien, ahora debemos realizarlo, no es necesario que demores mucho, con 30 minutos basta e iremos aumentando el tiempo y actividades, así como las variaremos.

P: perfecto me gusta mucho la idea, ayer empecé.

T: bien Priscila, veo el cambio en tu ánimo eso me alegra.

P: si, mi abuela dice que ya estoy mejor y que no falte a las sesiones

T: eso me alegra ¿tú qué piensas?

P: que ya estoy mejor ya no lloro por las noches al contrario me pongo a escuchar música y ya veo mis series, duermo mejor, aunque a veces recuerdo algo ya no me afecta, por ejemplo, cuando mi primo me dice “ya baila la gordita”, ya no me afecta.

T: excelente, también lo he notado y eso es muy bueno, tienes una hermosa sonrisa. ahora si comenzamos con la sesión. cómo te mencionas hablaremos de las habilidades sociales.

Habilidades Sociales

Es el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal, que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación, mientras reduce la probabilidad de futuros problemas”.

P: Ahora comprendo que son habilidades sociales.

T: Muy bien, así mismo tenemos diversas maneras de comunicarnos.

Tipos de comunicación

AGRESIVO:

Antepone sus deseos y voluntad frente a la de los demás. Defiende sus derechos e intereses personales sin tener en cuenta al resto. Ven todo en términos de “ganar” o “perder” “Sólo importo yo”.

Conducta verbal	Conducta no verbal	Efectos
Impositiva	Mirada fija	Crea tensión
Con interrupciones	Gestos amenazantes	No visiona diferentes puntos de vista.
Elevado volumen de voz	Postura tensa	Genera rechazo “efecto círculo vicioso”, conflictos interpersonales, bloquea la comunicación.

PASIVO:

Antepone los deseos y la voluntad de los demás a la suya propia. Considera necesario ser querido y aprobado por el resto. Constante sensación de ser incomprendido. “Lo que yo piense no importa, importa lo que piensas tú”

Conducta verbal	Conducta no verbal	Efectos
Timida	Desvío de la mirada	Dificultad de conseguir los objetivos.
Volumen de voz bajo	Movimientos nerviosos	No defiende sus derechos.
Tono inseguro	Postura recogida	Nivel de autoestima baja, conflictos internos de la persona.

PASIVO-AGRESIVO:

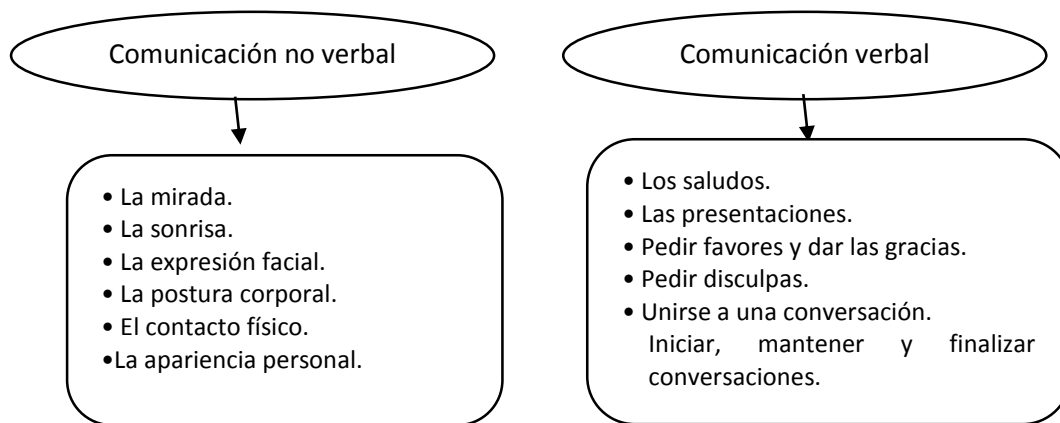
Utiliza la ironía o el sarcasmo como forma de defensa y de agredir a los demás de forma camuflada.

ASERTIVO:

Conocen sus propios derechos y los defienden respetando los derechos de los demás. Respeto por sí mismo y por los demás. Satisfacción en sus interrelaciones. No se sienten superiores ni inferiores a los demás.

Conducta verbal	Conducta no verbal	Efectos
Directa	Mirada segura-directa	Consigue sus objetivos.
Es firme	Gestos firmes	Satisfecho consigo mismo, defiende sus derechos, resuelve problemas planteados.
Voz sin vacilaciones	Postura relajada	Relaciones interpersonales positivas, es selectiva, sabe decir "no".

Se le explicó a la paciente las formas de comunicación:



Las habilidades sociales básicas consisten en saber iniciar conversaciones, mantenerlas y finalizarlas, hacer cumplidos y recibirlos, hacer peticiones: pedir un favor y decir no, hacer críticas y saber recibir críticas, así como expresar nuestras emociones.

T: Entonces hemos observado que la comunicación es tanto de tipo verbal y no verbal, la mayoría de lo que expresamos es no verbal es decir lo que nuestro cuerpo manifiesta. Ahora dime cuando tu hermana grita que estilo está utilizando.

P: pues el agresivo, no le importa lo que yo pienso, me pone tensa, no toma mi punto de vista, y su voz tiene un volumen muy alto.

T: ¿con cuál te identificas?

P: me identifico con la comunicación pasiva, porque me da miedo expresarme, me quedo callada, soy poco segura al hablar y tengo la voz muy baja, a veces pienso que lo que dicen los demás importa más.

T: ¿qué consideras que deberías hacer para cambiar?

P: debería mostrarme más segura de lo que digo, estar relajada y no hablar bajito.

T: entonces que estilo consideras correcto.

P: el asertivo, porque no se siente superior ni inferior y hace valer sus derechos

T: bien, debemos tener en cuenta que ambos extremos no son adecuados. Es decir, ni el estilo agresivo ni el pasivo. No debemos sobre reaccionar de manera agresiva cuando algo nos fastidia, irrita o enfada, pero tampoco debemos quedarnos callados y dejar nos falten el respeto.

P: yo debo ser más asertiva entonces, porque no me gusta quedarme callada pero no quiero hacer sentir mal a los demás.

T: exacto, ahora ya sabes cómo debes expresarte ante alguna situación. Entonces que consideras que es importante del tema de hoy.

P: la manera de hablar es importante pues nos permite expresarnos adecuadamente y con firmeza para que no pongan en nosotros ningún tipo de presión.

T: ahora practiquemos lo que acabamos de revisar. Imaginemos que yo soy tu hermana y te pido tu dinero que estas ahorrando. ¿cómo me hablarías asertivamente?

P: bueno, hermana no te daré mi dinero porque estoy ahorrando para comprarme algo que me gusta y tú ya te gastaste tu dinero, lo siento, pero no podré prestarte.

T: muy bien, Priscila. Ahora imaginemos que soy tu tía y estoy gritando porque sucedió un problema.

P: tía por favor no grites, no entendemos lo que quieres decir, si bajas un poco la voz sabremos lo que quieres, no se solucionan las cosas gritando.

T: perfecto Priscila. entonces ahora ya sabes cómo expresarte y que tipo de comunicación es la mejor, eso también nos sirve para expresarnos frente al público como en una exposición; por ejemplo, una persona que mueve las manos, camina al hablar, mantiene contacto visual con los que lo observan causa una mejor impresión al exponer, ¿cierto?

P: Si, eso es cierto.

T: Exacto, ponlo a prueba, no te fuerces, hazlo poco a poco, pero debes practicarlo día a día para que mejoremos nuestra manera de expresarnos.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planificados.

SESION #6 --- 05 de enero del 2019

Objetivos de la sesión:

- Entrenar a la paciente en habilidades sociales enfocándose en la comunicación asertiva diferenciándolo de los otros estilos.

Técnicas:

- ☐ Descubrimiento guiado
- ☐ Role playing

Desarrollo de la sesión:

T: Buenas tardes Priscila puntual como cada sesión.

P: si, le he dicho que soy muy puntual.

T: ya lo veo, ¿Cómo estás?

P: bien, tranquila, relajándome en casa y haciendo las actividades que quedamos.

T: ¿Cómo te va con eso?

P: bien, ya me estoy adaptando a los ejercicios, ya me duelen menos las piernas y me siento más ligera.

T: que bueno eso me alegra, ya poco a poco el cuerpo se adapta, el comienzo suele ser difícil, felicitaciones por seguir las recomendaciones.

P: si, fue difícil al inicio, pero ya ando mejorando. Me siento muy contenta, ahora soy más activa, hasta mi abuelita a veces sale a caminar conmigo porque ella no puede correr. (risas)

T: eso es muy bueno, ya veo que tu abuelita también está ejercitándose, ahora cambiando de tema continuaremos con la sesión anterior. ¿recuerdas de que hablamos?

P: si, de las habilidades sociales y los estilos de comunicación.

T: perfecto, ahora que recuerdas lo hablado, vamos a poner situaciones que te suceden día a día y veremos cómo te comunicas. ¿en qué situaciones consideras que tendrías que ser más asertiva?

P: por ejemplo, cuando mis amigas no me invitan a sus conversaciones.

T: ¿Qué haces en esa situación?

P: les digo que me incluyan, que también quiero ser parte de lo que hablan.

T: ¿y cómo lo haces? ¿Cómo es tu tono de voz? ¿tus gestos?

P: ah, se puede decir que tengo la voz baja, esquivo sus miradas, me pongo tensa, creo que me ruborizo.

T: ¿eso quiere decir que te expresa bien o mal?

P: pues ahora veo que me expreso mal, no lo había visto así, pensándolo bien quizá también eso hace que me ignoren y no me tomen en cuenta.

T: ¿y cómo deberías expresarte?

P: pues debo mirarlas fijamente, mi tono de voz debe ser firme, estar relajada y expresar mis sentimientos o lo que quiero decir sin sentir miedo.

T: ¿y eso como te haría sentir?

P: segura de lo que digo y me sentiría escuchada.

T: eso es muy bueno. Ahora practiquemos. Pongamos otro ejemplo.

P: ya, cuando mis amigas quieren hacer un trabajo conmigo y quiero decir NO pero no sé cómo hacerlo.

T: bien, ahora imaginemos que yo soy una de tus amigas dime como deberías actuar si te digo: ¿Priscila quieres hacer el trabajo conmigo?

P: bueno, esta vez no podré hacer el trabajo contigo porque la última vez que trabajamos juntas yo hice la mayor parte del trabajo y esta vez quiero avanzar sola, quizá el próximo trabajo lo hacemos juntas.

T: muy bien, ¿cómo se sintió?

P: la verdad se sintió bien, he encontrado las palabras adecuadas para expresarme, aunque si es algo difícil mirar a los ojos, pero lo demás estuvo bien, creo que demoré un poco en decir lo que pensaba.

T: pues solo un poco porque has tenido que pensar rápidamente, pero ya cuando te suceda sabrás que decir. Me has mirado fijamente, tu voz se elevó un poco para que pueda escucharte y te he visto relajada. Muy bien hecho.

P: si levantar un poco más la voz me servirá, tengo la voz un poco baja.

T: te acostumbras. Perfecto es todo por el día de hoy.

P: lo pondré en práctica cada vez que pueda.

T: muy bien, nos vemos pronto. Has trabajado muy bien el día de hoy

P: gracias.

Conclusión

Se alcanzaron los objetivos planificados.

SESION #7 --- 08 de enero del 2019

Objetivos de la sesión:

- Lograr que la paciente pueda identificar sus estados de tensión y ansiedad para permitirse llegar a un estado de relajación a través de la técnica de Respiración.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo

- Respiración Diafragmática
- Modelado
- Retroalimentación
- Asignación de tareas

Descripción de la sesión:

T: Bien Priscila ¿cómo estás?

P: bien, me siento tranquila.

T: cuéntame, cuando no puedes dormir ¿cómo te sientes?

P: tensa, me muevo por toda la cama y no puedo.

T: Y en que otras situaciones te sientes tensa.

P: cuando tengo algún examen.

T: para eso hoy practicaremos un ejercicio de respiración que nos permitirá relajarnos cada vez que lo necesites.

P: está bien, me gustaría aprender.

T: Perfecto, el día de hoy vamos a realizar una técnica de respiración la cual nos ayuda a disminuir nuestros niveles de tensión. Así cuando estés tensa sabrás como relajarte. ¿alguna duda?

P: No ninguna

T: te diré que es la respiración diafragmática.

los músculos que intervienen en la respiración es el **diafragma respiratorio**, se habla de respiración diafragmática. Es decir, cuando respiramos, sea como sea, trabajan varias zonas musculares, pero en la respiración diafragmática el “trabajo” o movimiento muscular se centra en la zona baja de los pulmones, en la zona diafragmática. El diafragma, al moverse, mueve el abdomen, y por eso también se habla de respiración abdominal (no porque el abdomen trabaje en la respiración).

Ventajas de la respiración diafragmática.

- lleva gran cantidad de oxígeno a los pulmones
- ventila y limpia los pulmones
- activa la respuesta de relajación del organismo
- estimula al corazón y la circulación
- masajea los órganos
- ayuda al tránsito intestinal
- La respiración diafragmática se puede dirigir y mejorar.

T: La técnica de respiración abdominal requiere la aplicación de ciertos requisitos y la realización de algunos pasos. Vamos a verlos en este cuadro:

Requisitos

Lugar de aplicación: Tranquilo, sin ruidos ni distractores, ventilado y con iluminación apropiada.

Vestimenta: No ropa ajustada, al contrario, tiene que ser ropa suelta y evitar el uso de accesorios: anillos, reloj, aretes.

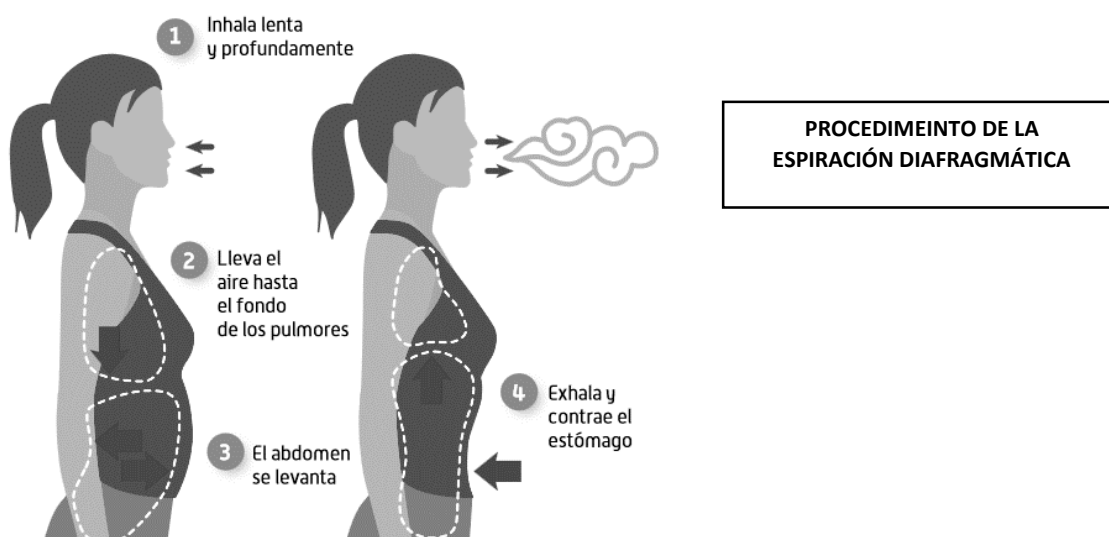
T: En cuanto a los pasos lo que tenemos que hacer es inhalar a través de la nariz, mantener el aire por unos 6 segundos y luego expulsas el aire a través de la boca haciendo forma de “O” de manera lenta. Primero lo haré yo y luego lo harás tú.
¿Está bien?

