



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología Clínica

“TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN UNA ADOLESCENTE”.

Tesina previa a la obtención del
Título de Psicóloga Clínica.

Director: Dra. Ana Lucía Pacurucu.

Autora: Ivonne Lorena Carpio Toro.

Cuenca- Ecuador

2010

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a mi familia, a mis padres Iván Carpio, Lorena Toro, mi hermana Daniela, por su apoyo incondicional, por creer en mí, por ser mi fuente de esperanza y a Fernando por darme la motivación para alcanzar las metas que me proponga.

Ivonne Carpio T.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios por ser mi luz y guía en el camino, a mis Padres, a mi hermana por estar presentes y apoyarme en cada momento.

A mi tutora Dra. Ana Lucia Pacurucu por sus enseñanzas y dirigirme durante mi trabajo de graduación, a mis profesores de esta prestigiosa Universidad del Azuay, por instruirme durante estos años con sus conocimientos, experiencias y sabiduría que me guiarán por el camino de la vida.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de anexos.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Introducción.....	1

Capítulo I

1.1 Depresión

1.1.1 Concepto.....	4
1.1.2 Etiología.....	4
1.1.3 Clasificación.....	7
1.1.4 Factores de riesgo.....	9
1.1.5 Suicidio e intentos de suicidio.....	10
1.1.6 Tratamientos.....	11

1.2 Terapia cognitiva conductual

1.2.1 Concepto.....	13
1.2.3 Objetivos y Tratamiento	14
1.2.3 Factores cognitivos de la depresión.....	16
1.2.4 Características de la Terapia Cognitiva.....	18

Capítulo II

2. Diagnóstico

2.1 Historia clínica de la adolescente.....	21
2.2 Información de los reactivos psicológicos.....	24
2.3 Resultados.....	28
2.4 Conclusión.....	29

Capítulo III

3. Técnicas y recursos

3.1 Técnicas cognitivas conductuales para el tratamiento de la depresión....31

3.2 Recursos infraestructura y materiales..... 35

3.3 Elaborar un esquema de sesiones con basada en la terapia cognitiva
conductual..... 35

3.4 Sesiones terapéuticas realizadas40

Conclusión.....44

Bibliografía.....45

Anexos

Índice de Gráficos:

Gráfico 1

Gráfico 1.1

Gráfico 1.2

Gráfico 2

Gráfico 2.1

Gráfico 2.2

Gráfico 3

Anexo 1

Anexo 2

Anexo 3

RESUMEN

El presente trabajo describe el caso de una adolescente con depresión y la aplicación de un plan terapéutico basado en la terapia cognitiva conductual; para la recolección de información se utilizó una entrevista, la elaboración de la historia clínica, y la aplicación de reactivos psicológicos, la terapia se basa en 12 sesiones y en este trabajo se realizó hasta la novena sesión, en el cual, la depresión era causada por la mala relación con la madre, y por un abuso sexual. Las técnicas que ocupamos están encaminadas a la reestructuración cognitiva que producen un cambio en el estado de ánimo, en la conducta y las relaciones sociales de la adolescente, produciendo una mejoría en la calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE: Adolescente, Cambio, Depresión, Reestructuración cognitiva, Terapia Cognitiva Conductual.

ABSTRACT

This project describes the case of a teenager with depression and the application of a therapeutic plan based on behavioral cognitive therapy. Interviews, clinical history and the application of psychological reagents were used in order to gather information. The therapy was based on twelve sessions; this project was performed until the ninth session in which a bad relationship with the mother and sexual abuse caused the depression. The techniques used lead to cognitive restructuring which produces an change in the mood, behavior and the social relationships of the teenager which in turn generates an improvement in the quality of life of the patient.

KEY WORDS: Teenager, Change, Depression, Cognitive Restructuring, Behavioral Cognitive Therapy.



A handwritten signature, likely of the coordinator, consisting of stylized initials and a surname.

INTRODUCCIÓN

Por medio del presente trabajo vamos a abordar el tema de depresión en el caso de una adolescente. Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es la principal causa de discapacidad y afecta a todas las personas sin importar sexo, edad, raza, situación económica, etc.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, es una condición que deteriora seriamente la calidad de vida, que afecta a la persona, en todas sus áreas, cognitiva, afectiva, conductual, de salud, que altera el desarrollo normal y satisfactorio de la persona, además de su influencia negativa en todos los contextos en el que se desenvuelve, sea familiar, social, laboral, etc.

Se estima que dos terceras partes de los pacientes nunca reciben tratamiento o que lo hacen brevemente, por lo que va a repercutir constantemente en la calidad de vida de la persona.

Los adolescentes se ven cada vez más afectados por esta patología y el gran riesgo que tenemos, es el subestimar o confundir los síntomas de depresión con características propias de la edad y no prestar la debida importancia dejando que un episodio menor sin atención, se llegue a convertir en una depresión mayor. Aumentando las conductas de riesgo por ejemplo, consumo de alcohol, drogas, conductas antisociales, intentos de suicidio y suicidio consumado, además de iniciar una vida sexual a temprana edad, sin responsabilidad, lo que aumenta el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

Creemos que los adolescentes son un grupo social de vital importancia, el presente de la sociedad, una sociedad en donde la familia ha perdido peso, hay mas acceso a tabacos, alcohol, drogas y están expuestos a medios de comunicación que proyectan agresión, violencia, influyen en la “necesidad de tener todo”, lo material, para ser feliz, además de estereotipos de belleza que presionan a los adolescentes, y crean frustración por un mundo irreal. David Shaffer, profesor de Psiquiatría y Pediatría

de la Universidad de Columbia en Nueva York, en el año 2009 explicó que la depresión y adolescencia es un tema de vital importancia que debe ser tratado, en sus investigaciones menciona que el 68% de los chicos que han tenido depresión no recibieron tratamiento y que el 80% de los adolescentes que han intentado suicidarse no han pasado por la consulta del médico.

El objetivo que tenemos con este trabajo es elaborar un plan de tratamiento terapéutico para la depresión con intervención cognitiva conductual, que es efectiva para estos casos.

Es una investigación aplicada que busca contrastar la teoría con la realidad, realizando un estudio de caso, evaluando y asignando un diagnóstico para desarrollar un plan de tratamiento posterior, que será personalizado, ejecutado y servirá como guía para casos similares.

CAPITULO I

CAPITULO I

1. 1 Depresión

1.1.1 Concepto

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental de Estados Unidos (NIMH siglas en inglés), publica en su página web que “el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse voluntariamente.”

Los síntomas de la depresión son: la tristeza, la pérdida de interés o placer que producen el estado de ánimo negativo, sin embargo para un trastorno depresivo, se debe considerar a éste como un síndrome: “depresión; es un conjunto de síntomas que producen un estado negativo que van acompañados de ciertos problemas somáticos, cognitivos y de conducta”.(Wicks. Nelson, Israel. Allen, Psicopatología del niño y del adolescente pág.145)

La depresión puede alterar el estado de ánimo, la percepción y el comportamiento de una persona.

1.1.2 Etiología

La etiología de la depresión es compleja, en ella intervienen múltiples factores, genéticos, biológicos y psicosociales. Dentro de los biológicos hay evidencias de alteraciones a nivel de neurotransmisores (adrenalina, dopamina, serotonina) además de modificaciones en los sistemas nervioso, inmunológico y endócrino.

El trastorno depresivo mayor es “1,5-3 veces más común en los familiares biológicos de primer grado de personas que sufren este problema, que la población en general. La heredabilidad en diferentes estudios se calcula que está entre 36 – 75%, lo que demuestra un componente genético” (Toro, Psiquiatría pág.155). Aunque se discute si es realmente un factor genético o ambiental, consideramos que es de gran

importancia los dos factores, debido a que si en la familia hay más de un paciente depresivo puede ser un modelo de comportamiento aprendido también.

En los factores psicosociales, se consideran relevantes, la separación y la pérdida de personas amadas en la niñez, que predispone a la depresión posterior.

Se considera que traumas en la infancia, maltratos, abuso sexual son factores de riesgo para la depresión. Además las situaciones estresantes como desastres naturales, guerras, crisis vitales parecen aumentar la incidencia de depresión.

“Seligman postuló que la desesperanza aprendida se presenta cuando un individuo es sometido de forma repetida a estímulos desagradables, que no puede predecir o controlar, la persona se resigna y se deprime. Además presenta una tendencia a percibir que las cosas están fuera de su control” (Toro, Psiquiatría, pág. 156)

Sin embargo para Beck, la depresión es un pensamiento distorsionado que afecta su visión sobre sí mismo, el mundo que le rodea y el futuro, produciendo un cambio en las emociones que producen malestar, estado de ánimo deprimido y conductas desadaptadas.

En una revisión de 1.045 historias clínicas de adolescentes que fueron atendidos en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil, se registró que “las patologías más frecuentes fueron encontradas en adolescentes provenientes de familias desestructuradas y correspondieron a los diferentes trastornos depresivos (22,9%), y la relación de estos trastornos según el género correspondió a 3:1 para los adolescentes de sexo femenino”(Rev. Col. Psiquiatría Volumen XXXV, (2006), pág., 149-150), en su investigación de Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador.

Además de las principales causas descritas anteriormente, hemos encontrado otros posibles detonantes para la depresión, que consideramos que son importantes, estas casusas secundarias son:

- Drogas; el consumo o abstinencia de drogas
- Enfermedades orgánicas
- Trastornos neurológicos / endócrinos / metabólicos
- Enfermedades infecciosas /cardiovasculares

La depresión podría fomentar la aparición y mantenimiento de enfermedades debido a la disminución de las defensas del organismo, además altera los circuitos del dolor, se dice que dos de cada tres personas que padecen depresión sufren además dolores crónicos o recurrentes, por lo que podemos observar que la depresión pone en riesgo la calidad de vida de la persona.

Según el Ministerio de Salud Pública, se registraron en el Ecuador en el año 2007 las siguientes cifras: casos de depresión a nivel del país 9776 y en la provincia del Azuay se notificaron 744 casos, son datos que nos preocupan y que consideramos deben tomarse en consideración, se conoce actualmente a la depresión como el resfriado mental, porque muchas personas pueden padecerlo, sin importar edad, raza, género, posición social, nivel de instrucción educativo, etc, además de ser más común en la época en la que vivimos.

El ser humano es integral, es un ser biopsicosocial, espiritual, energético, cuando una parte de este, es afectada se halla en desequilibrio, y aparecen las enfermedades como la depresión.

1.1.3 Clasificación

“Las depresiones según Robins, se dividen en dos grandes grupos: primarias, en las cuales la única enfermedad presente o pasada es un trastorno afectivo; y secundarias en las cuales el paciente sufre otra enfermedad mental (por ejemplo, esquizofrenia) o un trastorno orgánico que explica la depresión (por ejemplo, hipotiroidismo)” (Toro, Psiquiatría pág. 154)

La depresión se puede clasificar de diferentes formas, de acuerdo a un patrón de presentación:

- Episodio único

- Trastorno persistente

Además se puede especificar según su grado de severidad:

- Leve

- Moderado

- Severo (con o sin síntomas psicóticos)

También se encuentra otro tipo de depresiones como las estacionales, post parto, distimia, depresión breve recurrente.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se diagnostica según el DSM IV o el CIE-10

Criterios Diagnósticos del Episodio Depresivo Mayor (DSM IV)

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el período de las mismas dos semanas, y representan un cambio del funcionamiento previo; por lo menos uno de los siguientes síntomas es (1) ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.

1. Ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por, reporte subjetivo (ejemplo se siente triste o vacío) u observación hecha por otros (ejemplo parece lloroso). Nota: en niños o adolescentes, puede ser ánimo irritable.

2. Interés o placer marcadamente disminuidos en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.
 3. Pérdida o aumento de peso significativos sin estar a dieta (5% del peso en un mes). O disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retardo psicomotor casi todos los días (observable por otros, no solamente la sensación subjetiva de inquietud o de estar lento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de minusvalía o culpa excesiva o inapropiada (puede ser delirante) casi todos los días. (No meramente autoreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días.
 9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación recurrente de suicidio sin un plan específico, o un intento de suicidio o plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas causan sufrimiento clínico significativo o trastorno en el funcionamiento social, ocupacional, o en otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. No se debe a afectos de una sustancia (droga de abuso o medicación) o a una condición médica general (ejemplo hipotiroidismo).
- D. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir, después de la pérdida de un ser amado, los síntomas persisten más de 2 meses o están caracterizados por marcado menoscabo funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retardo psicomotor.
- (Frances. Allen, Pincus. Harold, First Michael, DSM- IV, pág. 333)

1.1.4 Factores de Riesgo

Los factores de riesgo en la depresión en el paciente adolescente se asocian:

- Sucesos vitales estresantes, sobre todo muerte de un progenitor o divorcio.
- Catástrofes naturales.
- Cuidadores inestables.
- Abusos físicos, psicológicos o sexuales.
- Enfermedades crónicas.
- Bajos ingresos económicos.
- Historia Familiar de depresión.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Ser del género femenino (se ha comprobado que las mujeres son dos veces más propensas a experimentar toda clase de estados depresivos que los hombres) (Sarason. I, Sarason. B, Psicología Anormal, pág. 288)

A nivel individual los factores de riesgos son:

- Desesperanza.
- Falta de habilidades sociales.
- Mala expresión o represión de emociones.
- Baja autoestima.
- Malas relaciones con familiares o parientes.