P: Sí doctora.

T: la cantidad de pulsaciones por minuto normalmente está entre 60 y 80 ppm y esto cambia en función del nivel de ansiedad que se tenga en el momento. Tenemos una medida “subjetiva”, es decir que depende de la propia percepción y valoración de tus niveles de ansiedad. Las cuales se llaman USAs o “Unidades Subjetivas de Ansiedad”. Las USAs nos permiten asignar una puntuación a nuestra ansiedad, donde 0 es “nada de ansiedad”, 5 es más o menos, y 10 es “demasiada ansiedad”. Es cómo un termómetro y el valor que asignes depende de tu propia percepción de cuan ansiosa te sientes tú en un momento determinado. En este momento, ¿cuán ansiosa crees que estás del 0 al 10?

P: creo que un 3 de 10.

T: la valoración no es buena ni mala, depende de lo que percibas. obsérvame detenidamente respiraré.



T: Ahora que ya sabemos cómo realizar el ejercicio pasaremos a medir nuestras pulsaciones.

Ponemos el dedo índice y medio de tu mano y ubícalos en tu muñeca tratando de encontrar la arteria radial y sentiremos pequeños latidos, usaremos el cronometro por 30 segundos y lo multiplicamos por dos



T: Ahora pasaremos a medir nuestras pulsaciones durante 30 segundos y luego lo multiplicaremos por 2.

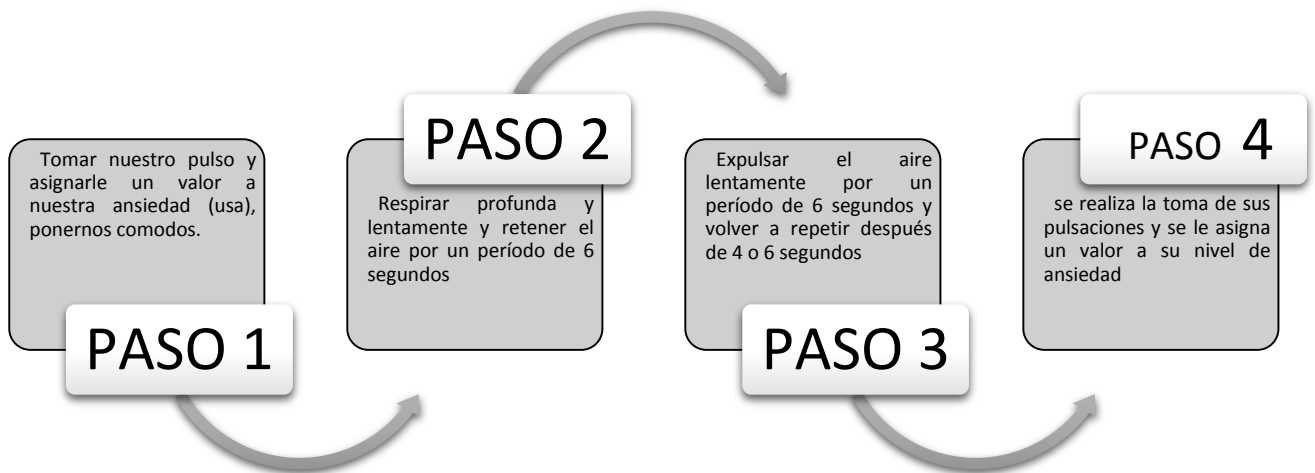
P: Esta bien

T: ¿Cuántas pulsaciones tienes?

P: Tengo en total 74

T: Intentaremos disminuir esas pulsaciones. Aunque nos encontramos relajadas.

P: bien.



P: Esta bien.

(Ejercicios de respiración **)

T: mediremos nuevamente las pulsaciones.

	ETAPA 1	
	PULSACIONES INICIALES	PULSACIONES FINALES Ejercicio 1
USAs	3/10	5/10
PPM	74	85

T: tus pulsaciones han aumentado, ¿cómo te has sentido?

P: me ha dado mucha risa, creo que por eso no lo hice bien.

T: podría ser, ahora intentemos no reírnos y concentrarnos. ¿está bien?, ya te enseñé como medimos el pulso, te toca a ti.

P: (mide).

T: ¿cuánto contamos?

P: en total 74 nuevamente.

T: bien ahora realiza el ejercicio sola.

P: (Ejercicios de respiración **)

T: ¿Cuántos pulsaciones tenemos?

P: tenemos 67. ¡funciono!

T: si, como vemos ya lo hiciste más tranquila y te has relajado.

	ETAPA 2	
	PULSACIONES INICIALES Ejercicio 1	PULSACIONES FINALES Ejercicio 2
USAs	5/10	3/10
PPM	85	67

P: Me siento muy relajada, me ha dado sueño (bosteza).

T: podríamos practicarlo antes de dormir y cuando lo necesites.

P: Si, doctora, lo hare. Más cuando debo exponer.

T: Por eso vamos a dejar una tarea, vas a realizar lo mismo en casa ya que la próxima sesión lo harás tu sola. Debes hacerlo sentada o semisentada pero no mientras ya estés acostada en tu cama justo antes de dormir. Recuérdalo.

P: Esta bien.

T: ¿Qué opinas de esta sesión?

P: me va a servir mucho.

T: me parece muy bien que te agraden, por ahora ya hemos terminado nuestra sesión.

P: Muchas gracias.

Conclusión:

Se alcanzaron los objetivos planteados.

SESION #7 --- 12 de enero del 2019

Objetivos de la sesión:

- Lograr que la paciente modifique sus pensamientos disfuncionales por otros más flexibles, objetivos y racionales.

Técnicas:

- Reestructuración cognitiva.

Estrategias:

- Retroalimentación

Descripción de la sesión:

T: Buenas tardes Priscila, ¿Cómo has estado?

P: Bien, doctora.

T: qué bueno que te veo con falda, hace mucho calor ya quisiera yo estar tan fresca como tú.

P: si, ya me animé a ponerme falda.

T: eso está muy bien, vamos por buen camino.

P: si doctora, ya me siento mucho mejor conmigo misma y ya no tengo pensamientos malos.

T: excelente, recuerdas lo que hablamos la sesión pasada con respecto a la belleza.

P: si, quedamos que la belleza era relativa, abstracta y dependía del concepto que tiene cada persona.

T: exacto, ¿y que me dijiste tú con respecto a tu belleza?

P: que me sentía fea.

T: te sentías fea, vemos que vamos mejorando. Ahora estableceremos porcentajes para ver qué tan fea nos sentimos en el día y en que ocasiones nos sentimos bonitas.

P: está bien.

T: ¿en qué momento del día tú te sientes fea?

P: cuando me levanto de dormir y me miro en el espejo.

P: cuanto de porcentaje de fealdad le asignas.

P: si, no me siento tan fea, está bien 2%

Momento	Porcentaje de fealdad
● Al levantarme	● 2%

T: Continuemos ¿durante el día en que momentos nos sentimos bonitas?

P: cuando ya me peino y me cambio. Creo que la mayor parte del día. vamos a poner 80% porque no es durante todo el día.

T: si está bien.

Momento	Porcentaje de belleza
<ul style="list-style-type: none">• La mayor parte del día	<ul style="list-style-type: none">• 80%

T: ahora viene la pregunta pues nos falta un 18%, entonces te pregunto ¿Dónde está?, ¿en qué situaciones nos sentimos fea?

P: pues cuando veo mi papada, cuando veo la marquita en mi nariz y cuando me sale acné.

Momento	Porcentaje de fealdad
<ul style="list-style-type: none">• Ver la marca de mi nariz.• Ver mi papada.• Cuando me sale acné.	<ul style="list-style-type: none">• 18%

T: entonces vemos que el 80% del día te sientes más bonita que fea. Ahora tu dime ¿qué opinas?, según tu punto de vista, y los porcentajes asignados, las evidencias demuestran que... ¿eres bonita o fea?

P: (sonrisas) Bonita, soy bonita.

T: podemos ver que todo lo manifestado por ti apuntan a la respuesta de que tú eres bonita. ¡Tú ya lo has dicho! Ahora hablaremos de ese 18% que nos afecta.

¿Tú crees que eres la única persona que tiene papada?

P: no, la sesión pasada me dijo que la mayoría de personas tenían papada, pero no todas las personas tienen una marca en la nariz por la varicela.

T: bueno, no todas las personas tienen una marca en la nariz por la varicela, pero algunos la tienen en otra parte del rostro, por ejemplo, mi hermano tiene una marca al lado del ojo, debido a la varicela. ¿eres la única con una marca? (sonrisas)

P: pensé que sí, no sabía que otros también tenían marcas.

T: y saber esto ¿Cómo te hace sentir?

P: más tranquila, pensé que era la única.

T: a ver ahora dime: ¿Cuándo consideras que una nariz es fea?

P: cuando tienen una nariz grande o en forma encorvada.

T: ¿tu dirías entonces que tu nariz es fea?

P: ah, no mi nariz no es fea, solo tiene una marquita que quizá se borre.

T: exacto, entonces estas afirmando que tu nariz es bonita.

P: si, ahora veo que sí, no lo había visto desde ese punto. Mi nariz no es nada fea (sonrisas)

T: ves Priscila como vemos estas comprobando tu sola que lo que observas y te genera malestar es debido a tus pensamientos.

P: si doctora.

T: ahora dime ¿consideras que eres la única persona que tiene acné?

P: a pues pensándolo bien no, la mayoría de adolescentes tienen acné y es algo pasajero.

T: exacto, no eres la única, ¿Cómo te hace sentir saber que no eres la única persona que pasa por esta situación?

P: más tranquila, ahora ya me siento satisfecha conmigo, no tengo fundamentos para decirte que soy fea, entonces por lógica no lo soy. (sonrisas) es algo que no pensé decir, me siento mejor.

T: la lógica como tú lo has dicho nos dice que eres bonita. Ahora te mostrare algunas imágenes, qué opinas de esta imagen número 1 ¿es bonita o fea para ti? Ponle porcentajes

IMAGEN #1



P: es bonita, aunque no tan bonita porque sus labios son muy delgados y no me gustan. 80% bonita

T: ahora dime, en esta segunda imagen, ¿son bonitas o feas para ti? 70 % fea

IMAGEN #2



P: (risas) no son tan bonitas, feas se podría decir.

T: por último, esta imagen, ¿es bonita o fea para ti?

IMAGEN #3



P: es bonita, aunque no están bonita como la primera, diría que es normal. 75%
bonita

T: ahora dime de estas tres imágenes, ¿con cuál te identificarías?



1



2



3

P: viendo estas imágenes yo me pondría 70% bonita. Así que me identifico con la tercera, no soy super bonita ni mucho menos muy fea. Soy normal, soy bonita.

T: ¿y eso como te hace sentir?

P: bien, ya que ahora sé que soy bonita, no seré como la primera, pero soy bonita.

T: muy bien Priscila podemos ver entonces que el gusto es relativo, es abstracto como ya habíamos quedado, lo que es bonito para ti, quizá no lo sea para mí y viceversa, es depende la persona y su concepto de belleza, entonces no debemos guiarnos por el resto, debemos sentirnos cómodos y tranquilos con nosotros. y por último te mostrare esta imagen.



T: podemos ver que no todas al levantarnos, nos levantamos arregladas. Vemos aquí claramente que al levantarse es un rostro diferente. ¡no eres la única! (risas)

P: si doctora ya lo entendí, y me siento más aliviada y cómoda conmigo misma, ya no pensare que soy fea. Y si lo pienso buscare la evidencia para saber si lo que pienso es cierto o no.

T: me parece muy bien, hemos avanzado muy bien las sesiones, me alegra que ya estemos mucho mejor.

P: si doctora, gracias a usted he cambiado demasiado, diría que ahora pienso de manera más sana.

T: perfecto, todos los días practica todo lo que hemos aprendido, ¡tú puedes!, ahora practicaremos el ejercicio de respiración como lo había mencionado.

P: si doctora. (realiza el ejercicio)

T: muy bien Priscila veo que estas practicando, eso es muy bueno.

P: Gracias, doctora.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planificados.

Sesión #9 --- 15 de enero del 2019

Objetivos de la sesión

- Entrenar a la paciente en Solución de Problemas como estrategia de afronte a las probables dificultades que su entorno le genere.

Técnicas

- Psicoeducación
- Solución de Problemas

Descripción de la sesión

T: buenas tardes Priscila ¿Cómo estás?

P: bien doctora.

T: eso me alegra. ¿Cómo nos va con lo aprendido en las sesiones anteriores?

P: si doctora, por ejemplo: ayer hable con mis primos de manera asertiva para que pudieran por favor ayudar a mi abuela con las cosas de la casa, ya que ella está muy viejita y no puede sola, mis primos no ayudan en nada.

T: ¿y cómo te fue?

P: pues no me hicieron caso porque son desconsiderados pero mi tía me felicitó por querer ayudar a mi abuela.

T: me parece muy bien que quieras ayudar a tu abuela, pero cuéntame ¿Cómo te expresaste? ¿Cómo fue tu tono de voz? ¿tu mirada?

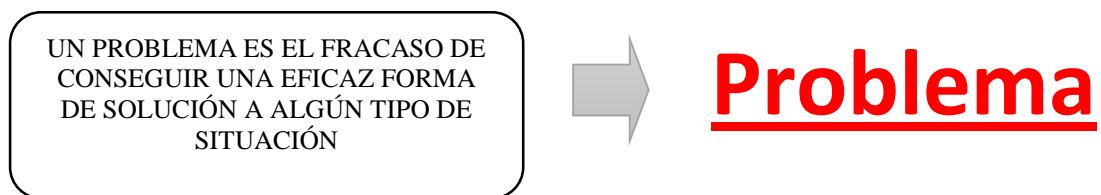
P: Busque ser asertiva como lo usted lo mencionó, mi tono de voz fue firme y mi voz no vaciló, mi mirada fue directa y segura, con una postura relajada y escuche las opiniones de los demás y también de las mías, Aunque no funcionó me puso

triste que ellos no sean conscientes de las cosas, pero sé que al menos intenté ayudar, aunque no fue como esperaba, sé que no es mi culpa.