La depresión también se asocia con trastornos de alimentación.

Guido Aguilar , Hade de Eduardo, Carlos E. Berganza, encontraron en su estudio en el año 2006, sobre adolescentes guatemaltecos una correlación muy importante entre la autoestima y la depresión, la autoestima es calificada como “ factor predisponente al desarrollo de la depresión, Nieger y Hopkins por ejemplo, señalaron que uno de las mejores señales de advertencia para la depresión en adolescentes es su baja autoestima, la cual se asocia con actitudes autopunitivas y altamente críticas.” (redalyc.uaemex.mx) Como se ve en nuestro caso, es un punto sinérgico que debemos tratar incluyéndolo dentro del plan terapéutico, porque consideramos que la forma en que nos vemos a nosotros mismos, como nos

aceptamos o no, nos llevará a tomar actitudes y decisiones importantes dentro de nuestra vida. Dentro de la autoestima, está el poner límites para defendernos como personas autónomas, y una persona con una autoaceptación de sí misma va a conocer cuáles son sus fortalezas, debilidades y sacar provecho a lo que tiene, cambiando la perspectiva de la vida, con una actitud diferente.

1.1.5 Suicidio e intentos de suicidio

Un tema que nos preocupa dentro de la depresión son los pensamientos suicidas y su consecución, según el IMJUVE, (Instituto Mexicano de la Juventud) el suicidio es la tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años de edad, en México.

“En general se acepta que los intentos son 10 a 50 veces más numerosos que los suicidios. Estudios de seguimiento de adolescentes que han realizado un intento de suicidio, muestran que el 10% se suicida dentro de los 10 años siguientes.” (Rev. chil. pediatr. v.71 n.3 Santiago Mayo), consideramos que uno de los mejores signos para determinar el suicidio, es el intento de suicidio por lo que tenemos que concientizarnos de la importancia de estos.

En la revista *Salud Mental* (2008), en un estudio realizado sobre la problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar, en México reporta que al indagar sobre el deseo de muerte manifestada, el 10.9% de los hombres y el 23.0% de las mujeres querían seguir viviendo, la mayor parte de los adolescentes no les importó si vivía o moría, lo que es un tema importante que no debemos descuidar cuando tratamos con adolescentes y depresión.

En el Ecuador los casos de intentos de suicidio son alarmantes como vemos el sector de la sierra está liderando la incidencia de intentos de suicidio, aumentando en el 2007, se registraron en el Ecuador 2351 intentos de suicidio; a nivel del Azuay en el año 2007, se registraron 267 casos, lo que representa 11.36%, sin embargo consideramos que las cifras reales son más altas. (Ver gráficos 1, 1.1, 1.2)

El suicidio consumado es otra tasa que nos preocupa, en nuestro país, se registra que el suicidio consumado en el Oriente es el más alto, sin embargo luego de este

está la región de la Sierra. En el Ecuador en el año 2007 se registraron 78 casos, de los cuales 12 casos se registraron en la provincia del Azuay, pero mantenemos nuestra inquietud en que las cifras reales podrían ser más altas. Lamentablemente no hay otra investigación más reciente sobre este tema, sin embargo nos da una visión del problema social en el que vivimos. (Ver gráficos; 2, 2.1,2.2)

Las personas que intentan suicidarse, son personas que no encuentran otra forma de resolver sus problemas, quieren llamar la atención de sus familiares, un pedido de ayuda porque consideran que su vida es insostenible en ese momento, por lo que la intervención debe ser una prioridad en estos casos, debido a que si ya ha intentado una vez es más propenso a repetirlo.

1.1.6 Tratamientos

Los tratamientos para la depresión dependerán de la severidad del caso, se requerirá de “hospitalización cuando el riesgo suicida sea alto y cuando existen relaciones interpersonales muy hostiles o destructivas”(Toro J, Yepes L, Psiquiatria, pág. 165), al mantener al paciente en hospitalización se podrá asegurar la vida del paciente, establecer una buena relación terapéutica, tener un seguimiento y control del paciente.

Terapia Electro convulsiva TEC: comprende el paso de una corriente de entre 70 y 130 voltios por la cabeza del paciente, a través de unos electrodos. El TEC está indicado para depresiones severas, con síntomas psicóticos, cuando exista un alto riesgo de suicidio y en aquellos casos que no responden adecuadamente a los tratamientos farmacológicos y psicológicos. Se presenta mejoría en el paciente sin embargo puede presentar pérdida de la memoria de dos semanas aproximadamente al igual que disminución en la capacidad de aprender y retener información. En la actualidad se realiza con poca frecuencia.

Terapia Farmacológica: es utilizada por los psiquiatras, los primeros antidepresivos fueron los MAO (Inhibidores de la Monoaminoxidasa), en fechas más recientes se desarrollaron un grupo de antidepresivos de diferente estructura los antidepresivos tricíclicos, antidepresivos de la segunda generación, ISRS, (Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina) que provocan menos efectos secundarios.

Psicoterapia: es recomendada en todos los casos, sea una depresión leve o profunda, debido a que estas trabajan las causas de la depresión no solo los síntomas, como la terapia farmacológica.

-Terapia Psicodinámica: la depresión es vista como una reacción compleja ante la pérdida, “Freud describió entre duelo normal y la depresión como la pérdida de alguien o algo amado, creía que una persona deprimida tenía una conciencia o superyo muy fuerte y castigador”(Sarason. I, Sarason. B, Psicología Anormal, pág. 301)

Silvano Arieti, Psicoanalista expresó: “Nunca he conocido a un paciente del que pueda decir que su depresión surgió de la nada y que se deba buscar su origen exclusivamente en un trastorno metabólico”.

-Terapia cognitiva conductual: la base de esta teoría es el pensamiento, como interpreta la persona sus vivencias, expectativas, metas, etc; la misma experiencia puede afectar a dos personas de diferente manera. La depresión se puede explicar a través de la triada cognitiva, visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, además que los pensamientos distorsionados que afectan la forma de percibir las cosas, cambiando los estados emocionales que repercuten en la conducta de la persona.

- Terapia Humanista, Existencial: los teóricos existenciales se enfocan hacia la pérdida de autoestima. “El objeto perdido puede ser real o simbólico, esta pérdida, en sí, no es tan importante como el cambio en la evaluación del individuo como resultado de este” (Sarason. I, Sarason. B, Psicología Anormal, pág. 311). Muchas personas basan su concepto, en quienes son (logros, estudios, etc) y sus posesiones (cosas materiales); la diferencia entre el yo ideal y las percepciones de la realidad son las fuentes de la depresión y ansiedad.

Como vemos la depresión es un problema que afecta a la persona en sus partes físicas, biológicas, emocionales, conductuales, cognitivos, motivacionales, sociales, laborales, etc, que necesitan tratamiento de un profesional que pueda ayudarle a encontrar un nuevo sentido a su vida, no es algo que solo con voluntad se puede lograr, el paciente no sabe cómo manejar lo que le pasa y no encuentra solución a sus problemas actuales, por eso la necesidad de un tratamiento oportuno, sin subestimar la enfermedad.

1.2 Terapia cognitiva conductual

“Aaron T. Beck, Fundador de la terapia de cognitiva, en los últimos 40 años ha conducido investigaciones empíricas sobre la psicopatología de la depresión.” (Bruce E. Introducción a la psicología clínica pág. 391) Presidente del Instituto de Beck para la Terapia e Investigación Cognitiva y profesor de Psiquiatría en la Universidad de Pennsylvania.

1.2.1 Concepto

“La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar diferentes alteraciones psiquiátricas” (Beck. A. Tratamiento Cognitivo de la Depresión, pág. 13)

Según Beck. en su teoría explica que la conducta y sus consecuencias está determinada por la manera como la persona entiende, interpreta y estructura el mundo basándose en actitudes y supuestos propios que ha ido desarrollando a partir de sus experiencias y aprendizajes anteriores.

Esta terapia investiga el funcionamiento actual, realiza una historia clínica y pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas. Se centra en el presente, en el “Qué tengo que hacer para cambiar” más que en el “por qué”, como lo hacían las terapias psicoanalíticas.

El conocer lo que nos paso o contar nuestro pasado no soluciona los problemas del presente, por lo que esta terapia plantea el trabajo en conjunto con el terapeuta y la

persona, en sesiones estructuradas, haciendo énfasis en la corrección de pensamientos distorsionados por que, se plantea que los pensamientos producen las emociones; la depresión está influida y mantenida por la triada cognitiva que consta de “una visión negativa de sí mismo, el ambiente y el futuro” (Padilla, Terapias cognitivas con fundamento empírico pág. 19), esto se da por un procesamiento de información errada, aumentando los aspectos negativos y minimizando los aspectos positivos.

El individuo deprimido se puede enfocar en los aspectos negativos del pasado y pensar que le pasará lo mismo en un futuro.

Como vemos no se da cuenta del presente, hay una frase que nos parece interesante, “la felicidad está en la sala de espera de la felicidad” y muestra que cuando estamos detrás de un objetivo, nos perdemos de disfrutar el camino, esto nos frustra y si vemos un futuro oscuro sin oportunidad de cambio, producirá efectos negativos en nuestra calidad de vida.

1.2.2 Objetivos y Tratamiento

El paciente dentro de la terapia aprende a tomar decisiones y resolver problemas de una forma más realista. El objetivo de las técnicas cognitivo conductuales sirve para poner a prueba las creencias distorsionadas del paciente; el método consiste en:

1. Controlar los pensamientos automáticos negativos.
2. Identificar las relaciones entre Pensamiento, Afecto y Conducta.
3. Examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados.
4. Sustituir las cogniciones distorsionadas por interpretaciones más realistas.

Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar las experiencias. (Beck. A. Tratamiento Cognitivo de la Depresión, pág. 13)

El modelo cognitivo de la depresión ha surgido a través de las observaciones clínicas e investigaciones experimentales (pág. 19)

Este modelo propone tres conceptos específicos para tratar la depresión:

1. Triada cognitiva
2. Los esquemas cognitivos
3. Los errores cognitivos, errores en el procesamiento de la información.

Triada cognitiva, como hemos citado antes son pensamientos que forman parte de la depresión, estos son: una visión negativa acerca de sí mismo (tiende a atribuir experiencias externas como defecto suyo), del mundo que le rodea (interpreta lo que le rodea como obstáculos que no le permiten seguir), y sobre el futuro (anticipa dificultades y sufrimientos actuales pensando que continuaran indefinidamente).

Los esquemas cognitivos son ciertos patrones casi estables que constituyen una base para las interpretaciones en determinadas situaciones, estos se componen de interpretaciones subjetivas que se formaron desde la infancia, significados personales que guía nuestra conducta, emociones y metas. Los esquemas pueden permanecer inactivos por un tiempo sin embargo se activan en situaciones parecidas a las de su formación, por ejemplo una persona tiene depresión luego de la separación de su pareja, activándose esquemas de “abandono”, recordando la muerte de su padre en la infancia.

En depresiones leves, el paciente puede contemplar sus pensamientos negativos con cierta objetividad, “a medida que la depresión se agrava, su pensamiento está dominado cada vez más por pensamientos negativos, aunque no haya conexión lógica entre sus interpretaciones y hechos reales” (pág. 21) Por lo que se considera parte esencial de los temas a tratar en la depresión.

1.2.3 Factores cognitivos de la depresión

Errores en el Procesamiento de la información según Beck:

1.-Inferencia Arbitraria: Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria. Adivinar lo que piensa el otro y asumirlo como verdad.

2.-Abstracción Selectiva: Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle. Se perciben y se recuerdan las cosas sesgadamente para que “encajen” con las ideas preconcebidas.

3.-Sobregeneralización: Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí. Es la tendencia a creer que si ha ocurrido algo una vez, ocurrirán muchas veces. Utiliza términos como siempre, todo, nunca, nadie, jamás, ninguno.

4.-Maximización y Minimización: Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real. Se exageran los aspectos negativos y se quita importancia a los aspectos positivos.

5.-Personalización: Se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello. Pensar que todo lo que la gente hace o dice tiene que ver de alguna manera, para bien o para mal, con uno. Por ejemplo, si un amigo nos ve con mala cara, pensamos que está enfadado con nosotros por algún motivo.

6.-Pensamiento dicotómico o polarizado: Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

(Beck. A. Tratamiento Cognitivo de la Depresión, pág. 22)

Otras distorsiones cognitivas que consideramos importantes son:

Los deberías: Son creencias o afirmaciones mantenidas en forma rígida e inflexible, acerca de cómo debería ser uno y los demás. Criticarse a uno mismo o a los demás con afirmaciones del tipo: “debería” (o tendría) y “no debería” (o no tendría). Por ejemplo: “Debo hacer las cosas bien, para merecer la aprobación y el afecto de los demás”.

El catastrofismo: Es la tendencia a percibir o esperar catástrofes sin tener motivos razonables para ello. Por ejemplo, un pequeño dolor de cabeza significa que está apareciendo un cáncer.

La negación: Es la tendencia a negar nuestros problemas, debilidades o errores. No quiere ver la realidad por que no sabe cómo manejarla, se concreta en pensar “no me importa”, “me da igual”, “no me ocurre nada”.

Etiquetas globales: Se extrae uno o dos rasgos de la personalidad y se etiqueta a otra persona (o a uno mismo). Ejemplos de ello son las expresiones: “Es un tacaño”

Razonamiento emocional: A partir de los sentimientos negativos vivenciados se deduce que la realidad es así. Por ejemplo: si uno se siente angustiado, es que debe estar en grave peligro.

Autoinculpación: Creerse culpable de los sucesos negativos externos de los que de hecho no es responsable.

Beck expresa en su libro **Terapia Cognitiva de la Depresión** que hay dos formas de pensamiento, el pensamiento primitivo es el típico del depresivo, análogas a las expuestas por Piaget.

Pensamiento Primitivo	Pensamiento Maduro
No Dimensional y Global: soy torpe.	Multidimensional: es un poco difícil para mí manejar las cosas pero soy inteligente.
Absolutista y moralista: Soy un despreciable cobarde.	Relativo, no emite juicios de valor: Soy más cobarde que la mayoría de personas que conozco, sin embargo eso no me convierte en despreciable.
Invariable: Siempre fui y seré un cobarde.	Variable: Mis miedos varían de un momento a otro y de una situación a otra.
Diagnóstico basado en el carácter: tengo un problema en mi carácter y personalidad.	Diagnóstico conductual: Evito en gran medida algunas situaciones y tengo diversos miedos.
Irreversibilidad: Como soy débil, no hay nada que pueda hacer con mi problema.	Reversibilidad: Puedo aprender modos de afrontar situaciones y luchar contra mis miedos.

1.2.4 Características de la Terapia

La terapia cognitiva conductual para la depresión, consiste en varias técnicas de tratamiento específicas, que se aplican de un “modo lógico, planificado y adaptado para cada paciente individualmente.” (Beck. A. Tratamiento Cognitivo de la Depresión, pág. 51)

Las características deseables del terapeuta para establecer una relación terapéutica que pueda producir cambios en un ambiente cálido y de colaboración son:

1. Aceptación: una preocupación sincera, “actitud de aceptación por parte del terapeuta, puede contribuir a corregir determinadas distorsiones cognitivas negativas que el paciente depresivo aporta a la relación terapéutica” .(pág.52)
2. Empatía: la forma en que el terapeuta entra en el mundo del paciente e intenta comprender su punto de vista y experimentar la vida como este.
3. Autenticidad: “ser honesto consigo mismo así como con el paciente”. (pág.54)

Como se describe en el libro de Beck, *Terapia cognitiva para la depresión*, la relación terapéutica implica tanto al paciente como al terapeuta, se basa en confianza, rapport y colaboración; la confianza nos sirve para estructurar la situación de terapia, comprender el problema y animar al paciente a que empiece a cambiar sus actitudes, el rapport nos permite tener una relación armoniosa, el paciente percibe al terapeuta como comprensivo, que lo acepta con todos sus defectos, que puede comunicarse con él sin ser juzgado, permitiendo que en la terapia el paciente se sienta relajado, abierto y se interese en la interrelación; la colaboración es el trabajo en equipo que debe desarrollarse para tener una terapia con éxito.

CAPITULO II

CAPÍTULO II

2. Diagnóstico

Historia Clínica

La historia clínica representa el primer contacto entre el psicólogo y el cliente, establece la dirección de la evaluación y terapia posterior.

2.1 Historia clínica

Datos de Afiliación

Nombre: N. N

Edad: 13 años

Fecha de Nacimiento: 4 de mayo de 1996

Lugar de Nacimiento: Paute

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

Religión: Católica

Escolaridad: Básica

Ocupación: Estudiante

Fecha de realización de la Historia Clínica: 17 de Marzo de 2010

Motivo de Consulta

La profesora nota cambios en el comportamiento y la adolescente le entrega un papel en que le comenta que tiene pensamientos de muerte.

La adolescente refiere que se siente mal, que es insoportable la situación en su casa, vive con su madre y hermano de 9 años; en la casa de su tía, con su esposo y su primo, comenta que el primo le pega a pesar de que es menor a ella, sin embargo es el dueño de casa y no dice nada para que no le hablen a ella.

Presenta bajo peso por lo que fue llevada al médico. En la consulta, el médico preguntó a la madre cómo fue su embarazo, a lo que ella refiere que no quiso tener a su hija porque tenía 14 años; además cuenta que el padre (primo de la madre) le dijo que la queme, la mate para no tener problemas. La adolescente al escuchar esto, empieza a sentir deseos de morir porque “no la quiere nadie”, sentimientos de tristeza, de abandono, irritabilidad, y llanto continuo.

Fuente de información

Mixta

Sintomatología

Esta vestida de acuerdo a su edad, conducta normal, abierta, con memoria conservada.

Cognitiva: Pensamientos

“Nadie me quiere”

“Estoy sola”

“Nadie sabe lo que me pasa”

“Prefiero morir”

“No soporto, tengo mucho sufrimiento”

“Soy culpable de que mi mami sufra, si no estuviera yo, ella sería feliz”

Afectiva

Esta triste, llora constantemente, está más irritable

Motivacional

No tiene ánimo de hacer nada, pero si realiza los deberes.

Fisiológicas

Sueño aumentado

Dolores de estómago cuando tiene iras.

Conductual

Llora

Bajo rendimiento escolar

Historia Familiar y Personal.

La adolescente vive con su madre y hermano en la casa de la tía, la madre de la adolescente la tuvo a la edad de 14 años, es madre soltera, tiene un hermano de madre que tiene 9 años, la madre trabaja como empleada doméstica y a veces regresa a la casa a dormir otras veces no. La madre actualmente está buscando un préstamo por que quiere irse a EEUU, y sus hijos posiblemente se quedarían con la tía.

El tío de la adolescente toma alcohol regularmente y ha maltratado físicamente a su esposa e hijo, por lo que la paciente no quiere quedarse en la casa de ellos, si su madre se va, por miedo al maltrato.

En el colegio tiene un promedio medio bajo, realiza los deberes pero no le gusta estudiar, la relación con los compañeros es buena.

Otros aspectos.

En sesiones posteriores, la adolescente comenta que fue violada por el novio de su madre. Un día la madre le lleva a la casa del novio, y en la cama duerme la adolescente, la madre, el novio duerme en la mitad, la adolescente se da cuenta que algo pasa entre su madre y el novio, luego la madre se duerme y el empieza a manosearla, a besar a la adolescente, ella no hace nada por que no sabe que pasa y tiene miedo que la madre le hable. Posteriormente ella no puede dormir, al siguiente día, ella le dice a la madre que no le gusta el novio y que le molestó, la madre termina con él, porque se entera que le fue infiel. La adolescente tiene sentimientos de repugnancia, asco y rabia, no soporta verle. Esto sucedió hace algunos meses, luego de esto empezó a sentirse triste e irritable, la mayor parte del tiempo, los síntomas se agravan cuando la madre le comenta al médico que ella no desea tener a la adolescente, empieza con pensamientos de muerte, se agravan los síntomas depresivos y piensa que está sola.

Reactivos Aplicados

HTP

TEST DE DEPRESIÓN DE BECK

CBC

INVENTARIO DE FRASES

2.2 Información de los reactivos psicológicos

Las pruebas psicológicas sirven para medir distintas áreas del comportamiento humano, que han sido registrados, medidos y estandarizados, que nos guían para acercarnos a un diagnóstico.

HTP

El test de la casa, árbol, persona, es un test proyectivo basado en el dibujo, a través del cual podemos realizar una evaluación global de la personalidad de la persona, su estado de ánimo, emocional, etc. La realización de dibujos es una forma de lenguaje simbólico que ayuda a expresar de manera bastante inconsciente los rasgos más íntimos de nuestra personalidad, podemos obtener información sobre lo que el individuo experimenta, su relación con los demás y su ambiente familiar.

“H-T-P, facilita la proyección de elementos de la personalidad y áreas de conflicto, permitiendo identificarlas y valorarlas para una comunicación terapéutica eficaz” (Buck, H-T-P, pág. 1). Este test es no verbal, creativo y poco estructurado lo que permite una mayor proyección de la persona, se aplica a personas desde los 8 años de edad. Se observa en este test también su trazo, calidad de la línea, ubicación, posición, movimiento, etc.

Los dibujos constituyen un autorretrato proyectivo. En la casa proyectamos la situación familiar, en el árbol, el medio ambiente y en la persona, el concepto del Yo más profundo, es la imagen de nosotros.

Test de depresión de Beck

El inventario de Depresión de Beck contiene 21 ítems que evalúan la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión.

“Beck (1979) da a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz en el año 1991, siendo ésta la más utilizada en la actualidad”(www.centros-psicotecnicos.es)

Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad o intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor grado. Hace referencia al momento actual y a la semana previa.

Este test revisa el estado de ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, sentimientos de culpa, insatisfacción, odio a sí mismo, autoacusación, impulsos suicidas, períodos de llanto, irritabilidad, indecisión, imagen corporal, capacidad laboral, trastornos de sueño, pérdida de apetito, cansancio, pérdida de peso, hipocondría, pérdida de libido.

Por lo que vemos este test es muy útil para nuestro caso, por que revisa todos los criterios diagnósticos para la depresión.

Diagnóstico:

Normal 0-9 puntos

Depresión leve 10-18

Depresión Moderada 19-29

Depresión Grave 30-40

Depresión Extrema 41-63

CBC Child Behavior Checklist

Child Behavior Checklist (CBCL): es un instrumento para padres, maestros y adolescentes, puede ser auto administrado o el terapeuta va preguntado para que el entrevistado responda. Hay dos versiones, la que he escogido es la que se adapta a la edad de 6 a 18 años, la otra versión es para niños de 1 a 5 años.

El tiempo de administración es de alrededor 15 minutos.

Las áreas que miden este test son: agresión, hiperactividad, impaciencia, problemas conductuales, violencia, desobediencia.

Los subtemas que registran son: conducta agresiva, ansiedad, depresión, problemas de atención, oposicionismo, problemas sociales, quejas somáticas, timidez, internalización y externalización.

El autor es Thomas M. Achenbach, fue publicado 1991, 2001, por lo que es un test nuevo con muy buena confiabilidad que consideramos importante para nuestro caso ya que la profesora podrá informar más datos de la adolescente.

Se puede administrar de forma individual o grupal.

Está compuesto por 140 ítems.

Inventario de Frases (Abuso y Maltrato Infantil)

Inventario de frases es una prueba elaborada a partir de las expresiones verbales más utilizadas por los niños víctimas de este síndrome e intenta evaluar trastornos en el área emocional, cognitiva, social, física y del comportamiento observables en la clínica.

Esta prueba se construyó para el diagnóstico y tratamiento de abuso, maltrato infantil. “En todo niño que fue sometido a maltrato crónico, se produce un daño psíquico que se expresa a través de sus representaciones gráficas y de su comportamiento.” (Beigbeder, Barilari, Colombo, Abuso y maltrato infantil, pág. 9) Esta prueba se realizó a partir de las expresiones verbales y síntomas de niños que han sido víctimas de abuso o maltrato infantil.

El abuso o maltrato infantil, es daño físico, mental, abuso sexual, o trato negligente de todo menor de edad ocasionado por la persona que lo cuida o custodia.

Este inventario se lo puede aplicar desde 7 a 16 años de edad, hemos escogido este test para constatar el maltrato y/o abuso a través de la parte emocional, comportamental, cognitivo, social y físico.

Los puntajes a considerar son los que estén dentro 16 y 32 puntos.

2.3 Resultados.

HTP.

Se puede observar que en sus relaciones familiares hay rasgos de agresividad, inadaptación, defensas paranoides por el temor de daños del exterior, señales de un sujeto evasivo, que procura aislarse y dificultad en el manejo de las interacciones sociales.

En su relación con el mundo exterior se muestra introvertida, insegura, con límites débiles del yo, está presente el miedo, ansiedad.

La forma en que se percibe a sí misma, demuestra sentimientos de pequeñez, derrota, tensión, incertidumbre, autocrítica, falta de apoyo o estabilidad, depresión, dependencia, además de la expresión de desprecio y rechazo a los demás, falta de confianza en contactos sociales, preocupación por el desarrollo corporal, sexual y preocupaciones somáticas.

Test de Beck.

Se registro a través de este test, la puntuación de 39 que significa, Depresión grave.

CBC (Aplicado a la profesora).

Este test nos indica lo que la profesora puede observar de la adolescente, los resultados muestran una puntuación alta en depresión y retraimiento, además se registra irritabilidad, problemas de atención y ansiedad.