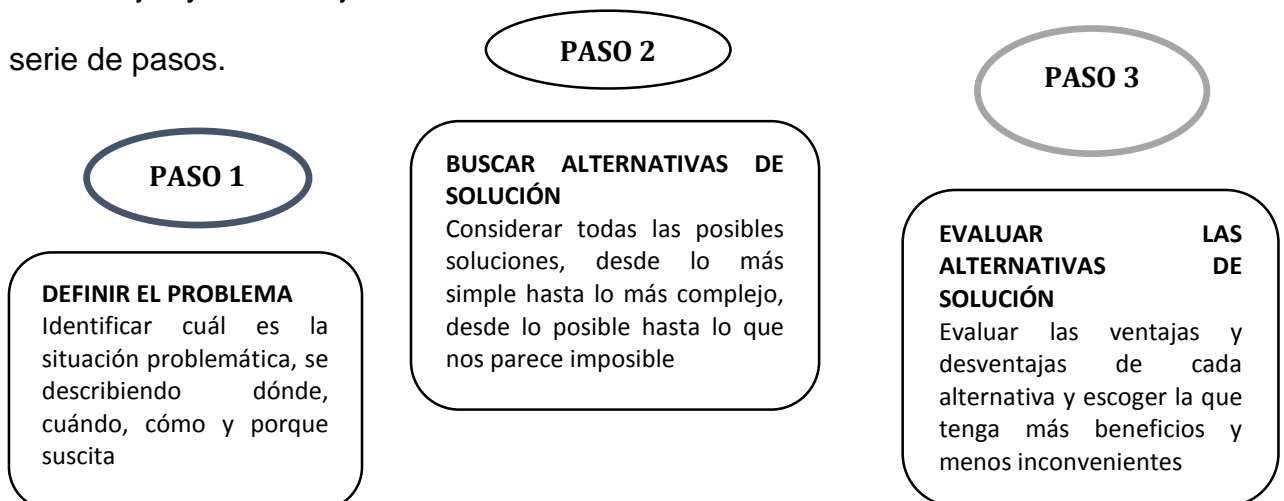
T: a veces las cosas no se dan como queremos y eso nos suele frustrar, pero, no por eso debemos sentirnos culpables y dejar de comunicarnos asertivamente, que no funcione en este caso es problema de las personas que no quieren entender.

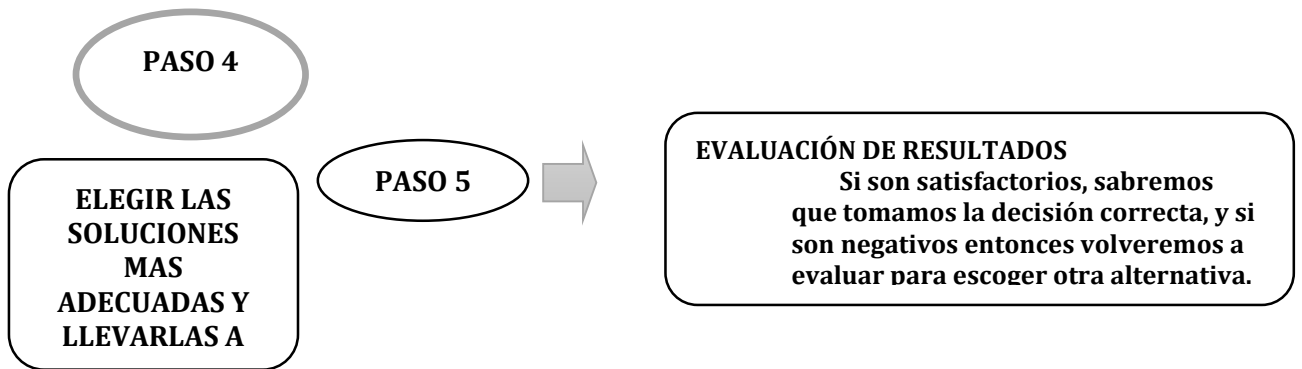
P: Ahora lo sé doctora.

T: Bueno Priscila, ya estamos llegando al final del proceso psicoterapéutico y hoy vamos a trabajar lo que se denomina Solución de Problemas, con la finalidad de que puedas resolver exitosamente toda situación que pueda ocurrir en el futuro y que pueda ocasionarte dificultades. Comenzaremos definiendo que es un **problema**.



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





T: ahora Priscila ¿tenemos alguna duda?

P: no, todo está claro.

T: bien, entonces dime alguna situación que tu consideras un problema.

P: Bueno, como le había comentado, en casa soy la única a la que mandan a comprar en las mañanas y eso para mí es muy molesto.

T: Entonces pasaremos a analizar el problema.

1

PROBLEMA: Ir a comprar por las mañanas porque a pesar de haber varias personas para ir todas las veces voy yo.

- **Hablar con mi abuela para que les diga a otros para ir.**
- **Decirle a mi abuela que ya no iré**
- **Decirle a mi abuela que vayan dejando un día**

2

ALTERNATIVAS	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Hablar con mi abuela para que les diga a otros para ir.	Podría expresarle mi incomodidad y me sentiría escuchada	Mi abuela se sorprendería de mi reacción

3

Decirle a mi abuela que ya no iré.	Ya no tendría que, preocuparme por arreglarme para ir a comprar.	Mi abuela sentiría que desobedezco sus órdenes. No habría quién vaya a comprar porque ellos no obedecen.
Decirle a mi abuela que iré dejando un día	Aún estaría apoyando a mi abuela, pero también los demás tendrían que apoyar.	Los demás no apoyarían, esperan que todo esté listo.

T: Bien Priscila, como observas en el cuadro, todas las alternativas de solución tienen ventajas y desventajas ya que no existe la solución perfecta, pero si la que mejor se adapte a nuestros intereses. ¿tú deseas realmente sentirte tranquila?

P: Si, deseo expresarme y que me tomen en cuenta, pero no quiero que mi abuela se sienta mal.

T: Entonces si eso es lo que realmente quieres, ¿cuál te parece que es la alternativa que mejor se adapta a ese interés?

P: Creo que sería bueno que hable con mi abuela y le exprese lo que deseo.

T: Eso sería adecuado, pero como sabes eso trae consecuencias como que tu abuela se sorprenda por tu reacción.

P: Es cierto, pero no sería tan malo, quizá no pase nada malo. Al menos me escucharía y sabría mi incomodidad.

T: Muy bien Priscila, al tomar una decisión sucede que debemos disfrutar las ventajas que te trae y asumir con responsabilidad las desventajas, es decir, es mejor ser responsables de nuestros propios actos en el presente y siempre recordar que cada acto o decisión que tomemos hoy traerá consecuencias en el futuro.

P: Sí, he tomado la decisión de hablar con mi abuela.

T: Es muy bueno que lo entiendas y lo apliques de ahora en adelante

4	SOLUCION
Hablar con mi abuela para que les diga a otros para ir.	

T: ahora debes poner en práctica lo que hemos aprendido hoy y la próxima y última sesión veremos cómo hemos practicado esto y la mejora obtenida gracias a la psicoterapia.

P: gracias, doctora me siento mucho mejor y practicare la solución de problemas.

Conclusión

Se lograron los objetivos planteados para la sesión.

SESION #10 --- 19 de enero del 2019

Objetivos de la sesión

- Entrenar a la paciente en Solución de Problemas como estrategia de afronte a las probables dificultades que su entorno le genere.

Técnicas:

- Diálogo Expositivo.
- psicoeducación
- Role playing

Desarrollo de la sesión:

T: buenas tardes Priscila. ¿Cómo te va?

P: buenas tardes

T: hoy te veo muy contenta ¿es por algo en especial?

P: si, estoy aprendiendo a tocar el ukelele y me va muy bien, estoy pensando luego en tocar guitarra, eso me tiene muy contenta porque ya realizo mis actividades con normalidad.

T: eso me alegra Priscila y ¿a qué crees que se deba el cambio?

P: pues a todo lo que me ha enseñado, tengo otra manera de ver las cosas y me agrada sentirme mejor.

T: eso es buen y has estado practicando lo que aprendiste la sesión anterior.

P: si, traje ejemplos.

T: muy bien, primero dime los pasos de la solución de problemas.

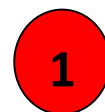
P:

PASOS
<ul style="list-style-type: none">● DEFINIR EL PROBLEMA● BUSCAR ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN● EVALUAR LAS ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN● ELEGIR LAS SOLUCIONES MAS ADECUADAS Y LLEVARLAS A CABO● EVALUACIÓN DE RESULTADOS

T: ahora vamos a colocar los ejemplos, dime alguna situación que consideres que es para ti un problema.

P:

PROBLEMA: hacer grupo con mis amigas y yo hacer todo el trabajo.



- **Negarme a hacer grupo con ellas y buscar otras compañeras.**
- **Comunicar mi malestar**
- **No hacer grupo y trabajar sola**

P: ahora cuales son las alternativas.

T: las he estado pensando.



ALTERNATIVAS	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Negarme a hacer grupo con ellas y buscar otras compañeras.	No tendría mucho trabajo que hacer sola y expandiría mi grupo de trabajo.	Mis amigas se molestarían y me dejarían de hablar
Comunicar mi malestar	Me sentiría escuchada y vería si toman mi opinión en cuenta, si no me hacen caso me retiró del grupo.	Es posible que no me hagan caso y me gane su enemistad
No hacer grupo y trabajar sola	Demostraría mis conocimientos sin preocuparme por el grupo	Los profesores y alumnos quizá piensen que busco sentirme superior o algo así.

T: ¿Cuál crees que sería la mejor solución a tu problema?

P:



SOLUCION

Comunicar mi malestar

T: ¿Qué nos hemos dado cuenta al evaluar las alternativas de solución?

P: que no necesariamente una solución tiene solo ventajas pues también tiene consecuencias que se deben asumir porque es lo mejor para uno. Si mis amigas no me hacen caso y siguen dejándome todo el trabajo para mi ya no haré grupo

con ellas a pesar de que me gane su enemistad. Al final yo soy la que trabajo y me lleno de cosas que hacer y no tengo tiempo para estudiar y me perjudico.

T: como bien lo has dicho las consecuencias se deben asumir porque para eso analizamos un problema y ya sabemos que es lo que podría causar nuestra decisión. Una vez que tomes la solución luego evalúas los resultados y analizas que es lo que debes hacer en otra ocasión.

P: si lo entendí bien.

T: ahora pongamos en una situación futura que podría suceder como también no. ¿Qué problema futuro crees tú que podrías tener?

P: ah, en el futuro. Pongamos la situación que ya sucedió y que quizá suceda otra vez porque la gente a veces es mala.

T: ¿a ver cuál será?

P:

PROBLEMA: que una persona desconocida me llame gorda
<ul style="list-style-type: none">● Ignorarlo● Hablar con esta persona y decirle que cual es su motivo para decir un comentario ofensivo.

1

2

T: oh ya veo, ahora analicemos.

P:

3

ALTERNATIVAS

VENTAJAS

DESVENTAJAS

Ignorarlo	Le demostraría que su comentario no me importa	No sabría el porqué de su comentario
Hablar con esta persona y decirle que cual es su motivo para decir un comentario ofensivo.	Sabría el motivo de su comentario y le haría saber mi opinión con respecto a su persona	Quizá no me responda

T: ¿cuál sería la mejor solución para ti?

P:

SOLUCION



Hablar con esta persona y decirle que cual es su motivo para decir un comentario ofensivo.

T: ¿Cómo te haría sentir esa solución?

P: más tranquila porque conocería el motivo de su comentario, quizá a él lo tratan así y busca desquitarse conmigo y si no responde le diría que: “si no tiene algo bueno que decir es mejor que no comente.”

T: me parece muy bien esa manera sana de pensar, estamos cambiando nuestro pensamiento por uno más adaptativo.

P: si, la primera vez ese comentario me agarró desprevenida y con todo lo que atravesaba en el colegio o en casa, como esos comentario y actitudes que no me agradaban, todo se juntó. Pero ahora ya me siento mejor.

T: es bueno que estés preparada para futuras situación y así prevenir recaídas.

P: si doctora, lo tengo muy en cuenta.

T: bien ahora hemos acabado esta sesión. La próxima me comentarás sobre una situación problemática que pasaste y como la solucionaste.

P: muy bien.

Conclusión

Se lograron los objetivos planteados para la sesión.

Sesión #11--- 22 de enero del 2019

Objetivos de la sesión

- Entrenar a la paciente en Solución de Problemas para así aprender a responder adecuadamente al medio en el que se encuentre.

Técnicas

- Psicoeducación
- Solución de Problemas

Estrategia

- Feedback

Descripción de la sesión

T: buenas tardes Priscila, cuéntame ¿cómo estás el día de hoy? Te veo muy contenta.

P: bien doctora, es que me compraron mi ukelele.

T: perfecto.

P: si, además me siento más cómoda con mi cuerpo.

T: ¿cómo así?

P: ayer salí con mi tía y me puse short y estuve así casi todo el día, prenda que antes no hubiera usado por muchas horas, porque no me sentía bien ni atractiva, pero ayer solo me lo puse y me sentí muy bien.

T: veo que hoy usas falda también.

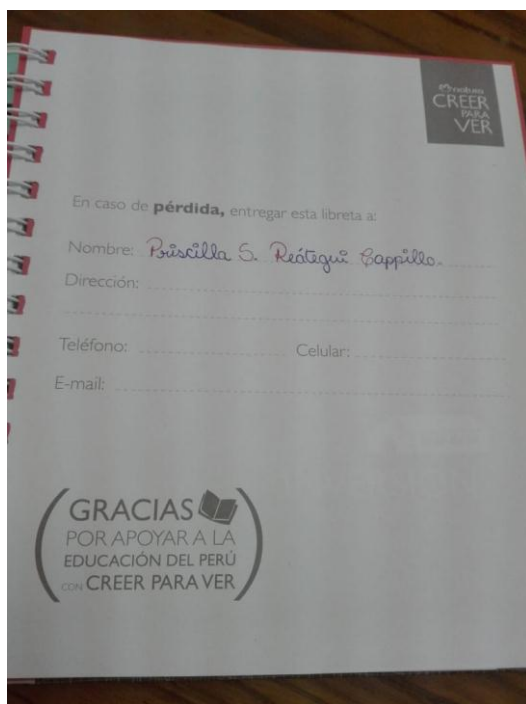
P: si, me siento muy cómoda y contenta por los logros.