Inventario de frases.

A través de este test pudimos comprobar que se presenta un deterioro en las áreas: emocionales, comportamentales, sociales, cognitivas y físicas. Presenta un puntaje de 28 lo que está dentro del rango de datos que nos dan un indicio de abuso o maltrato. Los ítems más representativos son el miedo, tristeza y sentimientos de culpa.

2.4 Conclusión.

La paciente presenta un trastorno depresivo mayor, que pudo ser comprobado a través de la sintomatología y la aplicación de reactivos psicológicos.

Los síntomas depresivos como irritabilidad, falta de apetito, sentimientos de inutilidad, inferioridad, rechazo al contacto social, tensión, ansiedad, conflictos emocionales, preocupación sexual, entre otros, se inician hace algunos meses cuando fue abusada por el ex novio de la madre, sin embargo estos síntomas se agravan al acudir al médico y enterarse que no era hija deseada.

CAPITULO III

CAPÍTULO III

3. Técnicas y recursos.

3.1 Técnicas cognitivas conductuales para el tratamiento de la depresión.

Consideramos a la terapia cognitiva conductual de Beck, debido a que se ha comprobado a través de múltiples estudios que es muy efectiva; Fava y sus colaboradores (2004), realizaron unos estudios en el cuales, se comprobó la reducción de síntomas y en su seguimiento durante 2 años mostró una disminución de las recaídas, el grupo que realizó Terapia Cognitiva recaían el 25%, en comparación con el grupo que se trató clínicamente, su índice de recaídas fue del 80%.

La terapia cognitiva en niños y adolescentes se centra en los problemas, es activa, está orientada a los objetivos, la estructura de las sesiones son más flexibles en los niños, “es imprescindible tener en cuenta la edad del niño o adolescente, así como las habilidades cognitivo- sociales, el lenguaje, el nivel de razonamiento y adaptar el nivel de intervención a las capacidades correspondientes al nivel de desarrollo” (Friedberg, McClure, Práctica clínica de terapia cognitiva conductual con niños y adolescentes, pág. 22), respetando las características únicas de cada persona.

MODELO	OBJETIVO DEL TRATAMIENTO	METAS	MÉTODO
Terapia cognitiva	Identificar y corregir errores en el pensamiento	Enseñar estrategias de auto identificación autocorrección, cuando se interpretan los sucesos o toma de decisiones.	Método socrático, detección de pensamientos automáticos, etc.
Terapia Conductual	Reducir conductas dañinas o poco asertivas.	Identificar y desarrollar habilidades necesarias para manejar las interacciones y las tareas de una manera hábil.	Entrenamiento en relajación, interpretación de roles, modelaje, asignación de tareas, etc.

Técnicas Conductuales:

Estas técnicas conductuales sirven para producir un cambio en el pensamiento.

Asignación gradual de tareas: el terapeuta y el paciente, establecen objetivos y tareas graduales, adecuándolas al nivel de funcionamiento del paciente que irá incrementando su dificultad, a medida que progresa con ellas. Esto permite al paciente aumentar sus expectativas de auto-eficacia, por que se divide en pequeños pasos las tareas, y sus éxitos repetidos reducen la creencia del paciente de que no puede hacer nada.

Tareas para la casa: son actividades que manda el terapeuta para reforzar lo tratado en terapia, o para identificar nuevos pensamientos. La realización de estos ayudará mucho en terapia por que será una guía para la siguiente terapia, además de proporcionar datos importantes con los cuales se podrán tratar en la sesión.

Ejecución de roles (Rol Play): Mediante el modelado y la inversión de papeles, el terapeuta puede generar puntos de vista alternativos a las cogniciones disfuncionales y habilidades de resolución de problemas.

Entrenamiento en asertividad: Algunos pacientes depresivos, debido a sus creencias disfuncionales, suelen inhibir sus conductas de defensa de sus derechos personales o sus expresiones de deseos y opiniones personales. El terapeuta puede presentar esos "derechos", pedir la opinión del paciente sobre si los lleva a cabo, valorar las ventajas de hacerlo, y el modo de realizarlo.

Además de proporcionar a nuestra paciente formas de expresar sus sentimientos y poner límites en situaciones que sean necesarias.

Comprobar la validez de los supuestos personales: El terapeuta diseña con el paciente tareas conductuales, a modo de "experimentos personales", dirigidas a comprobar el grado de validez de los supuestos personales.

Se puede hacer una lista de ventajas, desventajas de pensamientos distorsionados y tomar decisiones en función de ese listado, o comprobar a través de ejercicios sobre la validez de sus pensamientos, sometiéndolos a pruebas de "realidad".

Técnicas cognitivas:

Las técnicas cognitivas sirven para detectar los pensamientos automáticos que expresan las distorsiones cognitivas y comprobar el grado de validez de los pensamientos automáticos.

Explicar el fundamento teórico de la terapia cognitiva: se explica a la persona sobre el modelo de depresión según Beck, mostrándole la relación entre los pensamientos, su influencia en la conducta y las emociones.

Técnica del Autoregistro: el paciente aprende a cuestionar la evidencia que tiene para mantener un determinado pensamiento automático y a generar interpretaciones más realistas o útiles. Para ello se suele llevar un autoregistro: en la que se anota la situación desencadenante del sentimiento desagradable, los pensamientos automáticos relacionados con esa situación, las emociones negativas, y los pensamientos alternativos.

Registro de pensamientos.

Situación	Pensamiento Inicial	Emoción Valoración	Modificación de pensamiento	Emoción que produce el cambio de pensamiento	Conductas alternativas

Práctica Cognitiva: Se ensaya con el paciente, imaginativamente, los pasos implicados en una tarea. Eso puede permitir al paciente descatastrofizar las tareas percibidas como muy dificultosas.

Además podemos identificar los obstáculos que pudieran interrumpir la realización de la tarea.

Identificación de los supuestos personales: Durante la entrevista con el paciente o la revisión de los autoregistros el terapeuta puede elaborar hipótesis acerca de los supuestos personales subyacentes al trastorno. Los medios más frecuentemente usados son, el escuchar como el paciente justifica su creencia en un determinado pensamientos automático "¿Por qué razón cree eso?", o escuchando su respuesta a la importancia dada a un hecho ("¿Por qué es eso tan importante para usted?).

Técnicas de Reatribución: en algunos casos de depresión los pacientes tienden a culpabilizarse de lo que pasa alrededor de él en situaciones que se escapan de su control. EL terapeuta y la persona reflexionaran con lógica, sobre los acontecimientos, no se libera totalmente la responsabilidad del paciente si no define los múltiples factores que pueden intervenir en una situación.

3.2 Recursos infraestructura y materiales

Los recursos que necesitaremos, son:

- ⊙ Aula, espacio para la realización de la terapia. (Aula de apoyo psicopedagógico)

Materiales

- ⊙ Hojas de aplicación para los diferentes test.
- ⊙ Cartulinas, marcadores, pinturas, hojas de papel bond.
- ⊙ Ropa, disfraces para el rol play
- ⊙ Copias del texto “Mi cuerpo me pertenece”
- ⊙ Copias del texto Autoestima, Autonomía y responsabilidad pág., 66-69.

3.3 Elaborar un esquema de sesiones con la terapia cognitiva conductual.

El determinismo recíproco dice “que los diversos niveles de funcionamiento humano (cognición, conducta, emoción, biología) y el ambiente se influyen todos entre sí, y que el cambio en cualquiera de estos factores producirá una modificación en los otros componentes.” (Sarason. I, Sarason. B, Psicología Anormal, pág. 288). Como hemos visto la cognición produce alteraciones biológicas, emocionales, conductuales, sociales, laborales por lo que nuestra intervención será basada en la terapia cognitiva conductual.

Primera parte

- Socialización terapéutica: Que el paciente entienda la relación entre pensamiento, (evaluaciones negativas), conducta y estado emocional (depresión).
- Utilización de técnicas cognitivas y conductuales para el manejo de pensamientos automáticos asociados.
- Técnicas conductuales como vía de cambio de los pensamientos automáticos.

Segunda parte

- Análisis de los Supuestos personales.
- Tareas conductuales como "experimentos personales" para comprobar la validez de los supuestos personales.
- Finalización de la terapia.

Seguimiento

- Se realizarán sesiones de seguimiento (1 mes, 3 meses, 6 meses).

Sesión #1

- ★ Rapport: sirve para que el paciente tenga confianza con el terapeuta, se cree un ambiente de seguridad, armonía, empatía, en el cual pueda expresar lo que siente y piensa sin ser juzgado ni criticado.
- ★ Realización de la historia clínica: que permite tener un acercamiento a la realidad de la adolescente.

Sesión # 2

- ★ Aplicación de reactivos psicológicos (HTP, TEST DE DEPRESION DE BECK), que será una guía para el diagnóstico.
- ★ Observación de la adolescente, nos sirve para registrar patrones conductuales de ella en el medio escolar.

Sesión # 3

- ★ Explicación del modelo cognitivo de la depresión, sirve para que la adolescente comprenda la influencia de los pensamientos e imágenes mentales sobre su estado de ánimo y conducta.
- ★ Tarea para la casa, registro de pensamientos, este nos permitirá, darnos cuenta de los pensamientos e identificar, que frente a una situación que nos produce malestar, se presentan imágenes o representaciones mentales que pueden estar distorsionadas, por lo que el terapeuta y el paciente busca comprobar si son reales y racionales.

Sesión # 4

- ★ Análisis del registro de pensamientos, se revisa lo descrito por el paciente y se analiza si los pensamientos son racionales y lógicos.
- ★ Reestructuración cognitiva de los pensamientos distorsionados, nos permite modificar la interpretación errónea del paciente, creando expectativas reales y pensamientos racionales que disminuirán el malestar emocional.
- ★ Resumen de la sesión.

Sesión # 5

- ★ Aplicación de TEST FRASES INCOMPLETAS, para encontrar indicadores de abuso o maltrato.
- ★ Abordar las vivencias relativas al abuso, para permitir la expresión de sentimientos, emociones, pensamientos, etc.
- ★ Reestructuración cognitiva, sobre validez personal, debido al abuso sexual la percepción sobre sí misma se altera.

Sesión # 6

- ★ Entrevista con un familiar de la adolescente, que permitirá conocer desde otra perspectiva, a la adolescente.

Sesión # 7

- ★ Comprobar la validez de los supuestos personales, a través de experimentos, pruebas de realidad que validan o no, una idea o pensamiento.
- ★ Tarea para la casa, lista de cualidades positivas, que permite aumentar la autoestima y autoaceptación.

Sesión # 8

- ★ Realización de tarjetas con las cualidades positivas, sirve para tomar conciencia de la importancia como persona, además de realizar una actividad que fomenta la creatividad de manera dinámica.
- ★ Psicoeducación sobre su cuerpo y partes privadas, que le ayudarán a distinguir y esclarecer dudas sobre sí misma.

Sesión # 9

- ★ Estrategias de entrenamiento en asertividad, “tengo derecho a expresar lo que siento”, respetando a los demás. Se motiva la expresión de sentimientos, ideas y preferencias por medio de conductas apropiadas que no violen los derechos de los demás.
- ★ Establecer límites, y explicar la importancia de decir que “no” a situaciones que nos incomoden, o que violen los derechos de la persona, además que sirve para aprender a respetar el cuerpo.
- ★ La práctica cognitiva de cómo establecer límites, permite experimentar mentalmente las posibles soluciones a situaciones en las que se violen los derechos de la persona.
- ★ Tarea para la casa, lectura y pintura del texto, mi cuerpo me pertenece, para reforzar lo tratado en terapia.

Sesión # 10

- ★ Técnicas de retribución del abuso, sirve para reducir las ideas de culpabilidad sobre el abuso sexual, en la que se explica, que la adolescente no fue culpable del abuso y enseñarle estrategias para prevenir un futuro abuso.
- ★ Trabajo sobre Autonomía y responsabilidad, que reforzara los temas tratados en las sesiones anteriores.

Sesión # 11

- ★ Rol play, de conductas asertivas y límites, permitirá expresar sentimientos, practicar conductas deseadas, inversión de roles y generar puntos de vista alternativos.
- ★ Resumen de la terapia, lo que ha sido tratado, analizar si se produjo cambios a nivel cognitivo, afectivo, social y conductual.

Sesión # 12

- ★ Trabajo en metas, que motiva, lleva a tomar acciones para cumplir un deseo, permitiendo cambiar los pensamientos que estaban centrados en el pasado hacia el presente y lo que quiero conseguir en el futuro.
- ★ Finalización de la terapia y evaluación.

Sesiones de Seguimiento

- ★ 1 mes.
- ★ 3 meses.
- ★ 6 meses.

3.4 Sesiones terapéuticas realizadas.

Sesión #1

Se realiza la presentación con la adolescente y se le pregunta si quisiera trabajar con la Psicóloga. La adolescente accede, se muestra triste, mira constantemente al piso, su tono de voz es bajo, sin embargo colabora con la sesión y se realiza la historia clínica.

Comenta que no puede hablar con la madre, se envía la tarea de escribir una carta para su madre, expresándole sus pensamientos, emociones, sentimientos, que permite la catarsis, y conocer sobre las relaciones familiares.

Sesión # 2

Se realiza la aplicación de reactivos psicológicos, y se registran más datos para la historia clínica, menciona que la madre tuvo un novio y que a ella le disgusta mucho esta persona. Esto se muestra como un indicador de la mala relación interpersonal y un distanciamiento en la atención de la madre debido a su enamorado.

En la tarea de realizar una carta a su madre, está presente sentimientos de muerte, tristeza y sentimientos de afecto hacia ella, siente que la carta le ha ayudado a expresar lo que sentía por dentro, sin embargo siente que no expresó todo, quiere quemar la carta, se lo realiza y comenta que se siente mas liviana. Esta tarea permitió la liberación de emociones y un desprendimiento de las ideas de muerte a través de la quema de la carta.

Sesión # 3

Se explica el modelo cognitivo de la depresión, en la que se describe la influencia de los pensamientos en los sentimientos y conducta, se identifican los pensamientos distorsionados como precursores del malestar emocional.

Está preocupada por su hermano, por qué no puede estudiar y fue maltratado por su tío y su madre. Refiere miedo al tío, por que agredió físicamente a su esposa cuando estaba ebrio.

Tarea para la casa registro de pensamientos, que permitirá la identificación de pensamientos irracionales.

Sesión # 4

Se analiza el registro de pensamientos, se encuentran errores cognitivos como la abstracción selectiva, personalización, etiquetas globales, por ejemplo mi compañero se puso bravo, pero no se que hice, ya no quiero vivir.

Se reestructuran los pensamientos distorsionados, con pruebas de realidad.

La madre le comunica que se va a EEUU, aumentando la preocupación y tristeza.

Comenta que no soporta más la situación, que necesita ayuda, se produce un quiebre, una catarsis y explica que fue abusada por el ex novio de la madre. Se indaga la vivencia, se realiza contención y se reestructura cognitivamente los pensamientos de valía como persona, puesto que se siente sucia y negativamente diferente a los demás.

Sesión # 5

Se revisa la sesión anterior y se realiza la aplicación del test de frases incompletas para detectar abuso o maltrato, en el que se presentan indicadores de abuso sexual por ejemplo, miedos continuos, sentimiento de estar sucia, pesadillas, preocupaciones sobre su vida, entre otras.

Se realiza reestructuración cognitiva, sobre su importancia como persona y se reflexiona sobre un cuento.

Se siente más tranquila, segura, aunque con sentimientos de odio y asco hacia el abusador, se permite la expresión de sentimientos sin ser juzgada, lo que genera un ambiente de seguridad y comprensión. Se le explica que las experiencias difíciles no pueden ser totalmente olvidadas pero si asimiladas y transformadas en un recuerdo, que el abuso podrá superarse, que no terminará con su vida, intentando normalizar en lo posible la situación, la vida debe continuar.

La madre fue llamada por la escuela sin embargo no asiste.

Sesión # 6

Este día no hubo clases en el colegio, sin embargo quedamos una cita para terapia pero no asistió. Fui a la casa de la adolescente, converse con su tía, porque la madre no estaba presente, se recolecto datos, estado anímico de la adolescente, el cual lo describe como irritable, con berrinches, le preocupa las notas bajas en el colegio a pesar de que pasa casi toda la tarde haciendo los deberes. La dinámica familiar, muestra una madre distante emocionalmente, la tía esta actualmente asumiendo el papel de la madre por que asiste al colegio por la adolescente, está preocupada de ella y le ayuda a estudiar en las tardes.

Sesión # 7

Refiere tener confianza, sentirse mejor, esta menos irritable, no llora, comenta disfrutar de las vacaciones de semana santa.

Se reflexiona sobre prevención de abuso sexual, se realiza frases sobre las cualidades positivas de la adolescente, la tarea para la casa es encontrar más cualidades positivas, que permite fomentar la autoestima y auto aceptación.

Sesión # 8

Revisión de la tarea, realización de los carteles con las frases sobre las cualidades descritas por la paciente, los logros que obtuvimos con esta actividad fueron que para la adolescente la actividad le gustó mucho, fue agradable, satisfactoria, se dio cuenta de que tiene cualidades positivas, se muestra contenta y con mayor confianza.

Sesión # 9

Se reflexiona sobre la importancia de expresar lo que siente, de forma asertiva, se motiva a que diga lo que siente, piensa y lo que quiere, respetando a los demás. Conocimiento sobre sus deberes y derechos. Se realiza una práctica cognitiva para establecer límites.

Como parte de la psicoeducación se realiza un dibujo y se analiza las partes privadas del cuerpo, para que sepa cuándo algo es inapropiado y se debe denunciar, para evitar que continúe.

Tarea para la casa, lectura y pintura del texto, “Mi cuerpo me pertenece”, que reforzará lo trabajado en la sesión.

CONCLUSIÓN

Por medio de este estudio de caso, hemos aprendido como se puede manifestar la depresión, las características de un abuso sexual y maltrato en una adolescente.

Además hemos podido observar que el cambio en el pensamiento distorsionado de la persona; la interpretación y significado que le da a una situación es lo relevante, y que promueve un cambio.

Las dificultades que se nos presentaron, fueron la falta de colaboración e implicación por parte de la madre de la paciente, se realizó una entrevista con la tía, que nos sirvió para esclarecer las relaciones familiares y el estado de ánimo de la adolescente.

Considero que es muy importante elaborar planes de prevención de abuso sexual en las escuelas y que se imparta desde los primeros años escolares. Creo que dentro de una institución educativa es útil la intervención de la psicología clínica, porque hay muchos casos en los que se necesitan los tratamientos clínicos, y se podría trabajar desde la prevención hasta el tratamiento de patologías mentales.

Se aplicó el plan terapéutico hasta la novena sesión se hace un corte en el trabajo debido a que se realiza la entrega del mismo.

Se pudo constatar en terapia un cambio en el estado de ánimo, cambio en los pensamientos distorsionados, aumento de confianza, autoestima, autoaceptación, mejora las relaciones con los compañeros, disminución de la irritabilidad y llanto, que nos muestra un cambio en la calidad de vida de la paciente, producto de la terapia, constatando su influencia benéfica de esta intervención terapéutica

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

1. **ALVARES** Marino, Tratamientos Psicológicos eficaces para la depresión. Psicothema. España. 2001
2. **BECK** Aaron. **RUSH** Jhon. **SHAW** Brian. **EMERY** Gary. Terapia Cognitiva de la Depresión. Desclée de Brouwer. S. A. España. 2002.
3. **BEIGBEDER** Carolina. **COLOMBO** Rosa. Mi cuerpo me pertenece. Cauquén. España. Argentina. 2005.
4. **BEIGBEDER** Carolina. **COLOMBO** Rosa. **ZULEMA** Balari. Abuso y Maltrato infantil. Inventario de Frases. Sainte Claire. 2001.
5. **BUCK** John. H-T-P. El manual Moderno S.A. México.(s.a)
6. **COMPAS** Bruce E. **GOTLIB** Ian. Introducción a la Psicología Clínica. McGraw-Hill. México. 2003.
7. **FRIEDBERG** Robert. **MCCLURE** Jessica. Práctica clínica de terapia cognitiva conductual con niños y adolescentes. Paidós. Barcelona. 2005.
8. **FONT** Josep. Test de la Familia. Vilassar de Mar. Barcelona.
9. **GONZALEZ. FORTEZA.** Salud Mental, Vol. 31, No.1, (2008), pág. 23-27
10. **LÓPEZ** Juan. Breviario Criterios Diagnósticos DSM –IV-TR. Masson S.A. Barcelona- España, 2002
11. **LYDDON**, William, Terapias Cognitivas con fundamento empírico, El manual moderno. México. 2002
12. **MARCHARGO SALVADOR** Julio. Programa de actividades para el desarrollo de la Autoestima. Escuela Española. España. 1992.
13. **MORLA** Ricardo. **SAAD** Enma. **SAAD** Julia. Rev. Col. Psiquiatría Volumen XXXV, 2006, Pag,149-166. Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador.
14. **OLIVARES** José. Técnicas de modificación de conducta. Biblioteca Nueva. S. L. Madrid. 1998.
15. **SARASON** Irwin. **SARASON** Barbara. Psicología Anormal. Prentice Hall hispanoamericana. S. A, México. 1996.
16. **TORO** José. **YÉPEZ** Eduardo. Psiquiatría. CIB. Colombia. 2006.

17. **WICKS** Nelson. **ALLEN** Israel. Psicopatología del niño y del adolescente. Prentice Hall S. A. España, 2000.

WEB BIBLIOGRAFÍA

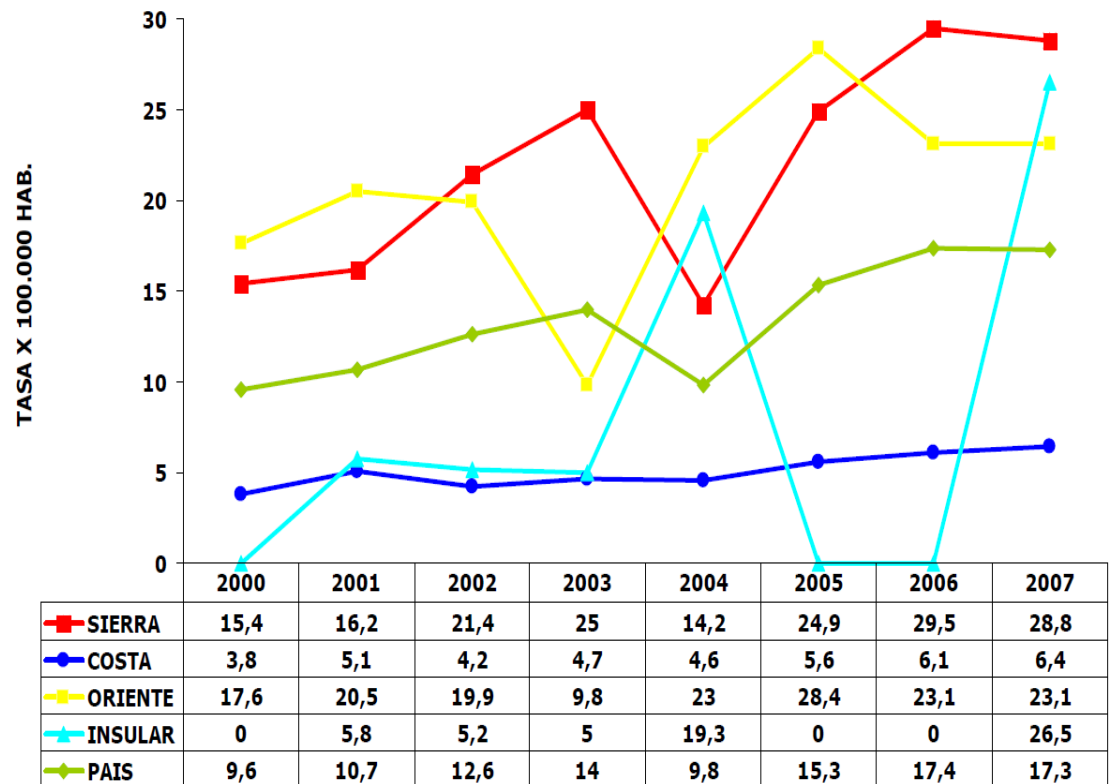
1. <http://www.angelfire.com/ak/psicologia/familia.html>, 22/03/10, 21:34
2. Biografías/http://translate.google.com.ec/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.biographybase.com/biography/Beck_Aaron.html/18/02/10.23:20
3. <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/cuestionario.pdf>, 2/20/2010, 12:00
4. <http://centros-psicotecnicos.es/ansiedad-depresion/inventario-depresion-de-beck/gmx-niv55-con139.htm> 24/03/10 15:30
5. <http://www.depresionenadolescentes.com/factoresderiesgo.htm>,20/02/2010, 21:12
6. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=750086>, 21/02/2010, 12:18
7. <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=59915>, 21/04/2010, 16:58
8. <http://www.intermedicina.com/Avances/Clinica/ACL75.htm>. 18/02/10, 22:00
9. <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/qu-es-la-depresi-n.shtml>, 09/03/2010, 16:20)
10. http://www.msp.gov.ec/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=40&Itemid=245, 09/03/2010,18:30)
11. <http://www.proverbia.net/citastema.asp?tematica=634&page=2>, 20/02/2010: 11:16
12. <http://psicoloblog.com/2008/05/28/aumenta-la-depresin-en-los-adolescentes/20/02/2010>. 11:26
13. http://www.psicoactiva.com/servicios/s_http.asp, 22/03/2010: 12:05
14. <http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Cognitiva/afectivos.htm>. 18/02/10. 21:30 Terapias cognitivo- conductuales mas empleadas en los trastornos afectivos.
15. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80528209>, 21/02/2010, 12:41

16. Revista chilena Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes Rev. chil. pediatr. v.71 n.3 Santiago mayo 2000 Marcela Larraguibel Q.¹, Patricia González M.¹, 20/02/210; 22:39)
17. <http://www.rtve.es/noticias/20081007/2020-depresion-sera-segunda-causa-discapacidad-mundo-desarrollado/173770.shtml>/20/02/2010, 11:09 Criterios diagnósticos de enfermedades psiquiátricas comunes
18. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000300002&lang=pt , 20/02/210; 22:39)
19. http://www.stayinginshape.com/3chsbuffalo/libv_espanol/m01s.shtml, 20/02/2010, 21:39
20. http://www.stayinginshape.com/3chsbuffalo/libv_espanol/m01s.shtml, 20/02/2010, 21:39
21. http://www.superarladepresion.com/superarladepre/3depre_distorsiones.php 15/03/10, 16:14
22. <http://translate.google.com.ec/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.psychologyinfo.com/depression/cognitive.htm>
23. www.uaim.edu.mx/web-carreras/carreras/.../PSICOMETRIA.pdf 26/03/2010, 22:50.
24. www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html 09/03/2010, 16:00)
25. <http://vinst.umdj.edu/VAID/TestReport.asp?Code=CBCA> 28/03/10 12:25

ANEXOS

Gráfico 1.