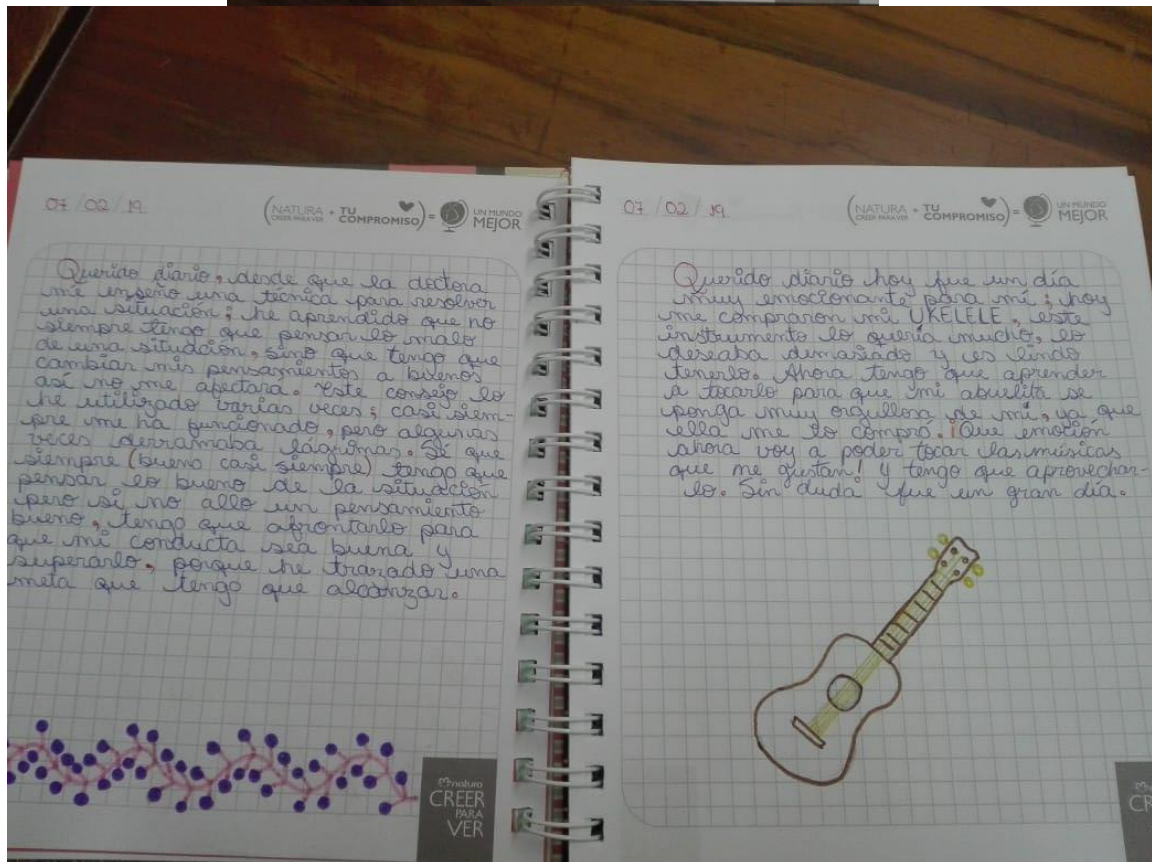
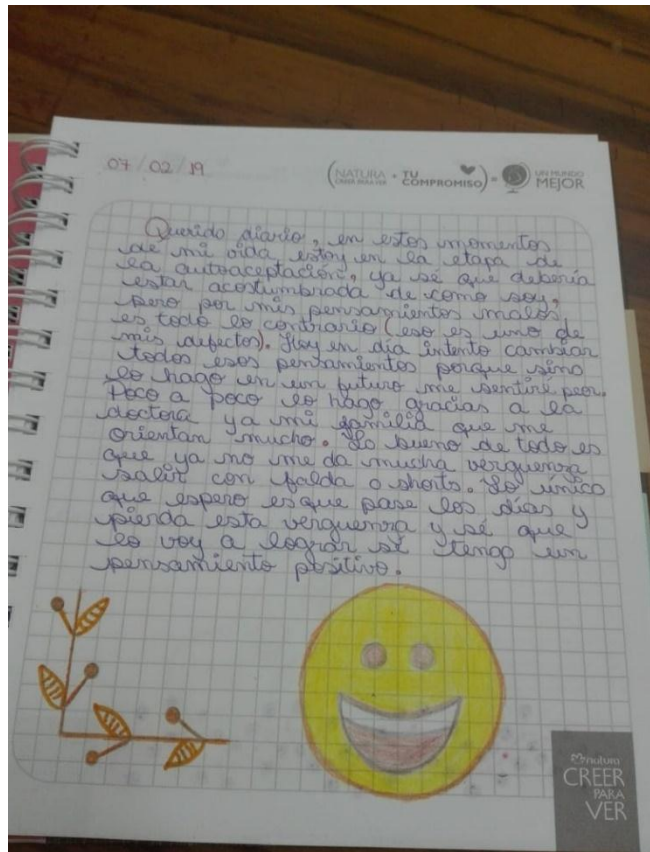
T: muy bien Priscila, te ves muy hermosa así.

P: gracias (risas)

T: ahora cuéntame ¿cómo va el diario ya que veo que lo tienes en mano?

P: bien, quería mostrarle lo que escribí para usted.





P: escribí todo lo aprendido en las sesiones, ya que me siento muy agradecida con usted y lo que me ha enseñado.

T: gracias Priscila, veo que hemos aprendido muy bien.

P: si doctora. También puse en práctica la solución de problemas y me ha ido muy bien

T: bien a ver explícame ¿cuáles eran los pasos para la solución de problemas?

P:

PASOS
<ul style="list-style-type: none">• DEFINIR EL PROBLEMA• BUSCAR ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN• EVALUAR LAS ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN• ELEGIR LAS SOLUCIONES MAS ADECUADAS Y LLEVARLAS A CABO• EVALUACIÓN DE RESULTADOS

T: ahora dame tu ejemplo

PROBLEMA: mi hermana me pidió dinero
<ul style="list-style-type: none">• Negarme• Prestarle• Darle solo un poco de lo que me pide

ALTERNATIVAS	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Negarme	Tendría dinero para comprar mi ukelele que quiero comprarme hace tiempo	Perdería el dinero que necesito para comprarme mi ukelele Mi hermana se molestaría

Prestarle	Mi hermana me querría mas	No tendría el dinero que necesito.
Darle solo un poco de lo que me pide	Mi hermana estaría contenta	De igual manera me faltaría dinero para mi ukelele.

SOLUCION

T:

Negarme.

Excelente Priscila ¿cómo te sentiste realizando estos pasos?

P: bien, ya que analicé todo paso a paso en poco tiempo, decidí lo correcto porque ella se gasta su dinero comiendo y no era justo que yo no pueda comprarme cosas que me gustan por darle a ella.

T: como vimos toda decisión tiene consecuencias ¿qué dificultades tuviste con esta decisión? ¿Cuál sería la evaluación de los resultados?

P: mi hermana se molestó y dijo que no me hablaría, pero ya no es mi culpa, el dinero es mío.

T: bien Priscila y como vemos al final si lograste comprarte el ukelele.

P: si, porque si le hubiera dado el dinero ya no lo hubiera comprado.

T: debemos seguir practicando para que podamos tomar decisiones adecuadas de manera precisa y rápida cada día.

P: si doctora, gracias.

T: ¿alguna duda?

P: no doctora.

T: bien entonces acompáñame a sacar la siguiente cita en 15 días donde realizare el seguimiento correspondiente para ver tu mejoría.

P: gracias.

T: realmente has mejorado y tu misma lo has expresado en cada sesión, te felicito por tus logros y espero verte como siempre puntual la próxima sesión.

Conclusión

Se lograron los objetivos planteados para la sesión.

SESIÓN #12 Seguimiento 1 --- 06 de febrero del 2019

Objetivos de la sesión:

- Realizar el seguimiento, así como aplicar pruebas psicométricas afectivas y emotivas con la finalidad de realizar el post- test y ver la evolución de los síntomas.

Técnicas:

- Retroalimentación

Instrumentos:

- . Cuestionario de depresión Infantil
- . Lista de chequeo de Ansiedad en niños

Descripción de la sesión

T: buenas tardes Priscila ¿cómo has estado? Al tiempo que nos vemos.

P: si doctora me alegra verla, todo ha estado muy bien.

T: ¿Cómo va tu estado de ánimo?

P: de maravilla doctora, ya no me siento triste ni deprimida, no tengo pensamientos malos, ya no me siento culpable por las discusiones con mi hermana entendí que ella es la que se enoja sola, he puesto en práctica todo lo que me ha recomendado, he podido cambiar mi pensamiento, teniendo una mejor emoción y conducta como usted dijo, aunque hay situaciones que siento que no puedo afrontar y pienso detenidamente y no me afecta tanto.

T: ¿Cómo que situaciones?

P: ya son cosas que escapan de mí, por ejemplo, cuando mi tía se enoja porque la casa no está limpia y empieza a gritarnos a todos, ella no razona y no es mi culpa, así que me calmo y me voy educadamente.

T: me parece muy bien que pongamos en práctica todo lo que hemos trabajado y como vamos con la solución de problemas.

P: bien doctora, ahora cada vez que sucede algo por más mínimo que sea pienso en lo que podría hacer y si realmente es un problema. Ya se viene el colegio y estoy nerviosa y a la vez emocionada porque podre tener nuevos amigos y practicar la comunicación asertiva que me enseñó.

T: oh ya empiezan tus clases ¿Cómo crees que te irá?

P: creo que bien, estoy más segura de mí misma y considero que lo que mis compañeros digan no me afectará, este año planeo nuevamente sacar el primer puesto y ya empezar a prepararme para la universidad.

T: y cómo van tus pasatiempos.

P: bien ahora realizo más ejercicio, salgo a correr con mi hermana y si ella no puede o peleamos salgo sola, ya no tengo miedo, también practico mi ukelele porque luego quiero tocar guitarra o aprender a cantar.

T: te veo más motivada. Eso es demasiado bueno. Tienes 14 años, eres buena alumna y una excelente persona y todo lo que te propongas lo lograras, para eso debemos pensar en positivo y afrontar los problemas que se nos presenten.

P: si, entendí que la tristeza es normal siempre y cuando sea pasajera porque obviamente hay cosas que nos ponen tristes, pero estamos en la capacidad de salir adelante, como yo ahora que ya no me siento triste.

T: exacto Priscila ¿y que de nuevo has hecho estas semanas?

P: Fui a comprar ropa antes de irme a Tarapoto.

T: ¿Qué tipo de prendas compramos? (risas)

P: (risas) aunque parezca increíble compre algunos shorts, faldas y polos. Ahora me siento mejor y mi abuela apoyó mi decisión, ella está contenta con mi cambio ahora dice que me veo más madura.

T: (risas) bien, eso está muy bien de vez en cuando debemos cambiar nuestro guarda ropa.

P: si, ahora lo hare buscare prendas que vayan bien con mi figura y que no me hagan ver tan niña.

T: dime ¿Cómo vamos con el ejercicio de respiración?

P: lo practico antes de dormir cuando no hay bulla para poder concentrarme mejor y me da mucho sueño, me hace sentir tranquila y duermo como un bebé.

T: bien realiza el ejercicio, quiero ver cómo estamos respirando.

P: está bien. (realiza el ejercicio).

T: muy bien veo que ya encuentras más rápido el pulso.

P: si, como usted dice, la practica hace al maestro. (risas).

T: perfecto Priscila (risas), hemos acabado la terapia veo que todo ha estado muy bien, eres una persona capaz y muy inteligente, has sido muy puntual y dedicada, me alegra mucho que ambas hemos cumplido con los acuerdos y hemos hecho de esta terapia muy efectiva, te deseo lo mejor en esta nueva etapa.

P: gracias doctora me voy feliz por todo lo ayudado, me motivo a seguir adelante y a buscar nuevas cosas como lo del ukelele o hacer ejercicios, son cosas que veía difícil pero ahora lo hago, aunque recién aprendo lo del ukelele sé que lo hare mejor con la práctica.

T: Es cierto la práctica hace al maestro.

Finalmente, se aplicó el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y Lista de chequeo de Ansiedad en niños.

Conclusión

Se lograron lo objetivos planteados para la sesión, se trabajó sobre el mantenimiento de los cambios logrados en el proceso de intervención y finalmente

se evaluó el estado actual de la paciente para dar por concluido el proceso psicoterapéutico. Los resultados de las pruebas administradas arrojaron disminución de los síntomas depresivos y ansiosos.

SESIÓN #13 seguimiento 2 --- 06 de marzo del 2019

Objetivos de la sesión:

- Realizar el seguimiento.

Técnicas:

- Retroalimentación

Descripción de la sesión

T: Buenas tardes Priscila ¿Cómo estás?

P: bien, justo quería hablar con usted.

T: oh, ¿sobre qué?

P: pues quería comentarle como me había ido, ya ingresé al colegio y me va mejor con mis amistades, hasta hay un chico que me gusta.

T: un chico que te gusta, ¿es alumno nuevo?

P: si, está en mi salón, es inteligente y atractivo.

T: ¿ya han hablado?

P: la otra vez quise hablarle, pero me sonroje y me sentí un poco ansiosa, pero me acorde de sus palabras y me anime a hablarle, aunque aún sentía nervios, él me hablo y conversamos sobre una tarea, me sentí feliz, antes no hubiera sabido que hacer.

T: es muy bueno escuchar eso, comprobaste que no sucedería algo malo. ¿Eso cómo te hizo sentir?

P: muy bien, al inicio pensé que él no quería hablarme, pero me mostré segura y amigable, pensando que no iba a pasar nada malo. Y funcionó. Ahora hablamos más seguido.

T: bien, es algo muy bueno para ti.

P: si eso quería contarle, las cosas están mejorando ya no veo todo negativo.

T: Cuéntame, ¿en qué medida crees que tu situación ha cambiado con respecto a cómo estabas al inicio de la terapia?

P: pues estoy mucho más estable en cuando a mi ánimo, ya no estoy irritable, me siento feliz, hago actividades que me gustan como tocar el ukelele, ejercicios, salgo a correr con mi mascota, duermo mejor, aunque a veces por trabajos duermo tarde, lo hago más tranquila; mi alimentación es más balanceada, busco tutoriales en internet para conocer de temas actuales; mi manera de vestir es más acorde a mi edad y me veo bien; no tengo miedo de usar falda, los comentarios sobre mi figura no me afectan porque sé que pronto bajaré de peso y aparte sigo siendo bonita.

T: hemos avanzado mucho, me alegra que hayas puesto de tu parte para mejorar cada día. ¿Y al iniciar la terapia como te sentías?

P: pues mal, estaba muy triste porque creía que mi situación no cambiaría y empeoraría, lloraba algunas noches pensando en que era gorda y fea, tenía más sueño, hasta quería comer más, realizaba actividades que me agradaban de vez en cuando, porque tenía miedo de que se burlen de mí, no usaba prendas cortas

por más que hacía sol, no quería participar en clase porque no quería pararme y que me vieran.

T: Cuéntame que aprendimos desde un inicio.

P: a ver, primero aprendí que era lo que me estaba pasando, me explicaste que era la depresión y las consecuencias; no recuerdo el orden, pero también hablamos de mis virtudes y defectos, me enseñaste la solución de problemas, la comunicación asertiva; la respiración con el diafragma, aprendí a debatir mis pensamientos, también se ordenar mis actividades y usar un diario para escribir mis cosas positivas. Ah y que mis pensamientos son los que me afectan y no la situación.

T: muy bien, no te olvides de la relación: situación, pensamiento, emoción conducta, para poder tener pensamientos más sanos.

P: si, eso lo tengo claro.

T: perfecto, hemos acabado por el día de hoy.

P: gracias, ya estaré comunicándole como me va.

T: estaremos en contacto.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados para la sesión, pues se verificó que la paciente se ha mantenido estable emocionalmente y se evidencia remisión total de sus síntomas

SESIÓN # 14 seguimiento 3 --- 08 de junio del 2019

Objetivos de la sesión:

- Realizar el seguimiento.

Técnicas:

- Retroalimentación

Descripción de la sesión

T: Buenas tardes Priscila ¿Cómo estás?

P: bien, estudiando bastante.

T: cómo te ha ido en estos meses.

P: muy bien, en el colegio nos están dejando proyectos y la semana es muy agotadora, la próxima semana tengo un debate sobre la legalización de la marihuana, me ha tocado estar a favor. Me pone un poco ansiosa esta situación porque mi voz por micrófono se distorsiona un poco, pero estoy confiada de mi discurso.

T: perfecto, la seguridad, ante todo. ¿y cómo te sientes al tener que exponer el público?

P: ahora bien, pues les puedo demostrar mi conocimiento. Antes no me hubiera gustado participar, pero ahora soy la primera en levantar la mano para anotarme.

T: eso es muy bueno. Y con respecto a la última sesión que tuvimos, ¿ha cambiado algo?

P: no, me siento igual, más tranquila, segura de mí misma, de mi cuerpo, sigo aprendiendo, pero ya no me cuesta expresarme, me siento cada vez mejor y disfruto de mi etapa de adolescente, hasta mi abuelita ya me deja salir un poco más.

T: entonces podemos decir que la terapia te ha ayudado o crees que es otra cosa.