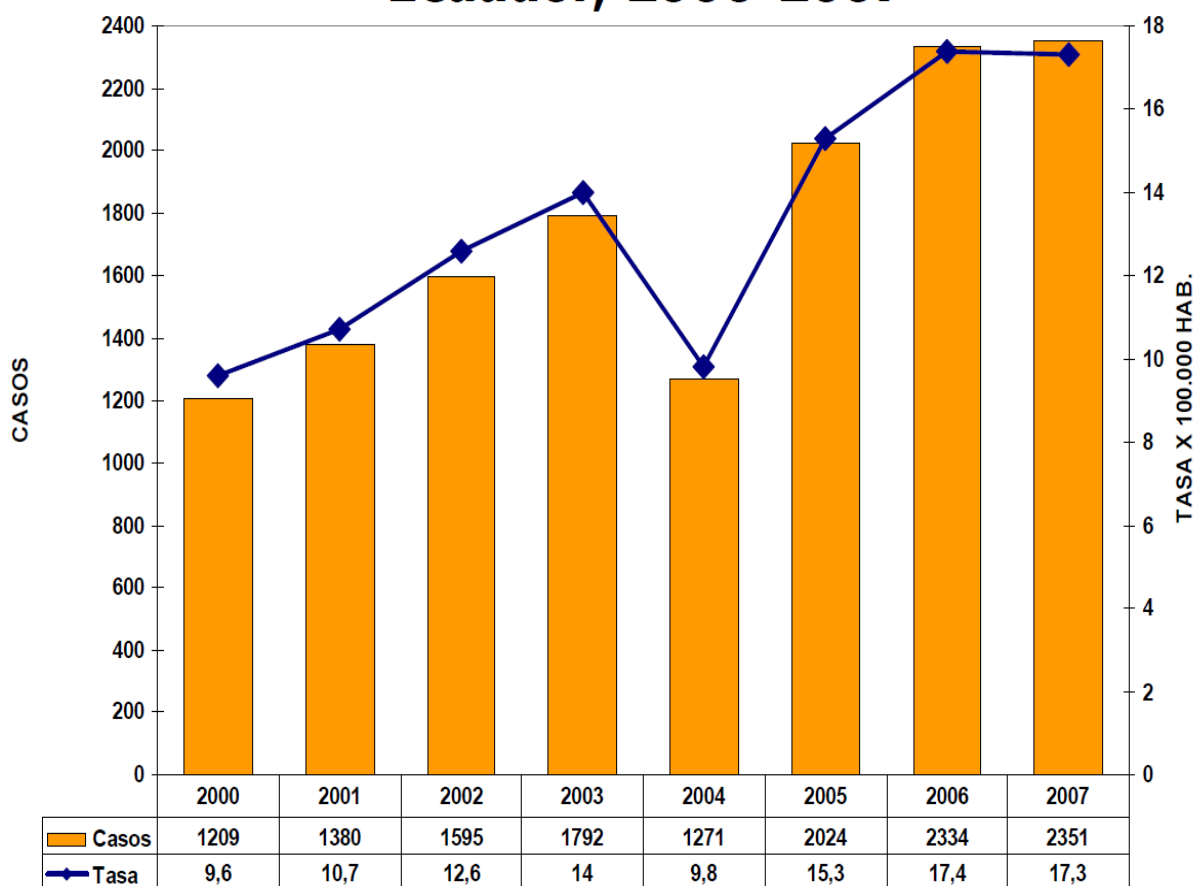
Incidencia de Intento de Suicidio según región Ecuador, 2000-2007



FUENTE: EPI-2
ELABORACIÓN: DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL - MSP

Gráfico 1.1

Incidencia de Intento de Suicidio Ecuador, 2000-2007

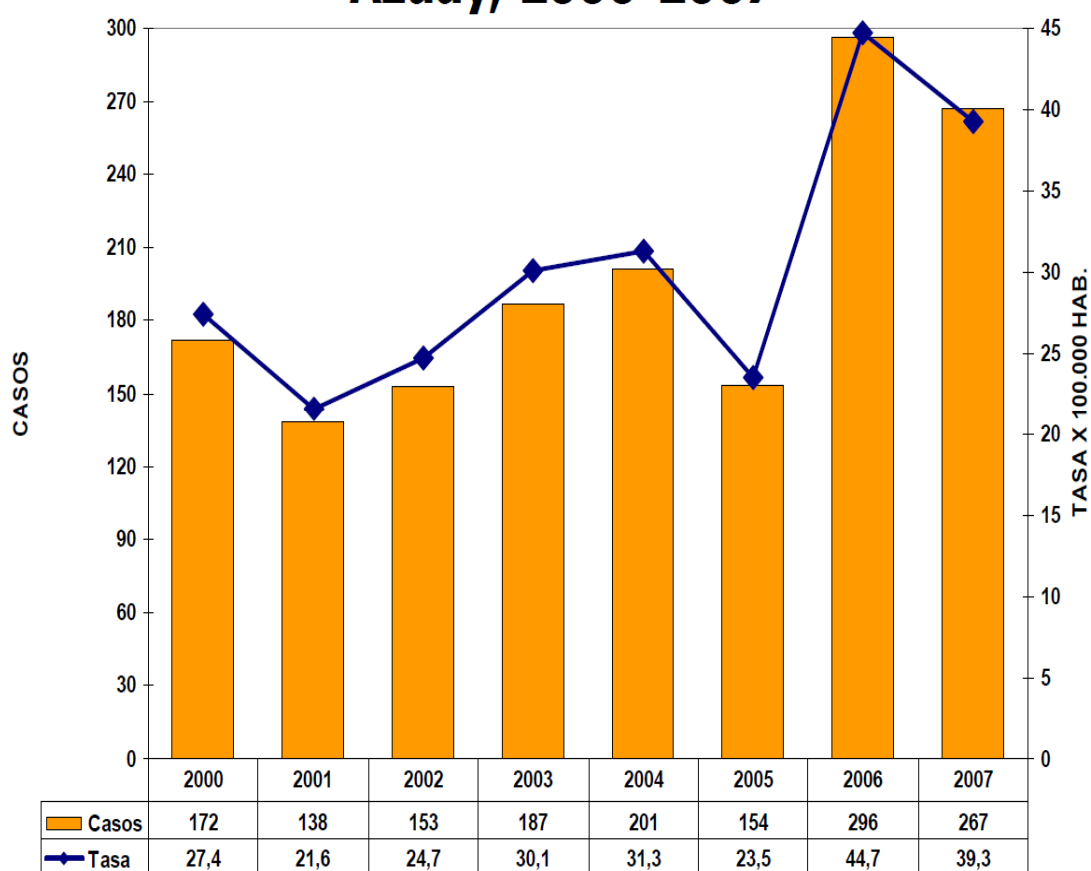


FUENTE: EPI-2

ELABORACIÓN: DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL - MSP

Gráfico 1.2

Incidencia de Intento de Suicidio Azuay, 2000-2007

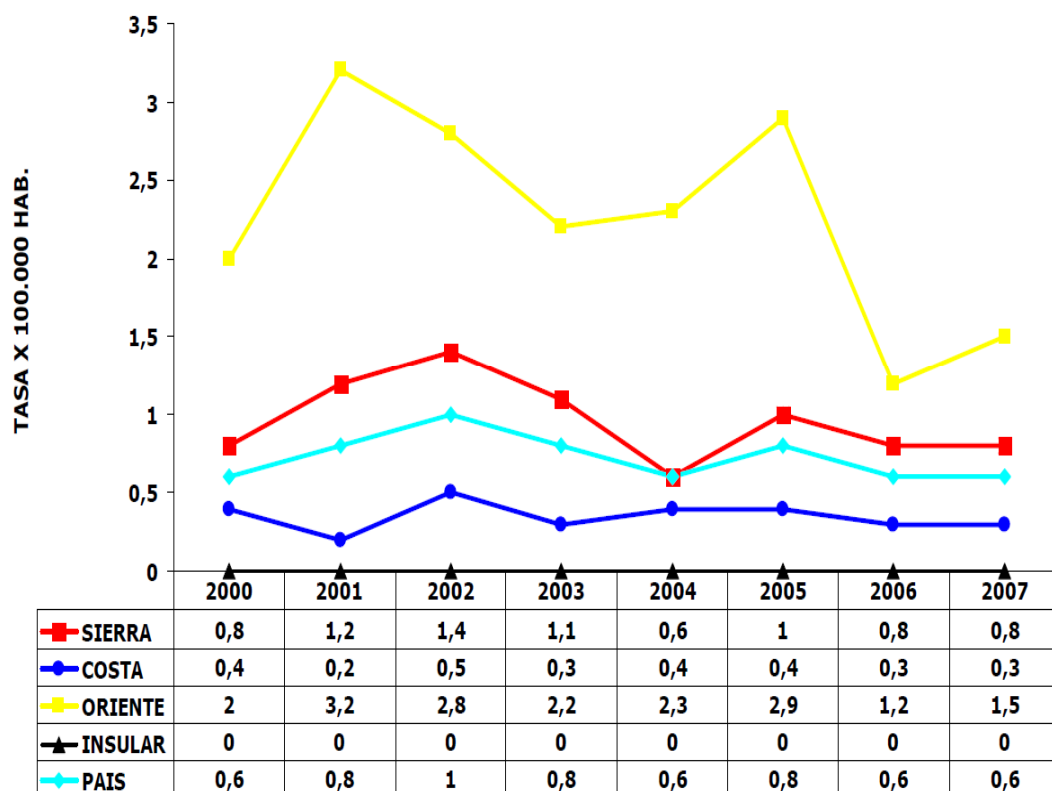


FUENTE: EPI-2

ELABORACIÓN: DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL - MSP

Gráfico 2

Incidencia de Suicidio Consumado según región Ecuador, 2000-2007

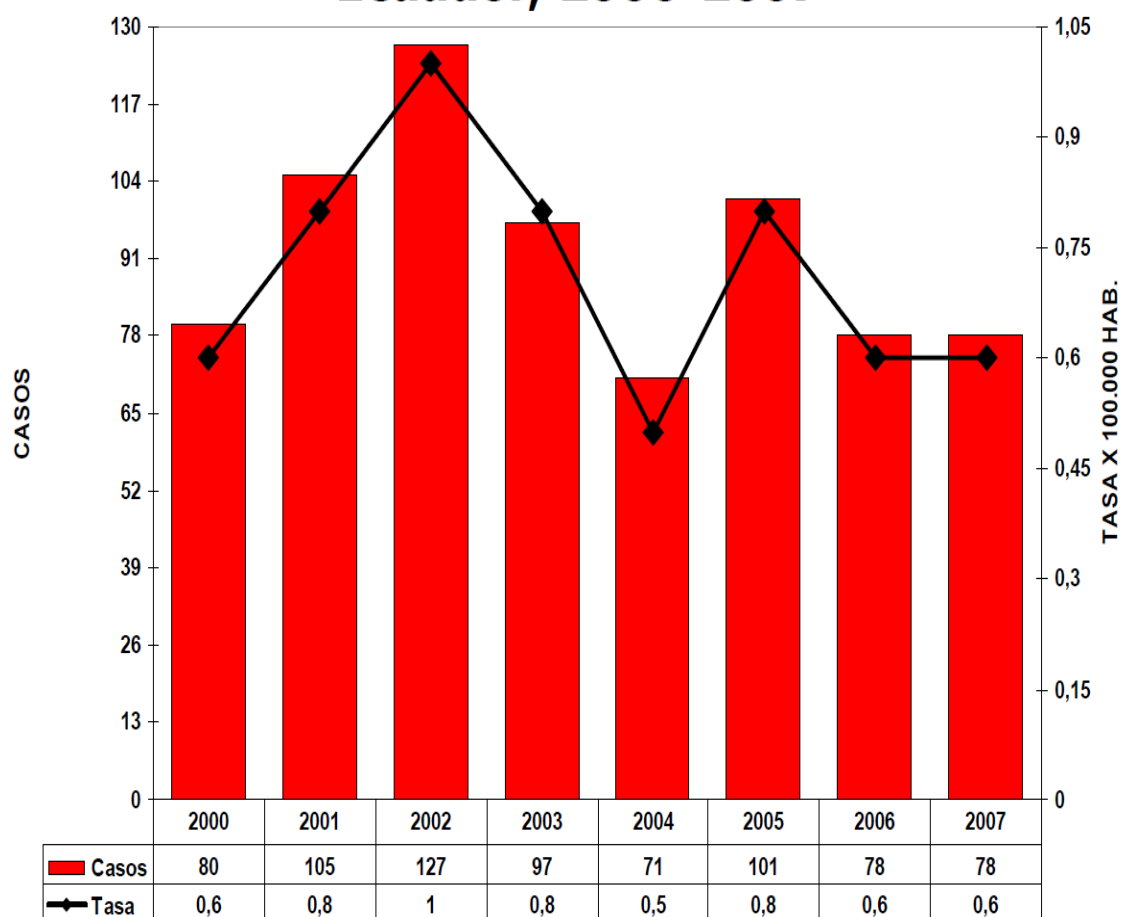


FUENTE: EPI-2

ELABORACIÓN: DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL- MSP

Gráfico 2.1

Incidencia de Suicidio Consumado Ecuador, 2000-2007

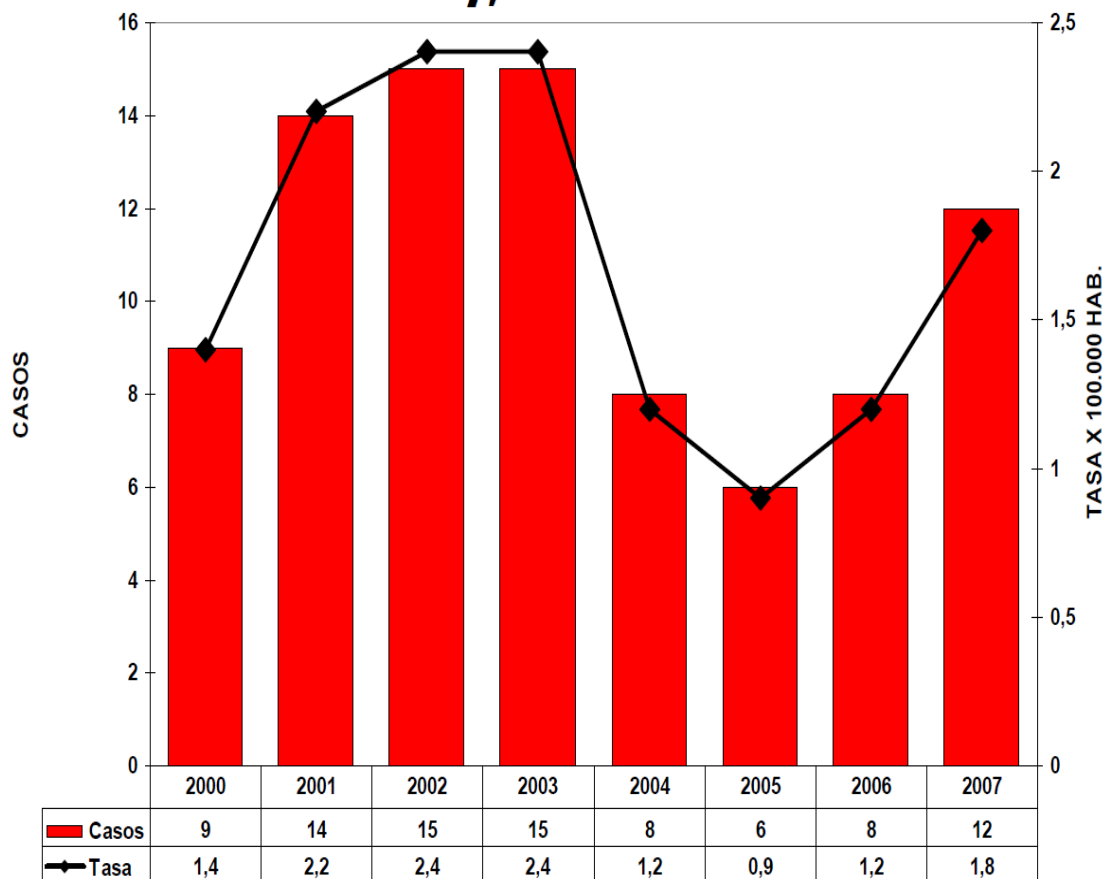


FUENTE: EPI-2

ELABORACIÓN: DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL - MSP

Gráfico 2.2

Incidencia de Suicidio Consumado Azuay, 2000-2007



FUENTE: EPI-2

ELABORACIÓN: DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL - MSP

(www.msp.gov.ec 09/03/10, 18:57)

Gráfico 3

MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



VIGILANCIA
EPIDEMIOLOGÍA

NUMERO DE CASOS NOTIFICADOS Y TASAS DE INCIDENCIA ANUAL DE DEPRESION SEGUN PROVINCIAS Y REGIONES - ECUADOR 1998 - 2007

PROVINCIA	AÑO 1998		AÑO 1999		AÑO 2000		AÑO 2001		AÑO 2002		AÑO 2003		AÑO 2004		AÑO 2005		AÑO 2006		AÑO 2007	
	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA
AZUAY	607	99,91	615	99,64	622	99,23	609	99,42	590	95,10	596	94,38	588	91,10	475	72,55	638	95,78	744	109,81
BOLIVAR	14	7,76	39	21,42	33	17,97	12	6,90	15	8,51	12	6,95	21	11,85	18	10,11	20	11,15	25	13,87
CARCHI	78	47,83	102	61,77	170	101,69	242	154,39	135	85,00	16	10,00	158	97,98	171	105,04	162	98,48	139	83,88
CAÑAR	67	31,52	48	22,34	71	32,72	293	138,17	248	115,44			157	71,77	243	109,93	233	104,22	493	218,12
CHIMBORAZ	40	9,57	37	8,75	204	47,72	356	86,13	344	82,15	263	62,16	378	88,38	341	78,81	308	70,30	302	68,09
COTOPAXI	60	19,98	98	32,43	95	31,30	138	38,68	149	41,24	17	4,61	118	31,31	8	2,08	29	7,40	20	4,99
EL ORO	301	56,12	315	57,47	223	39,83	350	64,83	542	99,00	573	102,38	575	100,52	487	83,42	416	69,89	752	123,88
ESMERALDA	40	10,03	42	10,31	54	12,97	65	16,41	63	15,69	75	18,34	155	37,23	172	40,61	673	156,22	1076	245,34
GALAPAGOS	4	25,89	2	12,36	1	5,91	13	69,11	17	88,35	3	15,01	2	9,65	1	4,68				
GUAYAS	596	18,20	901	26,92	787	23,02	887	26,19	620	18,03	664	19,13	574	16,38	720	20,33	796	22,22	1205	33,31
IMBABURA	108	33,63	55	16,90	73	22,14	123	35,05	158	44,46	131	36,01	228	61,22	209	54,91	216	55,59	391	98,31
LOJA	548	129,89	381	84,84	292	68,06	430	103,54	874	207,67	987	233,52	434	102,20	298	69,70	248	57,53	382	88,01
LOS RIOS	90	14,04	51	7,82	39	5,88	68	10,17	34	5,02	55	7,97	61	8,67	253	35,33	233	31,98	163	21,96
MANABI	190	15,45	245	19,61	280	20,51	243	19,89	296	23,89	249	19,87	736	58,08	309	24,09	343	26,41	598	45,49
MORONA	164	120,86	150	107,50	194	135,33	176	146,07	162	132,64	38	30,68	105	83,55	118	92,55	75	57,97	74	56,34
NAPO	133	88,16	147	94,61	116	136,63	213	259,11	243	291,66	231	288,78	115	129,79	110	120,82	194	207,85	331	344,69
PASTAZA	153	259,60	126	208,17	119	191,60	132	205,88	79	121,57	1	1,49	45	64,75	27	37,73	21	28,57	38	50,14
PICHINCHA	1085	46,11	903	37,47	1257	50,97	1434	58,27	1632	65,28	1758	69,32	1789	69,55	1589	60,91	2002	75,65	2190	81,62
SUCUMBIOS	46	34,34	43	30,85	32	22,10	68	50,93	51	37,69	15	10,62	101	68,59	64	41,94	97	61,59	64	39,16
TUNGURAHUI	355	61,71	270	61,26	299	66,89	526	116,77	427	93,60	227	48,82	352	74,25	382	79,11	360	73,23	357	71,20
ZAMORA	33	33,91	29	28,92	22	21,31	33	41,21	61	75,14	58	70,77	94	113,59	109	130,30	98	115,80	429	501,34
ORELLANA					15	21,03	6	6,71	10	11,03	2	2,11	6	6,05	3	2,91	17	15,96	3	2,71
TOTAL	4712	38,71	4579	36,68	4978	39,38	6417	51,42	6750	53,31	5971	46,46	6790	52,12	6107	46,21	7179	53,54	9776	71,85

ANEXO 1

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE _____ EDAD _____ FECHA _____

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1. 0 No me siento triste.
 1 Me siento triste.
 2 Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.
 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

2. 0 No me siento especialmente desanimado(a) ante el futuro.
 1 Me siento desanimado(a) respecto al futuro.
 2 Siento que no tengo nada que esperar.
 3 Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3. 0 No creo que sea un fracasado(a).
 1 Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 2 Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
 3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4. 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 1 No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo.
 2 Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada.
 3 Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo.

5. 0 No me siento especialmente culpable.
 1 Me siento culpable una buena parte del tiempo.
 2 Me siento bastante culpable casi siempre.
 3 Me siento culpable siempre.

6. 0 No creo que esté siendo castigado(a).
 1 Creo que puedo ser castigado(a).
 2 Espero ser castigado(a).
 3 Creo que estoy siendo castigado(a).

7. 0 No me siento decepcionado(a) de mí mismo(a).
 1 Me he decepcionado a mí mismo(a).
 2 Estoy disgustado(a) conmigo mismo(a).
 3 Me odio.

8. 0 No creo ser peor que los demás.
 1 Me critico por mis debilidades y errores.
 2 Me culpo siempre por mis errores.
 3 Me culpo por todo lo malo que me sucede.

9. 0 No pienso matarme.
 1 Pienso en matarme, pero no lo haría.
 2 Me gustaría matarme.
 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.

10. 0 No lloro más que de costumbre.
 1 Ahora lloro más de lo que solía hacerlo.
 2 Ahora lloro todo el tiempo.
 3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

11.
 - 0 Las cosas no me irritan más que lo de costumbre.
 - 1 Las cosas me irritan un poco más que lo de costumbre.
 - 2 Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo.
 - 3 Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo.
12.
 - 0 No he perdido el interés por otras personas.
 - 1 Estoy menos interesado(a) en otras personas que de costumbre.
 - 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.
 - 3 He perdido todo mi interés por otras personas.
13.
 - 0 Tomo decisiones casi como siempre.
 - 1 Postergo la toma de decisiones más que de costumbre.
 - 2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 - 3 Ya no puedo tomar más decisiones.
14.
 - 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 - 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo(a), sin atractivos.
 - 2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo(a).
 - 3 Creo que me veo feo(a).
15.
 - 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
 - 1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.
 - 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 - 3 No puedo trabajar en absoluto.
16.
 - 0 Puedo dormir tan bien como siempre.
 - 1 No duermo tan bien como solía hacerlo.
 - 2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.
 - 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormirme.
17.
 - 0 No me canso más que de costumbre.
 - 1 Me canso más fácilmente que de costumbre.
 - 2 Me canso sin hacer casi nada.
 - 3 Estoy demasiado cansado(a) para hacer algo..
18.
 - 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.
 - 1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 - 2 Mi apetito está mucho peor que ahora.
 - 3 Ya no tengo apetito.
19.
 - 0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
 - 1 He rebajado más de dos kilos y medio.
 - 2 He rebajado más de cinco kilos.
 - 3 He rebajado más de siete kilos y medio.
20.
 - 0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
 - 1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como, por ejemplo, molestias estomacales, etc.
 - 2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
 - 3 Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21.
 - 0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
 - 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estar.
 - 2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.
 - 3 He perdido por completo el interés por el sexo.

PUNTUACION TOTAL: _____ NIVEL DE DEPRESION _____

EXAMINADOR _____

ANEXO 2

Corporació
Sanitària
CLÍNIC

CLÍNIC
BARCELONA

Hospital Universitari

CBC

4-5; 6-11; 12-16

SUBDIVISIÓ DE PSIQUIATRIA
(PSIQUIATRIA INFANTIL I JUVENIL)

NOMBRE _____

EDAD _____

SEXO: _____

FECHA _____

A continuación encontrará una serie de frases que describen algunos comportamientos y problemas de los niños y de los adolescentes. Léalas pensando si esa manera de comportarse es la que ha tenido su hijo (o hija) **durante los últimos 6 meses**.

Haga una señal en la casilla (☐) correspondiente a "NO NUNCA", "ALGUNAS VECES" o "MUCHAS VECES" de acuerdo con lo que usted cree que le sucede a su hijo.

No deje ninguna cuestión por contestar.

	NO NUNCA	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES
1. Se comporta como si fuera más pequeño	☐	☐	☐ 1
2. Es alérgico. (Explíquelo: _____)	☐	☐	☐ 2
3. Discute mucho.	☐	☐	☐ 3
4. Tiene asma.	☐	☐	☐ 4
5. Actúa como si fuera del sexo opuesto	☐	☐	☐ 5
6. Se hace sus necesidades ("caca") encima.	☐	☐	☐ 6
7. Es presumido y fanfarrón.	☐	☐	☐ 7
8. No puede concentrarse ni prestar atención durante mucho rato.	☐	☐	☐ 8
9. No pueda apartar de su cabeza ciertos pensamientos u obsesiones. (Explíquelo: _____)	☐	☐	☐ 9
10. No puede sentarse quieto ni estar tranquilo; siempre está moviéndose.	☐	☐	☐ 10
11. Es demasiado dependiente de los adultos.	☐	☐	☐ 11
12. Se queja de que se siente solo	☐	☐	☐ 12
13. Se aturde, se desconcierta	☐	☐	☐ 13
14. Lloro mucho	☐	☐	☐ 14
15. Es cruel con los animales.	☐	☐	☐ 15
16. Es abusón, cruel o desconsiderado con los demás	☐	☐	☐ 16
17. Sueña despierto o se queda distraído con sus pensamientos	☐	☐	☐ 17
18. Se hace daño expresamente o ha intentado suicidarse.	☐	☐	☐ 18
19. Exige que estén muy pendientes de él	☐	☐	☐ 19
20. Destroza sus cosas	☐	☐	☐ 20
21. Destroza cosas de otros niños o de familiares	☐	☐	☐ 21
22. Es desobediente en casa	☐	☐	☐ 22
23. Es desobediente en el colegio	☐	☐	☐ 23
24. No come bien	☐	☐	☐ 24
25. No se lleva bien con los otros niños	☐	☐	☐ 25
26. No parece sentirse culpable después de portarse mal	☐	☐	☐ 26
27. Tiene celos con facilidad	☐	☐	☐ 27
28. Come o bebe cosas que no son alimentos (Explíquelo: _____)	☐	☐	☐ 28
29. Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o lugares (que no son el colegio) (Explíquelo: _____)	☐	☐	☐ 29
30. Tiene miedo a ir al colegio	☐	☐	☐ 30
31. Tiene miedo a pensar algo malo o a hacerlo	☐	☐	☐ 31
32. Cree que tiene que ser perfecto	☐	☐	☐ 32
33. Se queja o piensa que nadie lo quiere	☐	☐	☐ 33
34. Piensa que los demás lo quieren hacer daño	☐	☐	☐ 34
35. Cree que es inútil o inferior a los demás	☐	☐	☐ 35
36. Se hace daño o tiene accidentes	☐	☐	☐ 36
37. Se mete en muchas peleas.	☐	☐	☐ 37
38. Se burlan de él	☐	☐	☐ 38
39. Tiene malas compañías	☐	☐	☐ 39
40. Oye cosas o a personas que no están presentes. (Explíquelo: _____)	☐	☐	☐ 40
41. Es impulsivo, hace las cosas sin pensar	☐	☐	☐ 41
42. Le gusta estar solo	☐	☐	☐ 42
43. Dice mentiras o hace travesuras	☐	☐	☐ 43
44. Se muerde las uñas	☐	☐	☐ 44
45. Es nervioso, sensible o torpe	☐	☐	☐ 45
46. Hace movimientos nerviosos o tiene tics. (Explíquelo: _____)	☐	☐	☐ 46
47. Tiene pesadillas	☐	☐	☐ 47

	NO NUNCA	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES
48. No cae bien a otros niños.	☐	☐	☐ 48
49. Tiene estreñimiento	☐	☐	☐ 49
50. Es demasiado miedoso o angustiado	☐	☐	☐ 50
51. Le dan mareos (vértigos)	☐	☐	☐ 51
52. Se siente demasiado culpable	☐	☐	☐ 52
53. Come demasiado	☐	☐	☐ 53
54. Está demasiado cansado	☐	☐	☐ 54
55. Está demasiado gordo	☐	☐	☐ 55
56. Tiene trastornos físicos a los que no se ha encontrado una causa médica:			
a. Dolores o molestias en el cuerpo.	☐	☐	☐ 56a
b. Dolores de cabeza	☐	☐	☐ 56b
c. Náuseas, ganas de vomitar	☐	☐	☐ 56c
d. Problemas en los ojos. (Explíquelos: _____)			
e. Ronchas, sarpullidos u otras alteraciones de la piel.	☐	☐	☐ 56d
f. Dolores de barriga, retortijones.	☐	☐	☐ 56e
g. Vómitos.	☐	☐	☐ 56f
h. Otros trastornos. (Explíquelos: _____)			☐ 56g
57. Ataca físicamente a otras personas	☐	☐	☐ 56h
58. Se mete el dedo en la nariz, se pellizca la piel u otras partes del cuerpo. (Explíquelos: _____)	☐	☐	☐ 57
59. Juega con su sexo o lo toca en público	☐	☐	☐ 58
60. Toca o juega demasiado con su sexo	☐	☐	☐ 59
61. Su trabajo escolar es deficiente	☐	☐	☐ 60
62. Se mueve torpemente, con mala coordinación	☐	☐	☐ 61
63. Prefiere jugar con compañeros mayores que él	☐	☐	☐ 62
64. Prefiere jugar con compañeros de menos edad que él	☐	☐	☐ 63
65. No quiere hablar	☐	☐	☐ 64
66. Repite algunos comportamientos una y otra vez	☐	☐	☐ 65
67. Se marcha (se fuga) de casa	☐	☐	☐ 66
68. Grita mucho	☐	☐	☐ 67
69. Es reservado, guarda sus pensamientos para él	☐	☐	☐ 68
70. Vé cosas que no están presentes. (Explíquelos: _____)	☐	☐	☐ 69
71. Teme hacer el ridículo y se desconcierta fácilmente	☐	☐	☐ 70
72. Enciende fuegos	☐	☐	☐ 71
73. Tiene problemas sexuales (Explíquelos: _____)	☐	☐	☐ 72
74. Le gusta llamar la atención, hace el payaso	☐	☐	☐ 73
75. Es tímido o vergonzoso	☐	☐	☐ 74
76. Duermes menos que la mayoría de los niños	☐	☐	☐ 75
77. Duermes más que la mayoría de los niños, de día o de noche. (Explíquelos: _____)	☐	☐	☐ 76
78. Ensucia o juega con sus excrementos (con la "caca").	☐	☐	☐ 77
79. Tiene problemas de pronunciación o de habla. (Explíquelos: _____)	☐	☐	☐ 78
80. Se queda absorto, mirando al vacío	☐	☐	☐ 79
	☐	☐	☐ 80

	0 NO NUNCA	1 ALGUNAS VECES	2 MUCHAS VECES
81. Roba en casa	☐	☐	☐ 81
82. Roba fuera de casa	☐	☐	☐ 82
83. Acumula o almacena cosas que no necesita. (Explíquelo: _____)	☐	☐	☐ 83
84. Hace cosas extrañas o raras. (Explíquelas: _____)	☐	☐	☐ 84
85. Tiene ideas extrañas o raras	☐	☐	☐ 85
86. Es tozudo, malhumorado o irritable	☐	☐	☐ 86
87. Su humor o sus sentimientos cambian bruscamente	☐	☐	☐ 87
88. Se enfada o enfurece fácilmente	☐	☐	☐ 88
89. Es desconfiado	☐	☐	☐ 89
90. Dice palabrotas	☐	☐	☐ 90
91. Dice que se quiere matar	☐	☐	☐ 91
92. Habla o camina cuando está durmiendo. (Explíquelo: _____)	☐	☐	☐ 92
93. Habla demasiado	☐	☐	☐ 93
94. Se burla mucho de otros niños	☐	☐	☐ 94
95. Tiene rabietas o mal genio	☐	☐	☐ 95
96. Piensa demasiado en cuestiones sexuales	☐	☐	☐ 96
97. Amenaza a otras personas	☐	☐	☐ 97
98. Se chupa el dedo	☐	☐	☐ 98
99. Se preocupa demasiado por el orden y la limpieza	☐	☐	☒ 99
100. No duerme bien. (Explíquelo: _____)	☐	☐	☐ 100
101. Falta a la escuela sin motivo (hace novillos)	☐	☐	☐ 101
102. Es poco activo, se mueve con lentitud o le falta energía	☐	☐	☐ 102
103. Está descontento, triste o deprimido	☐	☐	☐ 103
104. Hace demasiado ruido. Escandaloso	☐	☐	☐ 104
105. Bebe alcohol o toma drogas. (Explíquelo: _____)	☐	☐	☐ 105
106. Actúa vandálicamente, hace el garbbero	☐	☐	☐ 106
107. Se orina encima durante el día	☐	☐	☐ 107
108. Se orina en la cama	☐	☐	☐ 108
109. Se queja de todo	☐	☐	☐ 109
110. Le gustaría ser del otro sexo.	☐	☐	☐ 110
111. Es retraído, se relaciona poco con los demás	☐	☐	☐ 111
112. Está preocupado por las cosas	☐	☐	☒ 112
113. Por favor, a continuación escriba cualquier otro problema o trastorno de su hijo que no haya aparecido en la lista anterior:	_____ _____ _____ _____ _____		

- * ASEGURESE DE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS CUESTIONES.
 * POR FIN, SUBRAYE AQUELLAS QUE A USTED MAS LE PREOCUPAN.

ANEXO 3

**INVENTARIO DE FRASES.
PROTOCOLO**

Ficha N°:		Fecha:	
Encuestador:			
Nombre:		Sexo:	Edad:
Escuela:		Grado:	

Te voy a leer unas frases para que marques con una cruz:
SI, cuando te sentís así la mayoría de las veces
NO, cuando "no" te sentís así la mayoría de las veces

FRASES	SI	NO	OBSERVACIONES
1 En la escuela me va tan bien como antes			
2 Me aburre la televisión			
3 Me da mucho miedo la noche			
4 Mis amigos saben todo de mí			
5 Casi siempre me cuesta mucho estar quieto			
6 Soy el/la que se ocupa de las tareas de la casa			
7 Muchas veces tengo ganas de agarrar algo que no es mío			
8 Cuando me enoja no puedo pensar			
9 Me ponen en penitencia por golpear a mis compañeros			
10 Estoy triste porque todo me sale mal			
11 Me enoja mucho cuando me dicen que "no"			
12 Confío que mi papá (*) no me va a lastimar			
13 Todo el tiempo me molestan recuerdos de cosas feas que me han pasado			
14 Me gusta lavar los platos			
15 Me ponen nervioso/a los demás			
16 Siento mi cuerpo usado			

FRASES	SI	NO	OBSERVACIONES
17 Me gusta tener mucha tarea			
18 Hago todo mal			
19 Se me escapa el pis			
20 A veces pienso que mi mamá me va a abandonar			
21 Pienso que el sexo es algo malo			
22 Me parecía estar dormido/a cuando me pasaban cosas feas			
23 Me siento mal físicamente muchas veces			
24 Cuento mi historia como si le hubiese pasado a otra persona			
25 Me buscan para pelear			
26 Casi siempre quiero estar callado/a			
27 Casi siempre estoy incómodo/a con los demás			
28 Tengo miedo de lo que siento			
29 Me distraigo fácilmente			
30 Cuando sea grande quiero tener hijos			
31 Me gusta ir al dentista			
32 Tengo miedo a que me lastimen			
33 Me divierte salir con mis amigos			
34 Me asustan los ruidos			
35 Siempre voy a pescar			
36 Me gusta quedarme solo/a con mi papá (*)			
37 Todos me traicionan			
38 Yo estoy loca /o			
39 Siempre me levanto temprano			
40 Me gusta estudiar			
41 Cuando tengo problemas en casa me escapo			

FRASES	SI	NO	OBSERVACIONES
42 Cuando estoy furioso no quiero que me toquen			
43 Me gusta dibujar			
44 Muchas veces me siento solo/a			
45 Muchas veces siento ganas de llorar			
46 Me cuesta mucho escuchar a los demás			
47 Cuando me pasan cosas malas pienso que la culpa es mía			
48 Casi siempre me cuesta hablar de mis cosas			
49 Casi siempre tengo pesadillas			
50 Me gusta ordenar el cuarto			
51 Tengo miedo de contar lo que me pasa			
52 Cuando estoy furiosa/o me descargo con chicos menores que yo			
53 Ser varón/mujer es lindo			
54 Me siento distinto/a a mis amigas/os			
55 Me siento sucio/a por dentro		>	
56 Tengo la culpa de todo		>	

(*) padrastro, tutor, etc.