P: obviamente la terapia, todas las técnicas y su comprensión han ayudado a mi mejoría, antes ni sabía que era la depresión y le doy las gracias.

T: de nada Priscila me alegra haberte ayudado y sabes que puedes comunicarte conmigo cuando surja un problema que escapen de tus manos.

P: si doctora, yo la contactaré.

T: muy bien, hemos acabado por hoy.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados para la sesión, pues se verificó que la paciente se ha mantenido estable emocionalmente y se evidencia remisión total de sus síntomas

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1 A criterio de la Paciente

La paciente al culminar las sesiones de tratamiento refiere sentirse mucho mejor que al inicio de la terapia, expresa haber observado cambios en cuanto al aumento de su valía personal llegando a sentirse a gusto con su cuerpo y rostro, dándole menos importancia a los comentarios negativos sobre su figura, así también manifiesta sentir más confianza en sí misma lo cual le facilita la toma de decisiones y menciona que se han incrementado sus habilidades sociales. Por otro lado, refiere que su estado de ánimo es estable y ya no se siente triste ni irritable, de la misma manera, su funcionalidad ha aumentado logrando realizar más actividades deportivas y artísticas lo cual ahora ha llegado a disfrutar.

4.2 A criterio de los Familiares

Los comentarios o valoraciones efectuadas por los familiares respecto al tratamiento se han recogido de manera indirecta a la paciente. La abuela refiere verla más alegre, realizando actividades diarias como tocar instrumentos, pintar y salir a correr. por otro lado, también ha notado cambios en su manera de vestir llegando a usar más seguido faldas, prendas que antes no solía usar. Así también menciona que la manera de expresarse de Priscila es más acertada y calmada.

4.3 Criterio Clínico

En cuanto al criterio clínico podemos observar mejoras significativas con respecto a:

- Disminución considerable de los síntomas negativos como la tristeza, disminución de la valía y del placer, irritabilidad, culpabilidad, falta de decisión, entre otros
- Se puede evidenciar un aumento de la funcionalidad de la paciente respecto del inicio del tratamiento en donde se ha logrado un incremento de las actividades diarias aumentando su disfrute.
- La paciente ha alcanzado un incremento en sus habilidades sociales logrando comunicarse de manera asertiva.
- Finalmente, la paciente ha sido capaz de incorporar habilidades o estrategias de afrontamiento de manera eficaz en su vida diaria hacia el final del tratamiento de manera efectiva.

4.4 Criterio Psicométrico

Pre test

- En el Cuestionario de depresión Infantil, la paciente obtiene un puntaje de 16, que lo ubica en la categoría de depresión Leve.
- En la Lista de chequeo de Ansiedad en niños, la paciente obtuvo un puntaje de 19, que la ubica en una categoría moderada, sin embargo, a criterio clínico evidencia ansiedad leve.

Post test

- En el Cuestionario de depresión Infantil, la paciente obtiene un puntaje de 8, respecto a lo cual no se evidencia indicadores que sugieran algún cuadro clínico en el área afectiva.
- En la Lista de chequeo de Ansiedad en niños, la paciente obtuvo un puntaje de 07, lo cual no se evidencia indicadores que sugieran algún cuadro clínico en el área emotiva.

Gráfico 1. Puntajes obtenidos en el Cuestionario de depresión Infantil

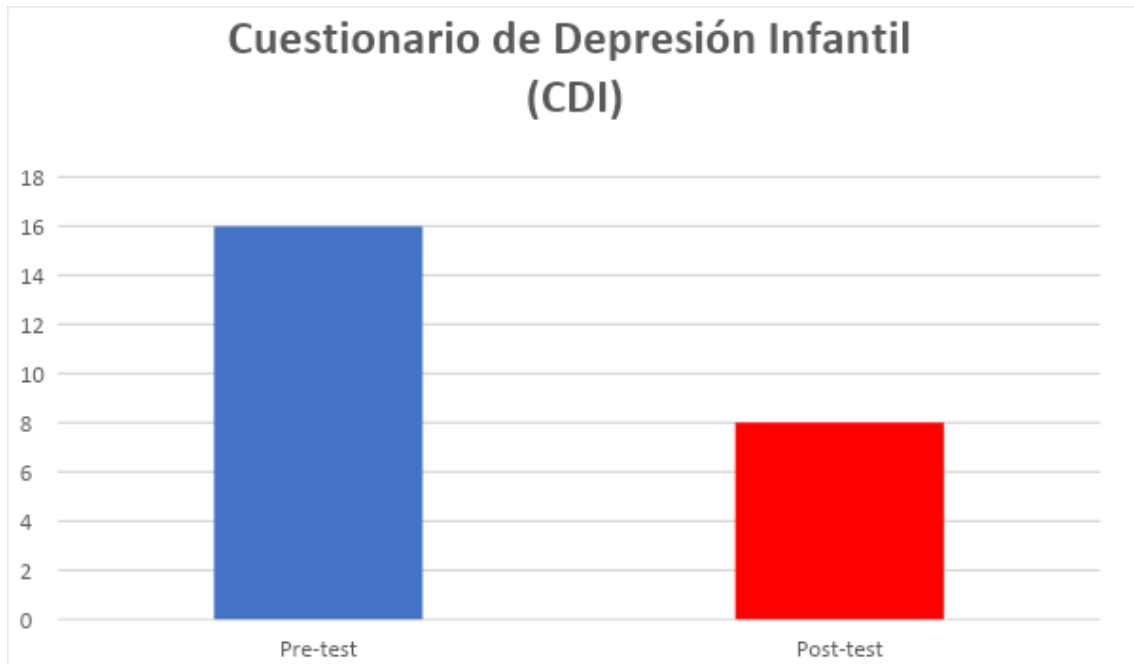


Gráfico 2. Lista de chequeo de Ansiedad en niños

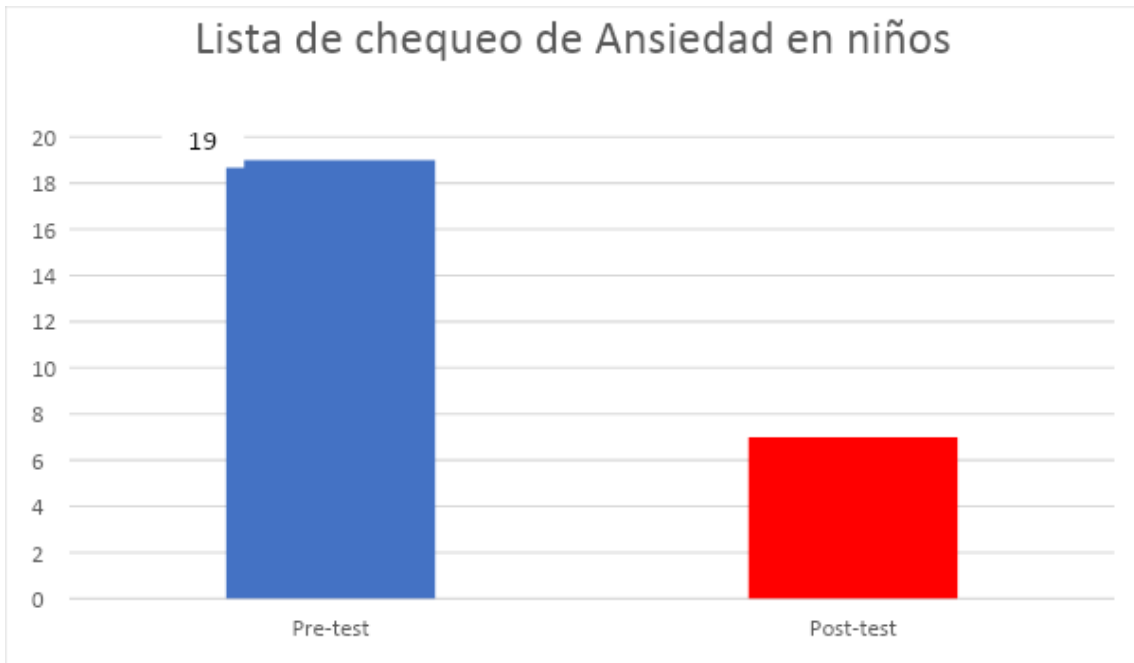
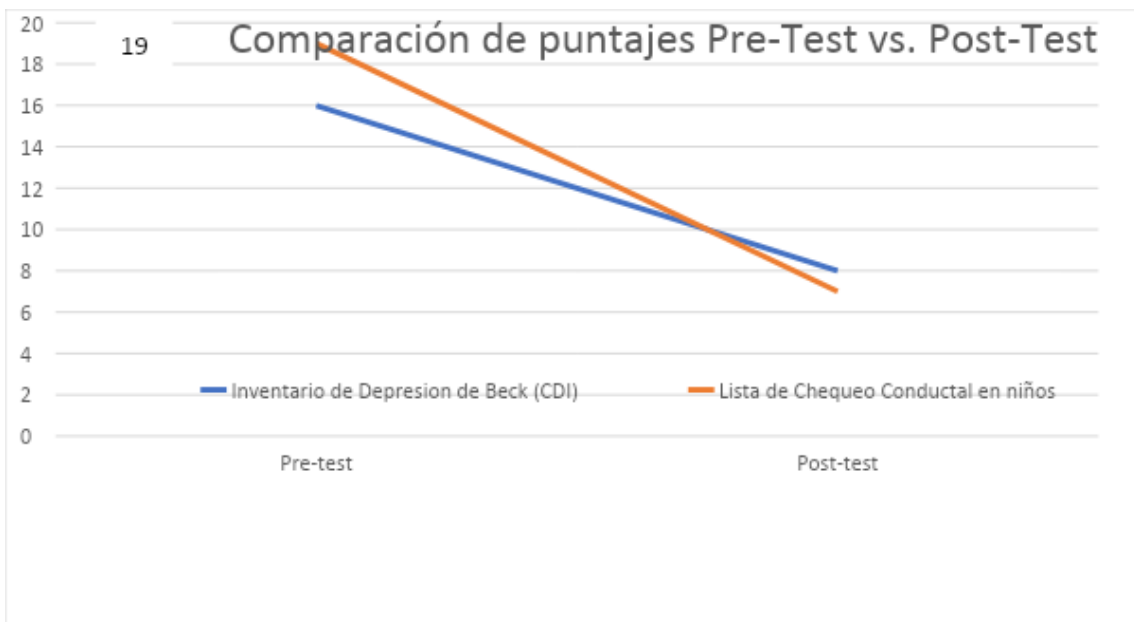


Gráfico 3. Comparación de puntajes entre pruebas del Pre-Test vs. Post-Test



CAPITULO V

5.1 Resumen

Paciente de sexo femenino, de 14 años de edad acude al servicio de psicología refiriendo que a raíz de un comentario dado por un señor que no conocía, le dio a entender que estaba gorda, empezó a sentirse triste, decaída, irritable, no disfrutaba de las cosas que antes le agradaban y no sabía afrontar sus problemas, no tenía habilidades para interactuar con los demás, sentía que tenía baja autoestima por las constantes críticas a su cuerpo, en casa de la paciente también se suelen escuchar estos comentarios desagradables sobre su peso lo que ocasionaba que la paciente se sintiera incomoda con su figura a pesar que antes no ha tenido problemas con su peso anteriormente.

En clase le costaba participar porque pensaba que se reirían de lo que diría, a pesar de que sabe que es inteligente. Por otro lado, en el colegio tiene problemas con su mejor amiga porque siente que solo la utiliza para realizar trabajos debido a que no comparte cosas como antes y la deja de lado. Ella se considera una persona sensible y estudiosa, no piensa que sea poco inteligente, pero pensaba que las personas la juzgan por su cuerpo y eso la hacía sentir mal. Debido a esto a nivel social y personal se sentía afectada.

Se llevó a cabo el proceso de evaluación utilizando técnicas de observación y entrevista psicológica; así como, también, se aplicaron pruebas psicométricas

con la finalidad de recabar información y conocer su situación actual. Seguido se realizó el diagnóstico presentando a criterio clínico y psicométrico un episodio depresivo leve. Así mismo se realizó el análisis funcional de las conductas presentadas con el objetivo de establecer la relación entre antecedentes y consecuentes, tanto internos como externos de la misma. Así también se identificaron pensamientos automáticos, creencias intermedias y nucleares, los componentes emocionales y fisiológicos asociados a la sintomatología. Para poder elaborar un programa de intervención psicoterapéutico en base al modelo Cognitivo-Conductual, el cual tuvo una duración de 14 sesiones de intervención psicoterapéutica y 3 sesiones de seguimiento; programadas 1 a 2 veces por semana, por 45 minutos cada una.

Se comenzó el proceso con la explicación de la problemática de la paciente a través del modelo Cognitivo – Conductual, enseñándole cómo nuestros pensamientos influyen en nuestra manera de sentir y actuar, mostrando énfasis en cómo los pensamientos que tenemos sobre nosotros mismos, del mundo y del futuro influyen en nuestra vida diaria. Se recalcó que la terapia consistía en el cambio de pensamientos que resultan desadaptativos estableciendo la relación entre pensamiento, emoción y conducta. Por otro lado, se trabajó técnicas de relajación, como respiración abdominal, así mismo se realizó el entrenamiento en la comunicación asertiva y solución de problemas con prevención de recaídas.

La paciente, en el desarrollo de las sesiones se mostró colaboradora.

Al término de las sesiones psicoterapéuticas, se revaluó a la paciente, obteniendo como resultado una mejoría a nivel afectivo, cognitivo y conductual.

Por último, se realizó tres sesiones de seguimiento, el primero a los 15 días, el segundo al mes, y el tercero a los tres meses.

Por otro lado, se vio pertinente dar de alta a la paciente puesto que se observó una disminución en la escala de depresión junto con una serie de modificaciones cognitivas, la información agradable y positiva es retenida, lográndose reestablecerse un balance más positivo en cuanto a sus pensamientos, es decir se logró restablecer una dialéctica entre un fondo de pensamientos positivos y una minoría de pensamientos negativos.

En la actualidad la paciente obtuvo un cambio positivo en cuando la visión negativa de sí misma llegando a reforzar su valía personal mejorando así su estado afectivo.

5.2 Conclusiones

- En el Área de Afectividad, en el post-test, se evidencia disminución significativa de la sintomatología depresiva, ubicándose la evaluada, según criterio clínico y psicométrico, dentro de la categoría “ausencia de depresión”.
- En el Área Emocional, en el post-test, se evidencia la reducción en el componente de Ansiedad llegando a no tener manifestaciones.
- La paciente presenta mejoras significativas en cuanto a la calidad de sus relaciones interpersonales a nivel familiar, personal y social.
- La paciente aprendió a integrar diversas técnicas, conocimientos y métodos de afronte lo cual le permite enfrentar posibles futuras recaídas, así como

encontrar soluciones adecuadas a las exigencias de su medio familiar, social y personal.

- La Psicoterapia trabajada en la paciente, basándose en el modelo Cognitivo-Conductual, ha cumplido exitosamente todos los objetivos propuestos en el diseño del plan de intervención.
- Por tanto, según el criterio clínico y psicométrico utilizados en el desarrollo del presente estudio de caso, el episodio depresivo leve que presenta la paciente se encuentra actualmente en remisión luego de la intervención psicoterapéutica.

5.3. Recomendaciones

- Se recomienda realizar el seguimiento del mantenimiento de los cambios instaurados por el proceso psicoterapéutico en la paciente, para monitorear la remisión total del episodio depresivo leve y prevenir las recaídas.

REFERENCIAS

- Antón, V. García, M. y García, B. (2016). Intervención Cognitivo-Conductual en un caso de depresión en una adolescente Tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 45-52. Recuperado de http://www.revistapcna.com/sites/default/files/anton-menarguez_et_al_2016_tcc_depresion_adolescente_tardia.pdf.
- Aliño, M. y Pineda, S. (2002). *Manual de prácticas clínicas para la salud integral en la adolescencia*. La Habana: MINSAP. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/manual_de_practicas_clinicas_para_la_atencion_integral_a_la_salud_de_los_adolescentes.pdf
- Beck, A. Rush, A. Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford.
- Bulbena, A. Fernández, L. Fullana, M. y Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 1(2),1-5. Recuperado de <http://www.acmcb.es/files/425-5425-DOCUMENT/2011%20Med%20Cli%20Eficacia%20TCC-2.pdf>
- De la Peña, F. Ulloa, R. y Nogales, I. (2011). Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión. *Revista de Salud Mental*,1(1), 403-407. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2011/sam115a.pdf>

Gálvez, J. (2009). Revisión de evidencias científicas de la terapia Cognitivo-Conductual. *Medicina Naturista*, 3(1), 10-16. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2867904>.

Instituto Nacional de Salud Mental (2012). *Estudio epidemiológico de salud mental en la selva rural 2009*. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-EESM-SR.pdf>.

Instituto Nacional de Salud Mental (2013). *Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao*. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-EESM-SR.pdf>.

Méndez, X. Espada, J. Rosa, A. y Montoya, M. (2002). Tratamiento Psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿evidencia o promesa?. *Psicología conductual*, 10(3), 563-580. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2011/sam115a.pdf>

Méndez, F. (2007). *El niño que no sonrío. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Navarro, M. (2018). *Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso único*. (Tesis de maestría). Recuperado de <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8271/133881.pdf?sequence=1>.

- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10*. Madrid: Editorial Médica.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Ortiz, A. (2012). *Aplicación de la terapia cognitiva de Beck para el tratamiento de depresión en un grupo de adolescentes de 12 a 15 años del instituto técnico superior gran Colombia de la ciudad de Quito de Octubre del 2011 a enero del 2012*. (Tesis de Licenciatura). Recuperado de <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/485/1/T-UIDE-0451.pdf>.
- Papalia, D. Wendkos Olds, S. y Duskin Feldman, R. (2009). *Psicología del desarrollo: De la infancia a la adolescencia*. México: McGrawHill.
- Díaz, M. Ruiz, M. y Villalobos, A. (2017) *Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales*. Bélgica: Desclée de Brouwer.
- San Sebastián y Manzanero, R. (2012) *Tratamiento de la depresión en el niño y el adolescente*. Madrid: Masson
- Vallejo, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. 7ma Ed. España: Masson

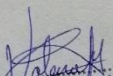
ANEXOS

ANEXO A: Consentimiento Informado

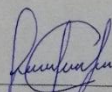
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, PRISCILA [REDACTED] - certifico que he sido informada con claridad y veracidad debida respecto a la utilización de mi caso para fines educativos realizados por la interna de psicología Valeria Flores Almaraz, actuó consecuente, libre y voluntariamente como colaboradora contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedora de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la terapia psicológica cuando lo estime conveniente.

Se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.


Valeria C. Flores Almaraz
INTERNO DE PSICOLOGIA
HOSPITAL SAN JOSE CALLAO
Valeria Flores
Interna de Psicología

PRISCILA
Priscila [REDACTED]
Paciente


Felicit
Abuela Materna

ANEXO B:

Anamnesis

ANAMNESIS PSICOLOGICA

I. DATOS DE FILIACION

Apellidos y Nombres *Reategui* [Redacted]
Edad *14* Fecha de Nac. *12/10/04* Lugar *Tarapoto*
Domicilio *Calle Lasca Herrera n. 1267 - Urb. B*
Diagnóstico Médico y/o Psicológico

Tratamiento Actual
Medicamento

Escolaridad

E.I. *I.E.P. Pequeno Mundo* Centro Educ.

E.P. *Cristina Garcia Obregón* Centro Educ.

E.E. *Suñer Bulvar* Centro Educ.

Examinador Fecha:

II. PROBLEMA ACTUAL

La madre refiere *(adulta) el menor es tímido por su*
edad por problemas de autoestima por
ser

Desde cuándo notó las dificultades? *desde la infancia*

Qué hizo? *se preocupó por su estado*
su actitud

Cómo siguió? *mejor en algo*

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

muy sensible ante al que comentario
se le hacen de su persona, se apete
y a veces llora.

III. DATOS FAMILIARES

a) PADRES

Padre
 Nombre... Jair Rodríguez A.
 Edad... 43 años
 Ocupación... Independiente
 Enfermedades.....
 Personalidad.....
 De no vivir con los padres con quién vive el niño?
 desde
 Motivo
 Ocupación del apoderado

Madre
 Nombre... Natividad Cappella T.
 Edad... 51
 Ocupación... Ing. Sistemas
 Enfermedades.....
 Personalidad... Tranquila, un poco seria

b) HERMANOS

Nombres	Edad	Ocupación	Problema
<u>Alina Nicole</u>	<u>17</u>	<u>Estudiante</u>	

Otros miembros de la familia que viven con el niño (Casuela)
Leuth Tony Vargas
 En la familia existen personas con trastornos mentales, retardados que presentan ataques, convulsiones, deformaciones físicas, que tienen dificultades para hablar, sordos, mudos, acentuados problemas de aprendizaje, que no asisten al colegio, que no llevan una vida normal, etc. (ninguno)

c) VIDA FAMILIAR

Armonía familiar... Buena
 Actitud de la familia frente al problema (Padres, hermanos, otros) Padres cooperan con paciencia
 Espectativas de la familia frente a la rehabilitación y/o re-educación

IV. ASPECTO HABITACIONAL

Características de la vivienda Viene de 3 ps dormitorio
3ale, comedor, cocina, todos integrados
dormir en la casa independiente

V. **DESARROLLO DEL NIÑO**

Embarazo

Deseado por la madre si Deseado por el padre si Condiciones en que fue gestado Enfermedades ó molestias de la madre durante el embarazo ninguna

Utilizó abortivos, hierbas, métodos fisiológicos, caídas casuales o expresas (no) Accidentes (no) Estado emocional durante el embarazo Buena, estable.

Parto

A los cuántos meses presentó Fue normal, largo, difícil, doloroso, alguna complicación Cesárea Fue atendido por ginecólogo requirió del uso de fórceps, cirugía ó otra maniobra obstétrica (no)

Estado del Recién Nacido

Peso 2800 Talla 51 cms Apreciación general Nació asfixiado, cianótico (no) tardó en llorar al nacer? no estaba hinchado, morado, con el cordón umbilical enredado al cuello? (no) Le dieron oxígeno? (no) estuvo en incubadora? (no) Qué tiempo? (no) Tuvo convulsiones? (no) Enfermedades que tuvo el niño desde su nacimiento ninguna

Primera Infancia

Estuvo hospitalizado? (no) Qué tiempo? Motivo

Alimentación

Leche materna si Qué tiempo? 4 m. Leche artificial si motivo madre trabajadora Tipo de leche leche evaporada biberón hasta 4 años Problemas intestinales (no)

Motricidad

Edad en que sostuvo la cabeza Edad en que se sentó 6 m. Se paró 8 m. caminó a los 12 meses

Desarrollo Fisiológico

Edad en que apareció los dientes 9 m. controló la vejiga 1 año Controló la evacuación intestinal 1 año

Desarrollo Social

Edad en que reconoció a las personas edad en que reconoció a la madre 1 año dijo sus primeras palabras 5 años Problemas (ninguna)

VI. **DESARROLLO EN LA ACTUALIDAD**

Alimentación: Come solo o con ayuda apetito normal Comidas preferidas Jaraguá comidas que disgusta verduras Sueño normal

Duerme mucho Regular Poco Cuando duerme es tranquilo Intranquilo tiene pesadillas tiene miedo de dormir en la oscuridad con quién duerme Sola tiene cama propia Si Hora de acostarse 9. pm Hora de levantarse 5.30 am cuando es colegio
Vestido
 Se viste solo o con ayuda se desviste solo o con ayuda
Higiene
 Se lava solo o con ayuda se baña solo o con ayuda
 es aseado es ordenado
Problemas
 Enuresis nocturna Enuresis diurna Funcionamiento intestinal
 Suele tener náuseas vómitos
 Se come las uñas (No) Tiene Tics (No) Muecas
 Se mete los dedos en la nariz hace pataletas y berrinches
 Motivo
Juegos
 Sabe jugar Si Juega solo o con otros a qué le gusta jugar el basquet con quién prefiere jugar con sus amigos
 Ve TV Si Tiempo en mi tiempo
 Ayuda a los padres Si en qué en casa de la casa
Inquietudes en el área sexual

VII. OBSERVACIONES

Sobre la madre
 Sobre el padre
 Sobre el hogar

VIII. RESULTADO DE EXAMENES ESPECIALIZADOS

Pediátrico
 Psiquiátrico
 Neurológico
 Audiológico
 Oftalmológico
 Psicológico

..... 29 de 01 de 2019

ANEXO C:

Pre-Test

Inventario Clínico Multiaxial para adolescentes (MACI)

V o F	Escribe la letra correspondiente en el casillero en blanco
1	V Preferiría seguir a alguien antes que ser el líder.
2	V Estoy bastante seguro(a) de saber quién soy y qué quiero en la vida.
3	F Yo no necesito tener amistades cercanas como otros chicos.
4	V Frecuentemente me desagrada hacer cosas que otros esperan de mí.
5	V Hago lo mejor que puedo para no herir los sentimientos de los demás.
6	V Puedo contar con que mis padres me entiendan.
7	F Algunas personas piensan que soy un poco presumido(a).
8	V Pase lo que pase, nunca consumiría drogas.
9	V Siempre trato de hacer lo que es correcto.
10	F Me gusta como me veo.
11	V Aunque me dan ataques incontrolables de hambre en los que como muchísimo, odio el peso que subo.
12	F Casi nada de lo que pasa parece hacerme sentir feliz o triste.
13	F Parece que tengo un problema para llevarme bien con otros adolescentes.
14	F Me siento muy avergonzado(a) contándole a la gente cómo fui abusado(a) cuando niño(a).
15	V Nunca he hecho algo por lo cual me pudieran haber arrestado.
16	F Pienso que todos estarían mejor si yo estuviera muerto(a).
17	F Algunas veces, cuando estoy lejos de casa, comienzo a sentirme tenso(a) y con pánico.
18	F Generalmente actúo rápido, sin pensar.
19	V Supongo que soy un(a) quejumbroso(a) que espera que suceda lo peor.
20	V No es raro sentirse solo(a) y no querido(a).
21	F El castigo nunca me detuvo para hacer lo que yo quería.
22	F Parece que el beber ha sido un problema para varios miembros de mi familia.
23	V Me gusta seguir instrucciones y hacer lo que otros esperan de mí.
24	F Parece que encajo bien con cualquier grupo de chicos nuevos que conozco.
25	V Muy poco de lo que he hecho ha sido apreciado por otros.
26	F Odio el hecho de no tener ni la apariencia ni la inteligencia que desearía.

27	V	Me gusta estar en casa.
28	F	A veces asusto a otros chicos para que hagan lo que yo quiero.
29	V	Aunque la gente me dice que estoy delgado(a), yo me siento con sobrepeso.
30	F	Cuando tomo unos tragos me siento más seguro(a) de mi mismo(a).
31	V	La mayoría de la gente es más atractiva que yo.
32	F	Frecuentemente temo desmayarme o sentir pánico cuando estoy en una multitud.
33	F	A veces me fuerzo a vomitar después de comer mucho.
34	V	Frecuentemente me siento como "flotando", como perdido(a) en la vida.
35	F	Parece que no le caigo bien a la mayoría de los adolescentes.
36	V	Cuando puedo escoger, prefiero hacer las cosas solo(a).
37	F	Involucrarse en los problemas de los demás es una pérdida de tiempo.
38	V	Frecuentemente siento que los demás no quieren ser amistosos conmigo.
39	F	No me importa mucho lo que otros chicos piensen de mí.
40	F	Solía quedar tan drogado(a) que no sabía lo que estaba haciendo.
41	F	No me molesta decirle a la gente algo que no les gustaría escuchar.
42	V	Veo que estoy muy lejos de lo que en realidad me gustaría ser.
43	F	Las cosas en mi vida van de mal en peor.
44	F	Tan pronto como tengo el impulso de hacer algo, lo hago.
45	V	Nunca he sido llamado(a) "delincuente juvenil"
46	F	Frecuentemente soy mi peor enemigo.
47	V	Muy pocas cosas o actividades parecen darme placer.
48	F	Siempre pienso en hacer dieta, aún cuando la gente dice que estoy delgado(a).
49	F	Me es difícil sentir lástima por personas que siempre están preocupadas por algo.
50	V	Es bueno tener una rutina para hacer la mayoría de las cosas.
51	F	No creo tener tanto interés en el sexo como otros de mi edad.
52	F	No veo nada malo en usar a otros para obtener lo que quiero.
53	F	Preferiría estar en cualquier lugar menos en casa.

54	F	A veces me siento tan molesto(a) que quiero lastimarme seriamente.
55	V	No creo que haya sido abusado(a) sexualmente cuando era niño(a).
56	F	Soy un tipo de persona dramática y me gusta llamar la atención.
57	F	Yo puedo beber más cerveza que la mayoría de mis amigos.
58	V	Los padres y profesores son demasiado duros con los chicos que no siguen las reglas.
59	F	Me gusta mucho coquetear.
60	F	No me molesta ver a alguien sufriendo.
61	F	Al parecer no tengo muchos sentimientos por los demás.
62	F	Disfruto pensando en sexo.
63	F	Me preocupa mucho pensar en que me dejen solo(a).
64	V	A menudo me siento triste y no querido(a).
65	F	Se supone que soy delgado(a), pero siento que mis muslos y trasero demasiado grandes.
66	F	Frecuentemente merezco que otros me humillen.
67	V	La gente me presiona para que haga más de lo que es justo.
68	F	Creo que tengo una buena figura.
69	V	Socialmente, me siento abandonado(a).
70	F	Hago amigos fácilmente.
71	F	Soy una persona algo asustadiza y ansiosa.
72	F	Odio pensar en algunas de las formas en que fui abusado(a) cuando niño(a).
73	F	No soy diferente de muchos de los chicos que roban cosas de vez en cuando.
74	F	Prefiero actuar primero y pensarlo después.
75	F	He pasado períodos en los que he fumado marihuana varias veces a la semana.
76	F	Demasiadas reglas se cruzan en mi camino para hacer lo que quiero.
77	F	Cuando las cosas se ponen aburridas, me gusta crear un poco de emoción.
78	F	A veces yo haría algo cruel para hacer a alguien infeliz.
79	V	Paso mucho tiempo preocupándome por mi futuro.
80	F	Frecuentemente siento que no merezco las cosas buenas que hay en mi vida.

81	V	Me siento algo triste cuando veo a alguien que está solo.
82	F	Como poco delante de otros, pero después como demasiado y sin control cuando estoy solo(a).
83	F	Mi familia está siempre gritando y peleando.
84	F	A veces me siento muy infeliz de ser quien soy.
85	F	Al parecer yo no disfruto estar con gente.
86	V	Tengo talentos que otros chicos desearían tener.
87	F	Me siento muy incómodo(a) con la gente, a menos que esté seguro de que realmente les agrado.
88	F	Matarme podría ser la forma más fácil de resolver mis problemas.
89	F	A veces me confundo o molesto cuando la gente es amable conmigo.
90	F	El alcohol realmente parece ayudarme cuando me siento decaído(a).
91	F	Rara vez espero algún acontecimiento con placer o emoción.
92	F	Soy muy bueno(a) inventando excusas para salir de los problemas.
93	V	Es muy importante que los niños aprendan a obedecer a los mayores.
94	V	El sexo es placentero. <i>no he tenido</i>
95	F	A nadie realmente le importa si vivo o muero.
96	V	Deberíamos respetar a nuestros mayores y no creer que nosotros sabemos más.
97	F	A veces siento placer al lastimar a alguien físicamente.
98	F	Frecuentemente me siento muy mal después de que algo bueno me ha pasado.
99	V	No creo que la gente me vea como una persona atractiva.
100	F	Socialmente soy un solitario y no me importa.
101	F	Casi todo lo que intento me resulta fácil.
102	F	Hay veces en las que me siento mucho más joven de lo que soy en realidad.
103	F	Me gusta ser el centro de atención.
104	F	Si quiero hacer algo, simplemente lo hago, sin pensar en lo que pueda pasar.
105	F	Tengo un temor terrible de que aunque esté muy delgado(a), si como, volveré a subir de peso.
106	V	No me acerco mucho a las personas porque me da miedo de que se burlen de mí.
107	F	Con más y más frecuencia yo he pensado en terminar con mi vida.

108	F	A veces me critico para que otra persona se sienta mejor.
109	F	Me da mucho miedo cuando pienso en estar completamente solo(a) en el mundo.
110	F	Las cosas buenas no perduran.
111	F	He tenido algunos "encuentros" con la ley.
112	V	Me gustaría cambiar mi cuerpo por el de otra persona.
113	F	Hay muchas veces en las que deseo volver a ser mucho más joven.
114	F	No he visto un auto en los últimos diez años.
115	F	Otras personas de mi edad parecen estar más seguras que yo de quiénes son y de lo que quieren.
116	F	Pensar en sexo me confunde casi todo el tiempo.
117	F	Hago lo que quiero sin preocuparme si afecta a otros.
118	F	Muchas de las cosas que parecen ser buenas hoy, se volverán malas después.
119	V	Otras personas de mi edad nunca me llaman para juntarme con ellos.
120	F	Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin un poco de marihuana.
121	F	Hago mi vida peor de lo que tiene que ser.
122	F	Prefiero que me digan qué hacer en vez de decidir por mí mismo(a).
123	F	He intentado suicidarme en el pasado.
124	V	Me dan ataques incontrolables de hambre en los que como mucho un par de veces a la semana.
125	V	Últimamente, pequeñas cosas parecen deprimirme.
126	F	El año pasado crucé el Atlántico en avión 30 veces.
127	V	Hay veces en que deseo ser otra persona.
128	F	No me importa pasar por sobre otras personas para demostrar mi poder.
129	F	Estoy avergonzado(a) de algunas cosas terribles que los adultos me hicieron cuando era joven.
130	V	Trato de hacer todo lo que hago tan perfecto como sea posible.
131	F	Estoy contento(a) con la forma en que mi cuerpo se ha desarrollado.
132	F	Frecuentemente me asusto cuando pienso en las cosas que tengo que hacer.
133	F	Últimamente me siento inquieto(a) y nervioso(a) casi todo el tiempo.
134	F	Yo solía probar drogas fuertes para ver qué efecto tendrían.

135	F	Puedo "encantar" a la gente para que me den casi todo lo que yo quiero.
136	V	A muchos otros chicos les dan facilidades que a mí no me dan.
137	F	Cierta gente me hizo cosas sexuales cuando yo era demasiado chico(a) para entender.
138	F	Frecuentemente sigo comiendo hasta el punto de sentirme mal físicamente.
139	F	Yo me burlaría de alguien en un grupo solo para humillarlo(a).
140	F	No me gusta ser la persona en la que me he convertido.
141	F	Al parecer echo a perder las cosas buenas que me pasan.
142	F	Aunque quiero tener amigos, no tengo casi ninguno.
143	V	Me agrada que los sentimientos sobre el sexo sean parte de mi vida ahora. <i>pero voy a ir</i>
144	F	Estoy dispuesto(a) a "morirme de hambre" para ser más delgado(a) de lo que soy.
145	F	Soy muy maduro(a) para mi edad y sé lo que quiero hacer en la vida.
146	F	En muchas cosas me siento muy superior a la mayoría de la gente.
147	F	Mi futuro parece sin esperanza.
148	F	A mis padres les ha costado mucho trabajo disciplinarme.
149	F	Cuando las cosas no resultan como quiero, rápidamente pierdo la calma.
150	F	Frecuentemente me divierto haciendo ciertas cosas que son ilegales.
151	F	Supongo que dependo demasiado de los otros para que me ayuden.
152	F	Cuando estamos divirtiéndonos, mis amigos y yo podemos quedar bastante borrachos.
153	V	Me siento solo(a) y vacío(a) la mayor parte del tiempo.
154	F	Siento que mi vida no tiene sentido y no sé adónde voy.
155	F	Decir mentiras es una cosa muy normal.
156	F	He pensado en cómo y cuándo podría suicidarme.
157	F	A mí me gusta iniciar peleas.
158	F	Hay veces en que nadie en mi casa parece preocuparse por mí.
159	F	Es bueno tener una forma regular de hacer las cosas para evitar errores.
160	F	Probablemente me merezco muchos de los problemas que tengo.

Weschler para niños – Revisada Wisc-R

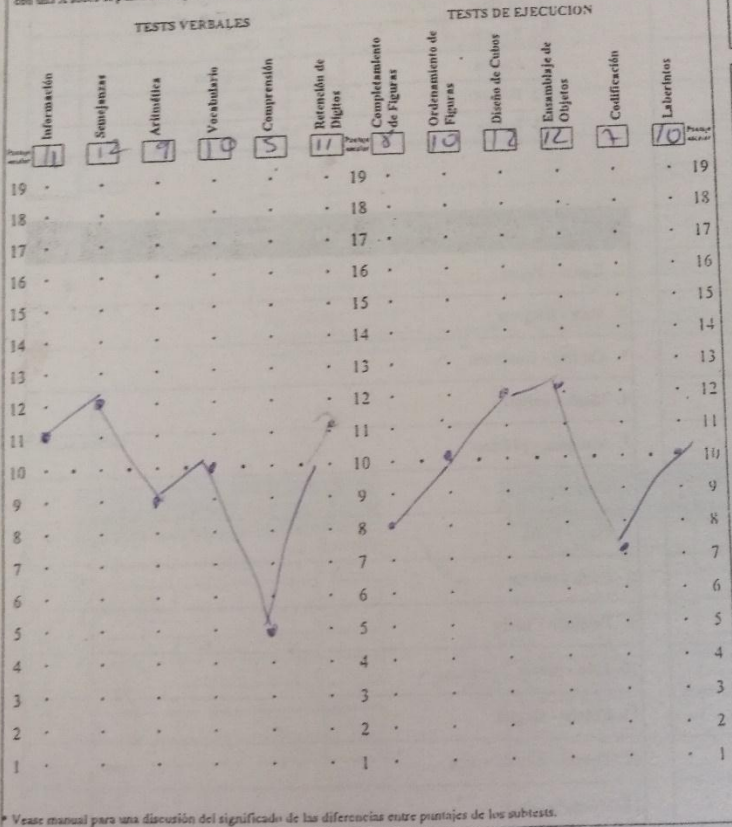
WISC-R

ESCALA DE INTELIGENCIA DE WESCHLER
PARA NIÑOS - REVISADA

Nombre: Priscala Sexo: F
 Lugar de Nac.: Tampoto
 Dirección: _____
 Nombre del pariente: _____
 Colegio: _____ Grado: _____
 Examinador: Valeria
CI
 Motivo de la prueba: _____

TRAZADO DEL PERFIL WISC-R

El clínico que desee trazar un perfil, deberá primero trasladar los puntajes escalares del niño a la hilera de cajas de abajo. Marcando con una X sobre el punto correspondiente al puntaje escalar de cada test, y luego trazar una línea que conecte todas las X.



AÑO	MES	DÍA
Fecha de hoy: <u>2018</u>		
Fecha de Nac.: _____		
Edad: <u>14</u>	<u>2</u>	-

TESTS VERBALES	PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE ESCALAR
Información	18	11
Similitudes	18	12
Aritmética	12	9
Vocabulario	54	10
Comprensión	11	5
Retención de Dígitos	(13)	(11)
PUNTAJE VERBAL:		58

TESTS DE EJECUCIÓN	PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE ESCALAR
Completamiento de Figuras	17	8
Ordenamiento de Figuras	21	10
Diseño de cubos	34	12
Ensamblaje de objetos	29	12
Codificación	36	12
(Laberintos)	(22)	(10)
PUNTAJE DE EJECUCIÓN:		52

	Puntaje escalar	CI
Puntaje verbal:	58	105
Puntaje de ejecución:	52	100
Puntaje total de la escala:	108	102

* Verar manual para una discusión del significado de las diferencias entre puntajes de los subtests.

Observaciones: _____ Normal promedio

1. INFORMACION (Descontinúa después de 5 errores consecutivos)		Puntaje (1 ó 2)
1. DEDO		1
2. OREJAS		1
3. PATAS		1
4. HERVIR		1
5. REALES		1
6. LECHE		1
7. SEMANA		1
8. MARZO		1
9. VACA		1
10. DOCENA		1
11. ESTACIONES	como otro p. h.	1
12. AMERICA	Crísteval	1
13. ESTOMAGO	Dijine	1
14. SOL	claro.	0
15. BISIESTO	me	0
16. FOCO	lectura	0
17. 28 DE JULIO	Indep.	1
18. ACEITE		0
19. PERU		0
20. KILO		1
21. CHILE		0
22. GOMA		1
23. GRECIA		0
24. TALLA		1
25. BAROMETRO		0
26. HIERRO		1
27. LIMA-TUMBES		0
28. JEROGLIFICO		1
29. DARWIN		0
30. TREMENTINA		0
TOTAL:	Max. = 30	18

2. COMPLETAMIENTO DE FIGURAS (Descontinúe después de 4 errores consecutivos)			
	Puntaje 1 ó 0		Puntaje 1 ó 0
1. Peine	1	14. Carta	0
2. Mujer	1	15. Niña	0
3. Zorra	1	16. Saco	1
4. Mano	1	17. Muchacho	1
5. Gato	1	18. Tijera	1
6. Espejo	1	19. Perfil	1
7. Reloj	1	20. Tornillo	0
8. Elefante	1	21. Vaca	0
9. Escalera	1	22. Termómetro	0
10. Tocador	1	23. Casa	0
11. Correa	1	24. Teléfono	
12. Hombre	1	25. Cara	
13. Puerta	1	26. Sombrilla	
TOTAL:		Max. = 26	17

3. SEMEJANZAS (Descontinuar después de 3 errores consecutivos)		Puntaje (1 ó 2)
1. Rueda - Pelota		1
2. Vela - lámpara	Muebar.	1
3. Camisa - sombrero	prelato con pañeta	1
4. Piano - guitarra	se tiene misma cubeta.	1
5. Manzana - plátano		1
6. Cerveza - vino		2
7. Gato - ratón		2
8. Codo - rodilla		0
9. Teléfono - radio		0
10. Kilo - metro		2
11. Cólera - alegría		2
12. Tijeras - olla de cobre		2
13. Montaña - lago		1
14. Libertad - justicia		0
15. Primero - último		1
*16. Los números 49 y 121		1
17. Sal - agua		1
TOTAL:	Max. = 30	18

4. ORDENAMIENTO DE FIGURAS (Descontinúe después de 3 errores consecutivos)

Ordenamiento	Tiempo	Orden	Puntaje (Encierre el puntaje adecuado para cada ítem)
ESCALA (EJEMPLO)			
1. Pelea	45"	0	0 1 2 3 4 5
2. Picnic	45"	0	0 1 2 3 4 5
3. Fuego	45"	0	0 1 2 3 4 5
4. Entablar	45"	0	0 1 2 3 4 5
5. Ladrón	45"	0	16-45 11-15 1-10 3 4 5
6. Dormilón	45"	0	16-45 11-15 1-10 3 4 5
7. Artista	45"	0	16-45 11-15 1-10 3 4 5
8. Lazo	45"	0	16-45 11-15 1-10 3 4 5
9. Bote	60"	0	21-60 16-20 1-10 3 4 5
10. Jardinero	60"	0	26-60 16-23 1-13 3 4 5
11. Banca	60"	0	26-60 16-23 1-13 3 4 5
12. Lluvia	60"	0	26-60 16-23 1-13 3 4 5

*Consulte con el ítem de errores ESCALA

Mix. = 48

TOTAL: 89

5. ARITMÉTICA (Descontinúe después de 3 errores consecutivos)

Problema	Respuesta	Puntaje
1. 30"	72	1
2. 30"	9	1
3. 30"	4	1
4. 30"	74	1
5. 30"	7	1
6. 30"	8	1
7. 30"	5	1
8. 30"	79	1
9. 30"	2	1
10. 30"	24	1
11. 30"	73	1
12. 30"	11	1
13. 30"	75	1
14. 45"	10	0
15. 45"	16	1
16. 75"	32	0
17. 75"	—	0
18. 75"	—	0

Mix. = 14

TOTAL: 12

6. DISEÑO DE BLOQUES (Descontinúe después de 2 errores consecutivos)

Diseño	Tiempo	Error	Puntaje (Encierre el puntaje adecuado para cada ítem)
1.	45"	0	0 1 2 3 4 5 6
2.	45"	0	0 1 2 3 4 5 6
3.	45"	0	0 1 2 3 4 5 6
4.	45"	0	21-45 16-20 11-15 4 5 6
5.	75"	0	21-75 16-20 11-15 4 5 6
6.	75"	0	21-75 16-20 11-15 4 5 6
7.	75"	0	21-75 16-20 11-15 4 5 6
8.	75"	0	26-75 11-15 16-20 4 5 6
9.	120"	0	26-120 11-15 16-20 4 5 6
10.	120"	0	26-120 11-15 16-20 4 5 6
11.	120"	0	26-120 11-15 16-20 4 5 6

Mix. = 10

TOTAL: 39

7. VOCABULARIO (Descartado después de 5 errores consecutivos)		
1. CUCHILLO	Para cortar	2
2. PARAGUAS	Es para cubrirse en caso de lluvia.	2
3. RELOJ	Indica la hora (cuando tiempo)	2
4. SOMBRERO	Se usa cuando hay sol	2
5. BICICLETA	Es un transporte	1
6. CLAVO-UNA	palito de punta de hueso.	1
7. ALFABETO	Tablas que entre palabras.	1
8. BURRO	Es un animal	2
9. LADRON	Alguien que roba / hurta cosas.	1
10. UNIR	Apagar un Fidele de objetos	2
11. VALIENTE		2
12. DIAMANTE		0
13. APOSTAR		0
14. DISPARATE		2
15. PREVENIR		2
16. CONTAGIOSO		0
17. ESTORBO		1
18. FABULA		1
19. ARRIESGADO		2
20. EMIGRAR		0
21. ESTROFA		0
22. RECLUIR		0
23. ESCARABAJO		2
24. ESPIONAJE		0
25. CAMPANARIO		0
26. RIVALIDAD		1
27. REFORMA		0
28. OBLIGAR		0
29. AFLICION		0
30. OBLITERAR		0
31. INMINENTE		0
32. DILATORIO		0
TOTAL		31

8. ENSAMBLE DE OBJETOS (Analicar el test completo para todos los niños)										
Objeto	Tiempo	0-6	Multiplicar por	Puntaje (Encierre en un círculo el puntaje apropiado para cada ítem)						
Manzana (Ejemplo)										
1. Niña	120"	29	(0-6)	1	0	1	2	3	4	5
2. Caballo	150"	32	(0-5)	1	0	1	2	3	4	5
3. Carro	150"	59	(0-9)	*1/2	0	1	2	3	4	5
4. Cara	180"	70	(0-12)	*1/2	0	1	2	3	4	5

* Redondear el puntaje hacia arriba.

TOTAL: 28

9. COMPRENSION (Descontinúe después de 4 errores consecutivos)		Puntaje
		2, 1, o 0
1. Cortar dedo		2
2. Encontrar		1
*3. Humo		1
*4. Policías		2
5. Pelota perdida		1
6. Pelea		1
*7. Casa		1
*8. Placas		0
*9. Criminales		0
10. Estampillas		1
11. Inspección carnes		0
*12. Limosna		0
13. Voto secreto		0
*14. Empaste liviano		0
15. Promesa		0
*16. Algodón		0
*17. Senadores		0

si el niño sólo da una idea, pregúntele por una segunda respuesta. Pregunte apropiadamente, diciendo: "Dime algo más de ello (razón por que, ventaja de)"

TOTAL: 14

TO. CODIFICACION	TIEMPO	PUNTAJE
A. Para niños menores de 8 años	120"	(0-50)
B. Para niños de 8 años a más	120"	36 (0-93)

CODIGO A	
Puntos con bonificación por tiempo	
Tiempo en seg.	Puntos
111 - 120	45
101 - 110	46
91 - 100	47
81 - 90	48
71 - 80	49
61 - 70	50

11. RETENCION DE DIGITOS (Opcional) Descontinuar después de que falle en ambos intentos de clasificar ítems. Adicionalmente, anotar el número de cada ítem, año al que pertenece y el puntaje obtenido.

DIGITOS EN ORDEN NORMAL		Error	Intento 2	Error	Puntaje
Intento 1					2, 1 ó 0
1	3-8-6	/	6-1-2	/	2
2	3-4-1-7	/	6-1-5-8	/	2
3	8-4-2-3-9	/	5-2-1-8-6	/	1
4	3-8-9-1-7-4		7-9-6-4-8-3	/	2
5	5-1-7-4-2-3-8		9-8-5-2-1-6-3	/	1
6	1-6-4-8-9-7-6-3		2-9-7-6-3-1-5-4	/	0
7	5-3-8-7-1-2-4-6-9		4-2-6-9-1-7-8-3-9		0
TOTAL:					10

Adicionalmente, DIGITOS EN ORDEN INVERSO a los 11 ítems del año anterior obtiene puntaje 3 en DIGITOS EN ORDEN NORMAL

DIGITOS EN ORDEN INVERSO		Error	Intento 2	Error	Puntaje
Intento 1					2, 1 ó 0
1	2-5	/	6-3	/	2
2	5-7-4		2-5-9	/	1
3	7-2-9-6		8-4-9-3		
4	4-1-3-5-7		9-7-8-5-2		
5	1-6-5-2-9-8		3-6-7-1-9-4		
6	8-5-9-2-3-4-2		4-5-7-9-2-8-1		
7	6-9-1-6-3-2-5-8		3-1-7-9-5-4-8-2		
TOTAL:					3

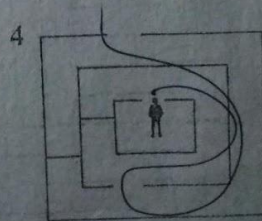
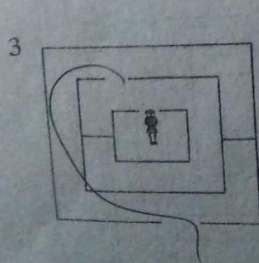
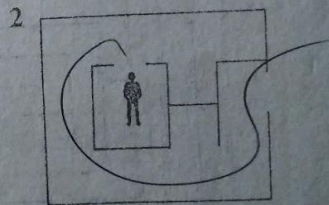
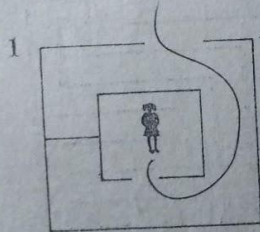
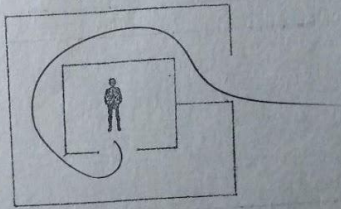
10 + 3 = 13
 Max = 25
 NORMAL INVERSO TOTAL

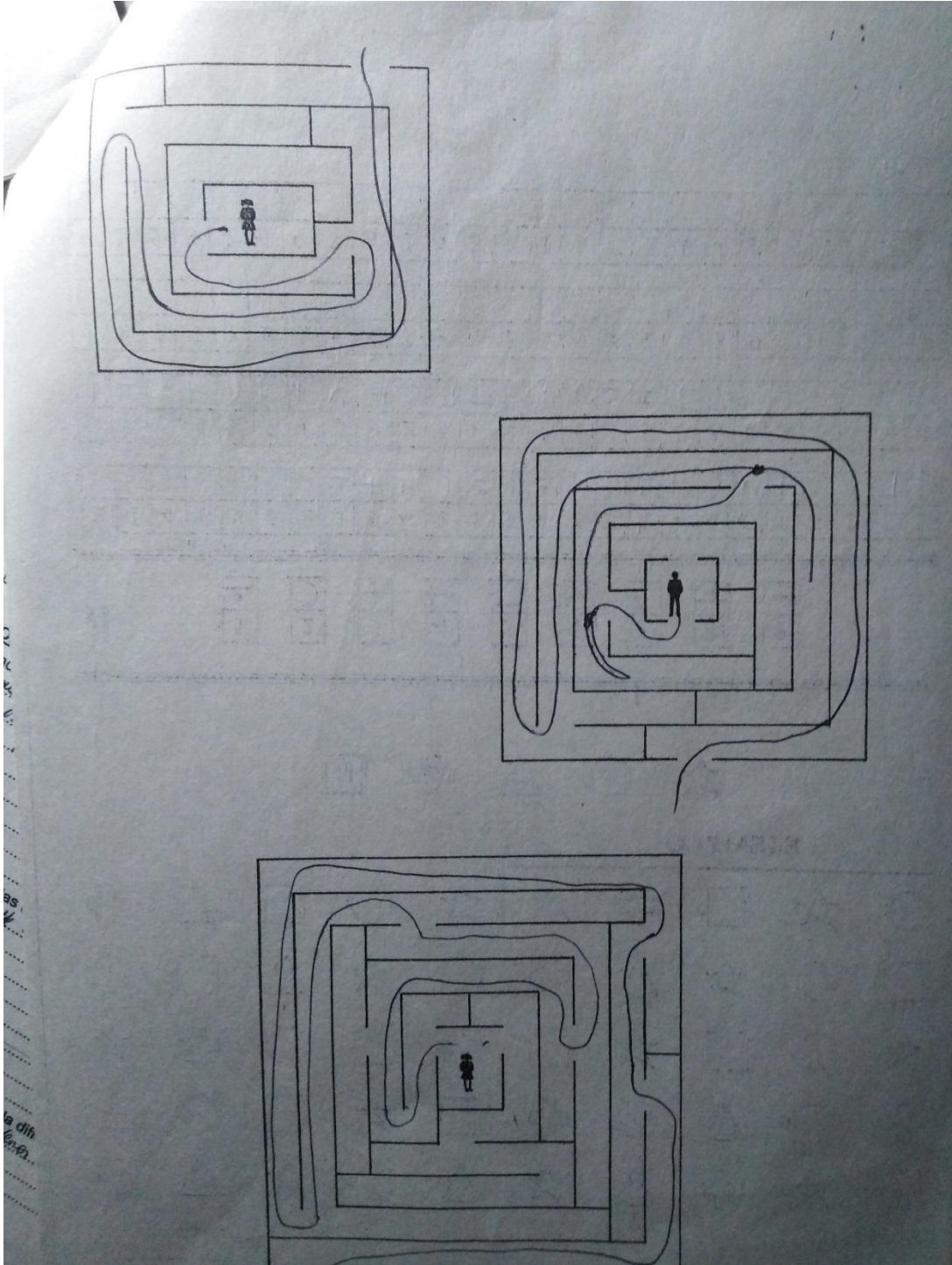
12. LABERINTOS (Opcional) Descontinuar después de 2 errores consecutivos

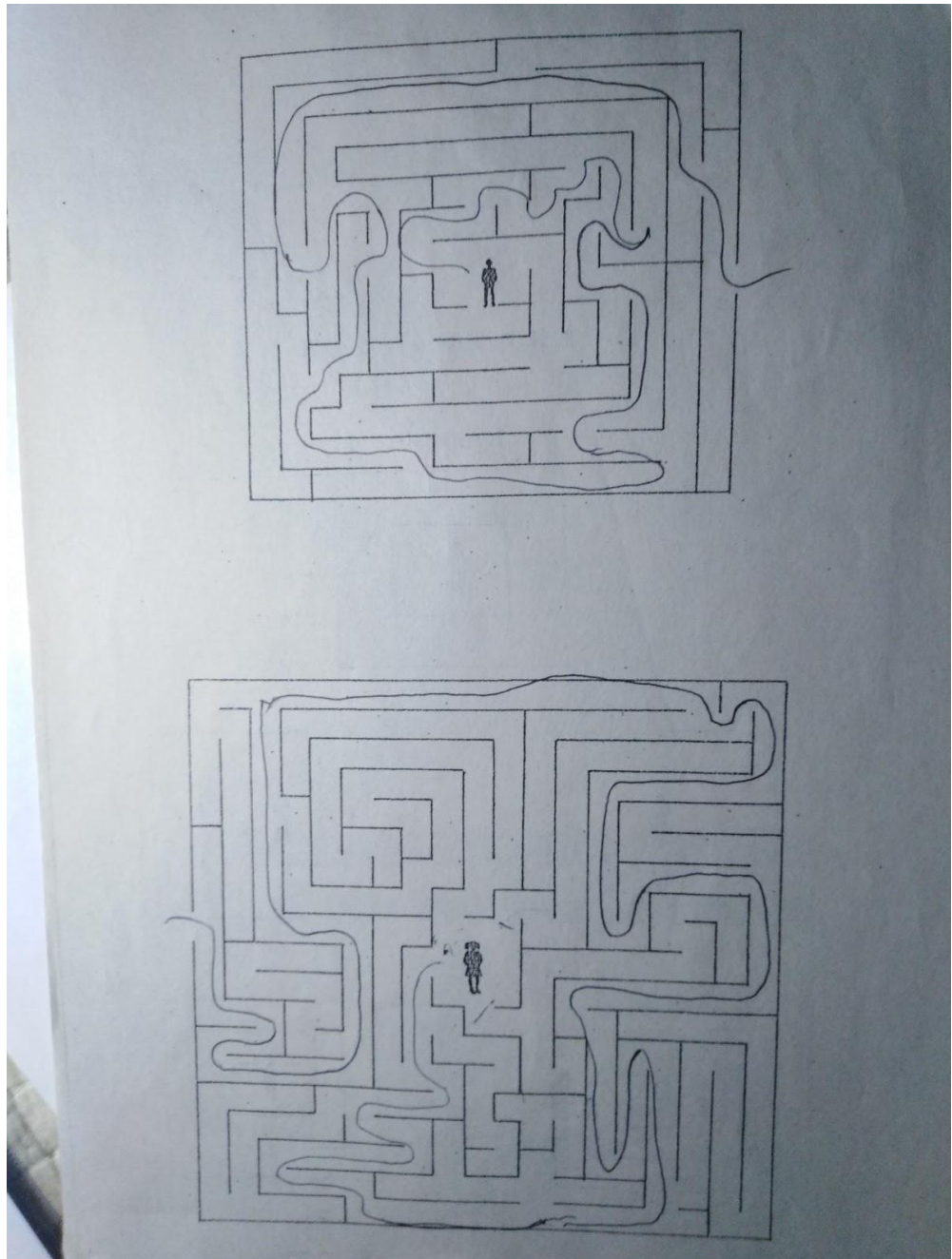
Laberinto	Máximo de errores	Errores	Puntaje (Encierre en un círculo el puntaje apropiado para cada laberinto)
Ejemplo			
1.	30°	1	0 Error
2.	30°	1	0 Error
3.	30°	1	0 Error
4.	30°	2	1 Error
5.	45°	2	1 Error
6.	60°	3	2 Errores
7.	120°	3	1 Error
8.	120°	4	1 Error
9.	150°	4	1 Error
TOTAL:			7

LABERINTOS

Ejemplo







Cuestionario de Depresión Infantil

CUESTIONARIO (CDI)

NOMBRE Peatlegu Cappallo EDAD.....
FECHA DE NACIMIENTO..... FECHA DE HOY.....
GRADO..... COLEGIO.....

Love

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

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

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

Ejemplo: 16
..... Siempre leo libros
..... Algunas veces leo libros
..... Nunca leo libros

Muy bien, ahora comienza a contestar.

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

1) Rara vez me siento triste 0
..... Muchas veces me siento triste
..... Me siento triste todo el tiempo

2) Nada me va a salir bien
 No estoy seguro si las cosas me van a salir bien 1
..... Las cosas me van a salir bien

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

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

FIN

Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños

Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños

Nombre: Rodrigo [REDACTED]

Edad _____

Grado de Instrucción _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES:

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

	0	1	2
	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE
1. Estoy intranquilo(a) por cualquier motivo		X	
2. Mi corazón late muy rápido.		X	
3. Tengo cólera por cualquier motivo.		X	
4. Me desmayo o siento que me voy a desmayar	X		
5. Tengo ganas de llorar.		X	
6. Tengo dolores o sensaciones de presión en el pecho.		X	
7. Tengo pesadillas.		X	
8. Siento miedo a varias cosas.	X		
9. Me siento débil y me canso fácilmente		X	
10. Me tiemblan las manos o los pies cuando estoy nervioso (a).		X	
11. Siento que me ahogo.	X		
12. Me altero o me angustio fácilmente.		X	
13. Orino con mucha frecuencia.		X	

19 Marcado

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

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION

ANEXO D:

Post-Test

Cuestionario de Depresión Infantil

CUESTIONARIO (CDI)

NOMBRE Priscilla [REDACTED] EDAD 14
FECHA DE NACIMIENTO.....FECHA DE HOY.....
GRADO.....COLEGIO.....

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

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

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

Ejemplo:

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

Muy bien, ahora comienza a contestar.

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

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

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

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

FIN

Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños

Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños

Nombre: Priscilla [REDACTED] Edad 4
 Grado de Instrucción _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES:

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

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

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

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION