



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA
EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA**



MODALIDAD PRESENCIAL

**DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN ESCRITA DEL
EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TITULO
DE PSICÓLOGA CLÍNICA**

TEMA:

**DISFUNCIONALIDAD DEL PENSAMIENTO Y SU
INFLUENCIA EN LA RESPUESTA EMOCIONAL DE UN
ADOLESCENTE EN CRISIS.**

AUTORA:

LAURA LISSETTE RODRIGUEZ VARGAS

TUTOR:

Ms. FRANCO CHOEZ XAVIER EDUARDO

BABAHOYO- ENERO/2020



RESUMEN

En esta investigación se presenta un estudio de caso dentro del área de Psicología Clínica cuya temática es la disfuncionalidad del pensamiento y su influencia en la respuesta emocional de una adolescente en crisis de 15 años, enfocado en la teoría de la Corriente Cognitivo Conductual originada desde Aaron Beck. Se emplean pruebas psicométricas como el Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan como instrumento para obtener la información requerida sobre los pensamientos automáticos clasificados dentro del marco de las distorsiones cognitivas y el Inventario de depresión de Beck para medir la respuesta emocional de la paciente. Además del uso de técnicas como la observación clínica, historia clínica y evaluación psicológica en general, siendo el objetivo fundamental el determinar la influencia que ejercen los pensamientos disfuncionales sobre la respuesta emocional de la paciente del Centro Comunal “Cristo del consuelo” de la ciudad de Babahoyo- Provincia de los Ríos.

Palabras claves: Pensamientos disfuncionales, influencia, respuesta emocional, adolescente, crisis.

ABSTRAC

This research presents a case study within the area of Clinical Psychology whose theme is the dysfunctionality of thinking and its influence on the emotional response of a 15-year-old adolescent, focused on the theory of Behavioral Cognitive Current originated from Aaron Beck. Psychometric tests such as the Ruiz and Lujan Automatic Thoughts Inventory are used as an instrument to obtain the required information on automatic thoughts classified within the framework of cognitive distortions and the Beck Depression Inventory to measure the patient's emotional response. In addition to the use of techniques such as clinical observation, clinical history and psychological evaluation in general, the fundamental objective is to determine the influence that dysfunctional thoughts exert on the emotional response of the patient of the Communal Center "Christ of consolation" of the city of Babahoyo - Province of the Rios.

Keywords: Dysfunctional thoughts, influence, emotional response, adolescent, crisis.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	II
ABSTRAC	III
INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO	2
JUSTIFICACION	2
OBJETIVO GENERAL.....	3
SUSTENTOS TEÓRICOS	3
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	9
RESULTADOS OBTENIDOS	11
SITUACIONES DETECTADAS.....	13
SOLUCIONES PLANTEADAS.....	16
CONCLUSIONES	18
BIBLIOGRAFIA	20
ANEXOS	1

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso dentro del área de Psicología clínica aborda la temática de Disfuncionalidad del pensamiento y su influencia en la respuesta emocional de una adolescente en crisis del Centro Comunal “Cristo Del Consuelo” en la Ciudad de Babahoyo. Este se enmarca en la línea de investigación: Asesoramiento psicológico, que concierne a su sublínea: Asesoría y Orientación Educativa, Personal, Socio-Familiar, Vocacional y Profesional, de la carrera de psicología clínica.

La temática del siguiente estudio se centra en la disfuncionalidad del pensamiento; hacer referencia a este es hablar de errores en el procesamiento de la información; mismos que no se basan en sustentos ni evidencias reales e interfieren con los objetivos de la persona pudiendo originar una importante perturbación emocional por lo tanto, la investigación de esta problemática versó en el interés de demostrar que los pensamientos disfuncionales ejercen influencia sobre las emociones del adolescente en crisis.

En el Centro Comunal “Cristo del Consuelo” CIPEM, se pudo evidenciar varios casos de pacientes en los que sus pensamientos disfuncionales generaban como respuestas perturbaciones emocionales, por ello se lleva a cabo esta investigación ya que es una de las problemáticas de mayor trascendencia e importancia dentro del área de estudio. De tal manera al abordar a una adolescente en crisis que tiene pensamientos disfuncionales que ejercen influencia sobre su respuesta emocional se tiene como propósito que aprenda a resolver problemas y situaciones que consideraba insuperables mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos.

Para identificar como los pensamientos disfuncionales influyen en la respuesta emocional de la adolescente en crisis se hace uso de técnicas tales como la observación sistemática, historia clínica, con el apoyo de pruebas psicométricas para la medición de variables como: Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) y el Inventario de depresión de Beck (BDI).

DESARROLLO

JUSTIFICACION

El procesamiento distorsionado de la información origina pensamientos disfuncionales y erróneos, que causan un importante malestar y perturbación a la persona que los tiene. Por lo tanto, este estudio de caso es importante ya que será el punto de partida para conocer el papel que juegan las cogniciones sobre la respuesta emocional de una adolescente en crisis, ya que en esta etapa como proceso evolutivo es donde el adolescente atraviesa por una serie de transiciones que inciden notablemente en su proceso de formación y desarrollo.

En aras de la comprensión del fenómeno de estudio se pretende abordar la problemática desde una perspectiva cognitiva conductual teniendo como beneficios que la paciente conozca la relación que tienen sus cogniciones sobre sus emociones y conducta. Por tanto; identifique los pensamientos disfuncionales que ejercen influencia sobre sus respuestas emocionales, de tal manera que pueda examinar evidencias a favor y en contra sobre sus pensamientos disfuncionales con el objetivo que los sustituya por unos más adaptativos y realistas, siendo beneficiaria directa una adolescente de 15 años del Centro Comunal “Cristo del Consuelo” de la Ciudad de Babahoyo.

Este estudio de caso es de fundamental trascendencia ya que se pudo evidenciar en el Centro Comunal “Cristo del Consuelo” (CIPEM) como factor relevante, que muchos de los pacientes en los que en determinado momento netamente de la adolescencia existen crisis vitales que les resultan críticas presentan un patrón de pensamientos disfuncionales que rigen sobre sus respuestas emocionales ante una situación. Finalmente es factible esta investigación ya que se puede lograr un avance y remisión de los síntomas, lo que a su vez facilita abordar la sintomatología de la paciente de forma integral brindándole un papel activo en el proceso de mejora y recuperación.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la influencia que tienen los pensamientos disfuncionales sobre la respuesta emocional de una adolescente en crisis del centro comunal “Cristo del Consuelo” CIPEM de la Ciudad de Babahoyo.

SUSTENTOS TEÓRICOS

En esta sección se definirán las variables del estudio de caso como lo son variable independiente: pensamientos disfuncionales y variable dependiente: respuesta emocional del adolescente en crisis.

Pensamientos disfuncionales

Aspectos generales de la teoría cognitiva

El constructo de pensamientos disfuncionales surge dentro del marco de la teoría cognitiva, de tal manera (Beck R. , 2010. 19 edición) afirman que “El modelo cognitivo sostiene que los individuos ante una situación estimular no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican y asignan significado al estímulo, en función de sus supuestos previos o esquemas cognitivos” (p. 368). Así mismo (Beck J. S., 1995) plantea que “Las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por como son interpretadas dichas situaciones” (Beck J. S., 1995). De tal manera se entiende que están estrechamente relacionados pensamientos, emociones y conducta por lo tanto cómo se estructura el pensamiento va a influir en las emociones que se experimentan y estas van a regir el comportamiento ante determinadas situaciones de la vida

Definición de disfuncionalidad del pensamiento

(Beck J. S., 1995) Define: “Los pensamientos disfuncionales son aquellos que distorsionan la realidad, son emocionalmente perturbadores y/o interfieren con la capacidad del paciente para alcanzar sus objetivos”.

Por lo antes mencionado los pensamientos disfuncionales constituyen uno de los factores cognitivos de riesgo que se activan cuando el adolescente se enfrenta a estresores con los que no puede lidiar efectivamente (Duarté Vélez, Lorenzo-Luaces, & Rosselló, 2012).

(Losada, Montorio, Fernández, & Márquez, 2006) Definen conjuntamente a los pensamientos disfuncionales como una agrupación tanto de creencias, actitudes, reglas de sí mismo, del mundo y el futuro concebidas como verdades absolutas que el paciente mantiene inmerso dentro de su esquema cognitivo.

Características:

Los pensamientos disfuncionales están caracterizados por ser mensajes específicos, concretos, inconsistentes, espontáneos e involuntarios, no se basan en evidencias por lo que son creídos por el individuo a pesar de ser irracionales como verdades absolutas (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Organización Cognitiva

En este sentido la organización cognitiva proporciona un marco de referencia para la comprensión del paciente. Partiendo del punto de vista que las emociones y conductas están mediadas cognitivamente Beck (1996) citado en (Ferrer Montero, 2010) plantea que “se concibe en tres niveles la organización cognitiva del paciente: pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias nucleares” (pág.7)

Pensamientos automáticos

Estos pensamientos desde el punto de vista de la adaptación, son aquellos que no le permiten al individuo evaluar, interpretar la realidad y actuar de forma correcta. (Fernandez, 2017) refiere: “Los pensamientos automáticos se codifican como un mensaje corto pero contundente, sin posibilidad alguna para la reflexión. Se trata de circuitos cerrados que engloban un sentimiento negativo de análisis de la realidad” (Párrafo siete). De tal manera son pensamientos que aparecen de forma espontánea y que por lo general tienden a ser negativos; son expresados como imágenes mentales y verbalizados en relación a un hecho determinado.

Creencias intermedias

Estas creencias pueden expresarse como normas, reglas, actitudes, suposiciones y expectativas interfiriendo en la visualización que se tiene de las situaciones, de tal manera que influyen netamente en la forma de pensar, sentir y actuar del individuo (Ferrer Montero, 2010)

Creencias nucleares

“Son ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar ni siquiera ante uno mismo, estas ideas son consideradas como verdades absolutas, creyendo que es así como las cosas son” (Beck J. S., 1995).

Tipos de pensamientos disfuncionales

A continuación se hacen referencia a inconsistencias que surgen durante el procesamiento de la información que conllevan al individuo a sacar conclusiones sin tener el suficiente sustento o evidencia que los contrasten. (Beck, Rush, Shaw, & Gary, 2010) plantean los siguientes en su libro *Terapia Cognitiva de la depresión*:

TABLA 1

Tipos de pensamientos disfuncionales. (Beck R. , 2010. 19 edición)

Tipos	conceptualización
Inferencia arbitraria	Al que se refiere como el proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de evidencia que lo apoye.
Abstracción selectiva	Este se caracteriza por centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación; conceptualizando toda la experiencia en base a este fragmento.
Generalización excesiva	Proceso de elaborar una regla general a partir de uno o más hechos aislados.
Maximización & minimización	Queda reflejado a evaluar la significación o magnitud de un evento.
Personalización	Tendencia y facilidad para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
Pensamiento absolutista, dicotómico	Se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas. En el que se seleccionan por lo general categorías del extremo negativo.

Nota: estos son algunos de los tipos de pensamientos disfuncionales. Cabe destacar que se han implementado en otros estudios otros más.

Respuesta emocional del adolescente en crisis

Adolescencia

Se conceptualiza la adolescencia como la etapa de la vida que inicia por lo general a los 13 o 14 años hasta los 18 a 20 años. Siendo la pubertad el elemento que netamente la define como tal; se caracteriza por grandes cambios a nivel físico, psicológico, emocionales que se presentan y la misma se da cómo terminada cuando el adolescente ha alcanzado su desarrollo emocional. (Klubers, 2013)

Crisis

Esta deriva del griego KRISIS que se define como la acción de decidir, en términos psicológicos la crisis hace referencia a una situación en la que la persona enfrenta una dramática confrontación psíquica pudiendo ser esta normal haciendo referencia al crecimiento que se deriva del proceso evolutivo del individuo o patológico si existen conflictos neuróticos. En otras palabras, una crisis hace referencia al momento en que se produce un cambio brusco y decisivo a nivel físico y psicológico en la persona (Vasquez, 2008).

Por otro lado (Sánchez & Condori, 2018) hacen referencia definen de la siguiente forma a crisis emocional:

Es un estado temporal de desorganización, confusión emocional y descontrol que le ocurre a una persona luego de experimentar un evento adverso y que le provoca diferentes manifestaciones de malestar y tensión (estrés) que le afecta su desempeño cotidiano y le dificulta manejar la situación. (pág. 5)

Por lo antes mencionado una crisis sería un período que puede representar una etapa de desarrollo a nivel de la personalidad del adolescente, así también como un periodo de vulnerabilidad de padecer un trastorno cuyo desenlace depende entre otras cosas, de la forma en que se maneje la situación o evento.

TIPOS DE CRISIS

Las crisis pueden ser tomando en consideración el aporte de (Erikson, E. 1959) crisis del desarrollo o evolutivas que resultan esperables y circunstanciales pudiendo ser accidentales inesperadas o imprevisibles (Vazquez, 2008).

Crisis del desarrollo:

Este tipo de crisis están relacionadas con el pasar de una etapa del desarrollo a otra, y cada etapa de estas se relaciona a la vez con aspectos del crecimiento por lo que es probable la aparición de una crisis cuando existe alguna interferencia en su desarrollo. De esta manera, se consideran a estas crisis como “esperables” o “predecibles”, sabiendo entonces, con anticipación, que los sujetos están destinados a atravesar ciertas etapas decisivas en diferentes momentos a lo largo de todo su desarrollo, no dejando de estar dentro del desarrollo. (Wilson, 2016)

Crisis Circunstanciales:

Las crisis circunstanciales estas a diferencia de las normativas o de desarrollo son inesperadas, accidentales y dependen sobre todo de factores ambientales. Abarca alteraciones emocionales y de la conducta ante pérdidas o amenaza de pérdidas de los aportes básicos (físicos, psicosociales y socioculturales que están interrelacionados) (Vazquez, 2008).

TABLA 2

Tipos de crisis

Crisis del desarrollo	Crisis Circunstanciales
	Separación
	Pérdidas
Crisis del nacimiento e infancia	Muerte
Crisis de la pubertad y adolescencia	Enfermedades corporales
Crisis de la primera juventud	Desempleo
Crisis de la edad media de la vida	Trabajo nuevo
Crisis de la tercera edad	Fracaso económico
	Violaciones
	Incendios
	Accidentes

Nota: se especifican algunos indicadores de los tipos de crisis que se pueden presentar durante el desarrollo evolutivo o bien pueden ser circunstanciales.

El divorcio como crisis no normativa

El divorcio como crisis no normativa se presenta en dos dimensiones diferentes: en principio, se valora su dimensión traumática por los eventos que lo acompañan, ya que estos generan altos niveles de incertidumbre y de estrés, pues esta situación desencadena inestabilidad emocional en los sujetos que viven la disolución de la familia; en segundo lugar, se valora su dimensión temporal, por tanto asumir el divorcio como nueva condición de vida exacerba los síntomas de estrés postraumático que implican la tendencia a la evitación, lo cual le resta funcionalidad al individuo. (Arrieta et al., 2012)

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para el abordaje del estudio de caso se ha hecho uso de técnicas u herramientas indispensables propias de la psicología con el fin de recabar información necesaria para efectuar la investigación que de validez al mismo como:

Observación clínica

Técnica que sirve para tener una primera impresión y recabar información muy útil que proporciona evidencia de los signos mostrados por el paciente durante la evaluación psicológica.

En ella se pudo contrastar lo manifiesto por la paciente en su conducta, expresiones, gesticulaciones.

Historia Clínica

Una de las técnicas de suma importancia usada en el ámbito clínico para llevar a cabo la intervención con la paciente, ésta se centra en la recogida de datos, que va desde el nombre, el motivo de consulta, cuadro sindrómico, antecedentes personales; familiares, acontecimientos traumáticos y estresantes, que sirve como punto clave para direccionar el diagnóstico del estado del paciente y posterior seguir con su respectivo tratamiento.

Se utilizó como instrumento para identificar la problemática, así como para recolectar datos relevantes de la paciente desde su infancia hasta la actualidad, factores predisponentes y precipitantes que contribuyeron a desarrollar la misma. De esta manera esta técnica sirve como dato relevante a la hora de establecer el diagnóstico estructural y conocer a profundidad el curso de vida de la paciente.

Pruebas psicométricas

Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)

En su inicio fue desarrollado en 1991 por Ruiz y Lujan teniendo como enfoque determinar quince distorsiones cognitivas, constando el cuestionario de 45 pensamientos automáticos negativos cada una de ellas con 3 ítems específicos que las identifica, se evalúa en escalas donde 0 equivale a nunca, 1 algunas veces, 2 bastantes veces y 3 con mucha

frecuencia y se puntúa con una escala métrica de 0 a 9 como puntaje directo a las categorías diagnósticas. De este modo una puntuación menor de 0 a 4 indicara ausencia de distorsión mientras una mayor de 5 a 9 determinara un indicador a la tendencia de la o las distorsiones cognitivas.

Este Instrumento sirve para evaluar en la paciente los tipos de pensamientos automáticos negativos que mantiene con frecuencia ante situaciones por la que atraviesa, haciendo uso de este inventario se hace énfasis en los pensamientos disfuncionales de mayor intensidad presentes en la paciente para luego abordarlos con un enfoque cognitivo conductual.

Inventario de depresión de Beck (BDI)

Este Instrumento tiene como objetivo medir sintomatología clínica característica de la depresión fue desarrollada por Aaron Beck adaptada a su terapia, la misma consta de 21 ítems que el propio paciente responde a las afirmaciones plasmadas en la prueba y su puntuación varia de 0 a 63 en escalas de 0 a 13 depresión baja, de 14 a 19 leve, de 20 a 28 moderada y de 29 a 63 grave.

Se utilizó para medir la respuesta emocional de la paciente ya que en su discurso expresaba sintomatología para un diagnostico depresivo.

RESULTADOS OBTENIDOS

Para llevar a cabo la ejecución de este estudio de caso, se lo realizó en el Centro Comunal “Cristo del Consuelo”, siendo una entidad privada en la Ciudad de Babahoyo-provincia de los Ríos. De tal manera, se brindó asistencia psicológica a una adolescente de sexo femenino, de 15 años, estudiante de secundaria quien cursa el 1ero de bachillerato, soltera y de nivel sociocultural medio-alto; llega acompañada por su mamá. Además, habita en Baba -Provincia de los Ríos cuya estructura familiar es monoparental ya que vive con la madre por consecuencia a una crisis familiar de divorcio por parte de los padres.

Para la evaluación del caso se llevaron a cabo 5 Entrevistas cada una con una duración de 45 minutos detalladas a continuación para el abordaje del proceso:

a) Primera sesión

Dirigida a la paciente se la realizó el 03 de junio del 2019 a las 10 de la mañana. En esta primera sesión, se plasma un contacto inicial con la adolescente así también se establece un ambiente de confidencialidad, cabe recalcar que este facilita el proceso dentro de una relación empática paciente-terapeuta estableciendo el debido rapport. En primera instancia se recogieron los datos de filiación del paciente, motivo de consulta; o sea el problema manifiesto de la adolescente, así como la síntesis del cuadro psicopatológico y la irrupción de este para la anamnesis y desarrollo del caso.

b) Segunda sesión

Dirigida a la mamá de la paciente fue aplicada el día 7 de junio del 2019, en esta se abordó principalmente sobre la problemática de la adolescente y se recabó información útil de la topología e historia familiar. Además, se exploró los antecedentes psicopatológicos familiares, e historia evolutiva del paciente.

c) Tercera sesión

Realizada a la paciente el día 10 de junio del 2019 en horario de 9:30 AM en esta se continuó con la recogida de datos tales como escolaridad, adolescencia y madurez: adaptación familiar- social, relaciones interpersonales-intrafamiliares, actividades intereses y aficiones desde la infancia hasta la actualidad.

d) Cuarta sesión

Dirigida a la paciente el 17 de junio del 2019 a las 11am, en esta se le aplicó a la paciente pruebas psicométricas con el propósito de corroborar la hipótesis planteada para direccionar el diagnóstico de la adolescente. Para esto se aplicó el inventario de pensamientos automáticos (IPA) propuesto por Ruiz y Lujan en 1991, escala que consta de 45 ítems de pensamientos automáticos negativos asociados a 15 distorsiones cognitivas cuyo objetivo fue medir la aparición y frecuencia de estos pensamientos disfuncionales que predispone la paciente ante determinada situación y el Inventario de depresión de Beck para determinar el nivel de depresión. Siendo la intención de estos inventarios conocer los tipos de pensamientos que tiene la adolescente ante la situación por la que atraviesa y la influencia de estos ejercidos en la respuesta emocional.

e) Quinta sesión

Dirigida a la paciente el 20 de junio del 2019 a las 10am, en esta se le dio a conocer a la paciente el psicodiagnóstico mediante la devolución terapéutica, aquí también juntamente con el paciente se logró establecer metas con claros objetivos para la intervención terapéutica.

La aplicación de estas técnicas y herramientas que se utilizan en el estudio de caso sirven para analizar y obtener la información necesaria de las diferentes áreas cognitivo, emocional, conductual que permita llegar al fondo de la situación y así obtener el Psicodiagnóstico definitivo.

SITUACIONES DETECTADAS

Primera sesión: En esta la adolescente llega a las instalaciones de la entidad privada Centro Comunal “Cristo del Consuelo” acompañada de su madre y se puede recoger los siguientes datos manifiestos por la paciente: “sentimientos de desesperanza, tristeza, insatisfacción y desinterés por casi todo lo que le rodea” tras el divorcio de sus padres, su malestar se traduce también en episodios de llanto incontrolado. Además, manifiesta en su discurso: “antes éramos una familia ahora ya no lo somos”, “ya no me aman”, “no les importo”, “no debieron separarse”, “la vida es injusta” “si no regresan no seré feliz nunca”. Por otro lado, refiere tener dificultad para concentrarse y para dormir.

La irrupción del cuadro psicopatológico tuvo su inicio meses después de la separación de sus padres, sintomatología que aqueja a la paciente durante 6 semanas.

Se exponen los hallazgos detectados en el cuadro sindrómico de las diferentes áreas detalladas a continuación:

Área cognitiva: en la paciente ésta es una de las áreas que se ven perturbadas por pensamientos disfuncionales como: “antes éramos una familia ahora ya no lo somos”, “ya no me aman”, “no les importo”, “no debieron separarse”, “la vida es injusta” “si no regresan no seré feliz nunca”, y por otra parte la adolescente presenta dificultad en su concentración.

Área emocional: se denota en la paciente tristeza, desesperanza, anhedonia.

Área conductual: presenta conductas evitativas y llantos desbordados, deterioro de las relaciones sociales y escolares, así como rendimiento académico bajo y pérdida de interés en participación de actividades.

Área somática: Insomnio.

Segunda sesión: la madre de la adolescente manifiesta que su hija era una chica muy optimista, alegre, llena de vida. Pero todo cambió meses después tras el divorcio con su esposo, debido a una infidelidad manifiesta por su esposo (situación que desconoce la

adolescente) refiere también que ha sido llamada del colegio en más de una ocasión porque las notas de su hija han ido disminuyendo considerablemente, pasa distraída. Situación que sorprende a los docentes ya que ha sido una chica muy dedicada y aplicada en sus estudios. Además, comenta que se encerrada en el cuarto, la escucha llorar a altas horas de la noche y la relación madre-hija se ha mostrado distante, ya no sale con las amigas como lo solía hacer, ni va de compras.

Aportó importantes datos de la historia evolutiva de la paciente mencionando no haber tenido ningún tipo de problema durante la gestación y proceso de parto, su hija fue deseada y concebida con mucho amor, le dio de lactar hasta el año 6 meses, dio sus primeros pasos a los 10 meses y ya a los 11 corría, sus primeros balbuceos se presentaron desde el año y ya para los 2 años y 6 meses expresaba ya contenidos más completos en su lenguaje. Por otro lado, informa tener desconocimientos sobre antecedentes psicopatológicos familiares. Lo que le preocupa ahora es la situación por la que atraviesa su hija.

En la Tercera sesión la adolescente aporta con los siguientes datos haciendo referencia a su primera infancia era una niña alegre, no tuvo problemas en el ingreso y adaptación a la escuela tenía muchos amigas con las que jugaba en el recreo, y era muy aplicada en sus estudios, recuerda como hecho traumatizante el fallecimiento la muerte de una mascota “ su perra ”, pero sus padres adoptaron otro con el que pudo superar su muerte, a los 13 años empezó su primera menarquia y se dio la aparición de sus caracteres sexuales, su adaptación social así como familiar era buena, realizaba actividades que le resultaban placenteras, pero actualmente su adaptación social y familiar no le resultan buenas y las actividades que le eran agradables ya no lo son a raíz de la separación de sus padres y en **la cuarta sesión** tras la aplicación de las pruebas psicométricas para corroborar los signos y síntomas que se observaron para tener el diagnóstico presuntivo se obtuvieron los siguientes resultados:

Inventario de pensamientos automáticos (IPA) propuesto por Ruiz y Lujan en 1991:

De los 45 reactivos aplicados a la paciente para conocer la frecuencia de los estilos de pensamientos negativos asociados a una distorsión cognitiva se obtuvieron los siguientes resultados con mayor puntuación:

Filtraje o abstracción selectiva: P= 9

Pensamiento polarizado: P= 8

Sobregeneralización: P=9

Etiquetas Globales: P= 9

Culpabilidad: P= 8

Deberías: P=9

Inventario de depresión de Beck

En esta escala de depresión de Beck, se le aplicaron 21 reactivos para medir el nivel de depresión a la paciente obteniéndose una puntuación de 25 lo que denota en la adolescente un nivel de depresión moderada, generada por la crisis familiar (divorcio de los padres).

Diagnóstico

De todas estas herramientas aplicadas y revisando criterios del DSM IV y CIE 10, el caso de estudio cumple con los criterios diagnósticos de un F43.20 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo (309.0); en el que el estresante principal identificado es el divorcio de los padres.

SOLUCIONES PLANTEADAS

Se plantea como solución ante la problemática expuesta el desarrollo de un esquema psicoterapéutico bajo un enfoque cognitivo-conductual, distribuido en 5 sesiones terapéuticas, cada una de 40 minutos en las cuales se establecen categoría, objetivo, actividad, técnica, fechas y resultados a alcanzar.

Sesión N° 1

fecha: 26 de junio del 2019

Categoría: Cognitiva

Objetivo: Establecer acuerdos de los objetivos terapéuticos e instruir al paciente sobre la relación que ejercen las cogniciones sobre la sintomatología depresiva.

Actividad: se toma como ejemplo uno de los pensamientos de la paciente ante la situación y se hace la relación durante la sesión.

Técnica: Psicoeducación

Resultados esperados: La paciente tendrá conocimiento sobre el papel que juegan sus cogniciones sobre sus emociones y conducta.

Sesión N. 2

fecha: 1 de julio del 2019

Categoría: cognitiva

Objetivo: entrenar a la paciente para que ella logre identificar sus patrones de pensamientos, emociones, sensaciones corporales y comportamientos.

Actividad: registro a modo de diario, partiendo del día, la hora, situación, pensamientos, reacciones emocionales y conductuales.

Técnica: Autorregistro

Resultados esperados: la paciente se hará consciente de aspectos de sus propios pensamientos y conductas y emociones asociadas. Este registro servirá como base para que la adolescente reevalúe sus pensamientos y logre sustituirlos por otros adaptativos.

Sesión N° 3

fecha: 8 de julio del 2019

Categoría: cognitiva

Objetivo: ayudar a la paciente a que alcance nuevas perspectivas que desafíen sus pensamientos y creencias.

Actividad: mediante cuestionamiento socrático es decir haciendo uso de preguntas abiertas de tal manera que sea la paciente misma quien haga asociaciones y argumentaciones.

Técnica: Autodescubrimiento guiado

Resultados esperados: La paciente será capaz de evaluar evidencias a favor o en contra de sus pensamientos, establecer nuevas formas alternativas de pensar ante la situación y cuáles son las consecuencias de pensar de cierto modo.

Sesión N° 4

fecha: 15 de julio del 2019

Categoría: Conductual

Objetivo: Establecer un cronograma de actividades premeditadas en conjunto con la paciente, debatiendo cuales serían más factibles de desarrollar para contrarrestar los patrones de comportamientos que alimentan la sintomatología.

Técnica: Programación de actividades

Resultados esperados: Que la paciente se involucre en actividades previamente establecidas para evitar situaciones que le generen tristeza, desesperanza.

Sesión N° 5

fecha: 22 de julio del 2019

Categoría: emotiva

Objetivo: entrenar a la paciente para evocar mentalmente una escena que tenga un valor especial para ella.

Actividad: se le expone una historia agradable a la paciente

Técnica: técnica de control de la activación (visualización o relajación en imaginación)

Resultados esperados: la paciente se desconecta en un principio del estrés de la situación que le aquejaba, se muestra relajada y tiene sensaciones muy agradables y placenteras.

CONCLUSIONES

A partir de la información y resultados obtenidos, así como las bases teóricas que sustentan la presente investigación, es observable que pensamientos disfuncionales están presentes en el área cognitiva de la paciente del presente estudio de caso ante un estresor como lo es el divorcio de los padres, lo que predispone posteriormente que la adolescente tenga una sintomatología depresiva como respuesta emocional, viéndose también afectada otras áreas.

En relación con los logros alcanzados mediante el estudio práctico del caso, se puede concluir que la adolescente de 15 años de edad, como consecuencia de la crisis generada por el divorcio de los padres, ha causado modificaciones a nivel; cognitivo, conductual y emocional, lo que le conlleva a generar cambios en sus pensamientos de una forma disfuncional que considerablemente rigen la respuesta emocional de la adolescente activando una perturbación emocional como lo es en este caso la depresión.

Cabe mencionar que una familia disfuncional ejerce un papel prioritario que repercute en el adolescente a la hora de afrontar problemáticas y también provoca una serie de problemas psicológicos. Por lo que es necesario desde el punto de vista psicológico que debe de abordarse al núcleo familiar de manera integral para la búsqueda de solución en bienestar de la salud mental del adolescente.

Es importante según lo abordado en este caso de estudio, recomendar lo siguiente:

- Concientizar la necesidad de la intervención psicológica dentro del Centro Comunal “Cristo del consuelo” a todos los adolescentes que atraviesan por situaciones que les resultan críticas.

- Brindar ayuda psicológica a los adolescentes y también al núcleo familiar ya que estos son parte del problema, para en conjunto se busquen soluciones en bienestar del paciente mediante una terapia familiar.

- Dictar charlas y educar a las familias, sobre los posibles problemas psicológicos que se pueden desarrollar en un adolescente a raíz de los conflictos conyugales, siendo estos los más afectados. Enfatizando el mostrar interés por cómo se sienten ellos en medio de toda la crisis que vive la familia, valorar si ellos tienen opiniones o expresan sus emociones, e interesarse por lo que él o la adolescente considere importante.

- Orientar a las familias a la resolución de problemas, dependiendo del caso de cada una de estas, ya que muchas veces no buscan solución a los problemas, sino que simplemente existen rupturas y alejamiento.

- Terapia cognitiva conductual para abordar los pensamientos disfuncionales de un paciente, dirigido a enseñarle a identificar sus creencias nucleares e intermedias que le predisponen a distorsionar sus experiencias, controlar pensamientos automáticos negativos, identificar la relación que existe entre sus cogniciones con afecto y conducta, examinar las evidencias a favor y en contra de sus pensamientos disfuncionales con el objetivo que sustituya estos por unos más realistas y adaptativos usando técnicas tales como reestructuración cognitiva, técnicas para identificar y modificar esquemas y también técnicas para el cambio de creencias nucleares y supuestos básicos.

BIBLIOGRAFIA

- Beck, J. S. (1995). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona-España: Gedisa editorial.
- Beck, R. (2010. 19 edición). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer.
- Duarte Vélez, Y., Lorenzo-Luaces, L., & Rosselló, J. (2012). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, auto- concepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, vol. 23, 1-17.
- Fernandez, E. (05 de 02 de 2017). *pensamientos automaticos negativos y su alcance desde la infancia* . Recuperado el 20 de 01 de 2020, de {entrada de blog]:
<https://www.atencionselectiva.com/2017/02/los-pensamientos-automaticos-y-su.html>
- Ferrer Montero, A. (2010). Las terapias cognitivas: Mitos y aspectos controvertidos. *Dialnet*, Vol.2 (3), 7-21.
- Klubers, W. (2013). *Desarrollo emocional en la adolescencia*. Obtenido de {entrada de blog}.
- Losada, A., Montorio, I., Fernández, M. I., & Márquez, M. (2006). Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales. En A. Losada Baltar, I. Montorio Cerrato, M. I. Fernández de Trocóniz, & M. Márquez González, *El papel de los pensamientos disfuncionales* (págs. 51-64 capítulo 3). Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Ruiz, Diaz & Villalobos, M. (2012). *Manual de Tecnicas de Intervencion Cognitivos Conductuales*. Madrid: Desclee de Brouwer.

Vasquez, J. (2008). *la crisis de identidad del adolescente y su repercusion en la eleccion vocacional*. Mexico.

Vazquez, J. G. (2008). LAS CRISIS DE IDENTIDAD DEL ADOLESCENTE Y SU REPERCUSIÓN EN LICENCIADO EN PEDAGOGÍA. 64-127.

Wilson, M. (2016). Crisis e Intervencion. (*Trabajo Final de Grado*). Universidad de la Republica Facultad de Psicología, Montevideo, Uruguay.

ANEXOS

ANEXO 1 (Historia clínica)

1.- DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

EDAD: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

INSTRUCCIÓN: _____

OCUPACION: _____

ESTADO CIVIL: _____

FECHA DE EVALUACION: _____

TELÉFONO: _____

REMITENTE: _____

2.-MOTIVO DE CONSULTA

MANIFIESTO:

LATENTE

3.-SÍNTESIS DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO:

AREA AFECTIVA	AREA CONDUCTUAL	AREA COGNITIVA	AREA SOMATICA

4.-IRRUPCIÓN DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO:

5.-TOPOLOGÍA FAMILIAR:

6.-TOPOLOGÍA HABITACIONAL:

7.-ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS FAMILIARES:

8.-HISTORIA EVOLUTIVA: ANAMNESIS

AFECTIVIDAD: _____

EMBARAZO: _____

PARTO: _____

LACTANCIA: _____

MARCHA: _____

LENGUAJE: _____

CRISIS VITALES: _____

CRISIS EXISTENCIALES: _____

9.-ESCOLARIDAD: (PRIMERA INFANCIA)

10.-ADAPTACIÓN ESCOLAR

11.-RELACIONES INTERPERSONALES

12.-ADAPTACIÓN SOCIAL

13.-JUEGOS

14.-CONDUCTA SEXUAL

15.-ACTIVIDAD ONÍRICA

16.-HECHOS TRAUMATIZANTES

ADOLESCENCIA Y MADUREZ:

17: APARICIÓN DE LOS CARACTERES SEXUALES

18.-CONDUCTA SEXUAL

19.-ACTIVIDAD ONÍRICA

20.-ADAPTACIÓN SOCIAL

21.-ADAPTACIÓN FAMILIAR

22.-RELACIONES INTRAFAMILIARES

23.-ACTIVIDAD, INTERESES Y AFICIONES

24.-ESTADO MENTAL

FUNCIONES COGNOSCITIVAS:

ORIENTACIÓN: NORMAL (X) ALOPSÍQUICA () AUTOPSÍQUICA () DESORIENTACIÓN PARCIAL() DESORIENTACIÓN ESPACIAL () DESORIENTACIÓN TEMPORAL () DESORIENTACIÓN AUTOPSÍQUICA ()

INTELIGENCIA: NORMAL (X) TEÓRICA () PRACTICA () SUPERIOR() PROMEDIO() INFERIOR() LIMITE() LINGÜÍSTICA () LÓGICA MATEMÁTICA () ESPACIAL () MUSICAL () CORPORAL CENESTÉSICA () INTRAPERSONAL () INTERPERSONAL () NATURALISTA ()

ATENCIÓN: NORMAL (X) HIPOPREXIA() HIPERPROSEXIA() DISPROSEXIA() APROSEXIA () INATENCIÓN () DISTRAIBILIDAD () DESATENCIÓN () FATIGABILIDAD () HIPERVIGILANCIA ()

MEMORIA: NORMAL (X) SENSORIAL () A CORTO PLAZO () A LARGO PLAZO () HIPERMNESIA () HIPOMNESIA() DISMNESIA() AMNESIA ANTERÓGRADA () AMNESIA RETROGRADA() AMNESIA RETROANTEROGADA () AMNESIA LACUNAR () DISOCIATIVA () PARAMNESIA CONFABULACIÓN () PARAMNESIA REMINISCENCIA () PARAMNESIA MENTIRA PATOLÓGICA () PARAMNESIA CRIPTOMNESIA () PARAMNESIA ECMNESIA () PARAMNESIA ANECFORIA () PARAMNESIA DEJÁ VU() PARAMNESIA JAMAIS VU()

PENSAMIENTO:

CONCIENCIA: LÚCIDA (X) CONFUSIONAL() INDIFERENTE () OBNUBILACIÓN () ESTUPOR () COMA () HIPNOSIS () HIPERVIGILANCIA () HIPERSOMNIA () SOMNOLENCIA (). DELIRIUM () ESTADOS ONÍRICOS () ESTADOS CREPUSCULARES () ESTRECHAMIENTO DE LA CONCIENCIA () SONAMBULISMO ()

FUNCIONES AFECTIVAS:

AFECTIVIDAD: NORMAL () HIPOTIMIA () HIPERTIMIA () ATIMIA () ANHEDONIA () DISTIMIA () ALEXITIMIA () TENACIDAD AFECTIVA () LABILIDAD AFECTIVA () INCONTINENCIA AFECTIVA () CATATIMIA () PERPLEJIDAD () NEOTIMIAS () AMBIVALENCIA AFECTIVA () EUFORIA () DISFORIA () ANSIEDAD () ANGUSTIA () INDIFERENCIA AFECTIVA () DEPRESIÓN () INCONGRUENCIA AFECTIVA ()

FUNCIONES CONATIVAS:

VOLUNTAD: NORMAL (X) HIPERBULIA () HIPOBULIA () NORMOBULIA () ABULIA ()
) NEGATIVISMO () OBEDIENCIA AUTOMÁTICA () SUGESTIONABILIDAD ()
AMBIVALENCIA VOLITIVA () ATAXIA () ABULIA EJECUTIVA () IMPULSOS
PATOLÓGICOS O IMPULSIONES () ANOREXIA () BULIMIA () COPROFAGIA ()
PICA () ALGOFILIA () PUSILAMINIDAD () AUTOMUTILACIÓN () SUICIDIO ()
HOMICIDIO () RETRAIMIENTO () CLEPTOMANÍA () PRIOMANÍA () DIPSOMANÍA
() COMPULSIONES ()

PSICOMOTRICIDAD: NORMAL () AGITACIÓN (X) TICS () CONVULSION ()
ESTEREOTIPIAS () TEMBLOR () ENLENTECIMIENTO PSICOMOTRIZ O HIPOKINESIA
() AKINESIA () HIPERKINESIA () APRAXIA () ECOPRAXIA () AMANERAMIENTO
() INTERCEPTACIÓN CINÉTICA () NEGATIVISMO () FLEXIBILIDAD CÉREA ()

HÁBITOS: CONSERVADOS: SI (X) NO () INSOMNIO () HIPERSOMNIO () TERRORES
NOCTURNOS () TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, DE LA LIMPIEZA Y LOS
HÁBITOS SEXUALES

INSTINTOS: CONSERVADOS: SI (X) NO ()

LENGUAJE: NORMAL (X) DISLALIA () DISFEMIA () DISFONÍA () COHERENTE ()
AFASIA SENSORIAL () INCOHERENTE () TARTAMUDEO () AFASIA MOTORA ()
DISARTRIA () DISLALIA () TAQUILALIA () BRADILALIA () MUTISMO ()
NEOLOGISMO () MUSITACIONES Y MONÓLOGOS () ECOLALIA ()
VERBIGERACIÓN () DISFEMIAS O ESPASMOFEMIAS ()

25.-LENGUAJE

26.-PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

27.-DIAGNÓSTICOS:

DIAGNÓSTICO FENOMÉNICO:

DIAGNÓSTICO DINÁMICO:

DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL:

28.-PRONOSTICO

FIRMA

ANEXO 2 (Inventario De Pensamientos Automáticos)

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991) ¹

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

Nunca pienso en eso	Algunas veces lo pienso	Bastante veces lo pienso	Con mucha frecuencia lo pienso
0	1	2	3

1	No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0	1	2	3
2	Solamente me pasan cosas malas	0	1	2	3
3	Todo lo que hago me sale mal.	0	1	2	3
4	Sé que piensan mal de mi	0	1	2	3
5	¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0	1	2	3
6	Soy inferior a la gente en casi todo	0	1	2	3
7	Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	0	1	2	3
8	!No hay derecho a que me traten así	0	1	2	3
9	Si me siento triste es porque soy un enfermo mental.	0	1	2	3
10	Mis problemas dependen de los que me rodean	0	1	2	3
11	Soy un desastre como persona	0	1	2	3
12	Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0	1	2	3
13	Debería de estar bien y no tener estos problemas	0	1	2	3
14	Sé que tengo la razón y no me entienden	0	1	2	3
15	Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	0	1	2	3
16	Es horrible que me pase esto	0	1	2	3
17	Mi vida es un continuo fracaso	0	1	2	3
18	Siempre tendré este problema	0	1	2	3
19	Sé que me están mintiendo y engañando	0	1	2	3
20	¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0	1	2	3
21	Soy superior a la gente en casi todo	0	1	2	3
22	Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0	1	2	3
23	Si me quisieran de verdad no me tratarían así.	0	1	2	3
24	Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo	0	1	2	3
25	Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	0	1	2	3
26	Alguien que conozco es un imbécil	0	1	2	3
27	Otros tiene la culpa de lo que me pasa	0	1	2	3
28	No debería de cometer estos errores	0	1	2	3
29	No quiere reconocer que estoy en lo cierto	0	1	2	3
30	Ya vendrán mejores tiempos	0	1	2	3
31	Es insoportable, no puedo aguantar más	0	1	2	3
32	Soy incompetente e inútil	0	1	2	3
33	Nunca podré salir de esta situación	0	1	2	3
34	Quieren hacerme daño	0	1	2	3
35	¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	0	1	2	3
36	La gente hace las cosas mejor que yo	0	1	2	3
37	Soy una víctima de mis circunstancias	0	1	2	3
38	No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	0	1	2	3
39	Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	0	1	2	3
40	Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0	1	2	3
41	Soy un neurótico	0	1	2	3
42	Lo que me pasa es un castigo que merezco	0	1	2	3
43	Debería recibir mas atención y cariño de otros	0	1	2	3
44	Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	0	1	2	3
45	Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0	1	2	3

Claves de corrección:

TIPO DE DISTORSION	PREGUNTAS	PUNTUACION TOTAL
FILTRAJE	1-16-31	()
PENSAMIENTO POLARIZADO	2-17-32	()
SOBREGENERALIZACION	3-18-33	()
INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO	4-19-34	()
VISION CATASTROFICA	5-20-35	()
PERSONALIZACION	6-21-36	()
FALACIA DE CONTROL	7-22-37	()
FALACIA DE JUSTICIA	8-23-38	()
RAZONAMIENTO EMOCIONAL	9-24-39	()
FALACIA DE CAMBIO	10-25-40	()
ETIQUETAS GLOBALES	11-26-41	()
CULPABILIDAD	12-27-42	()
LOS DEBERIA	13-28-43	()
FALACIA DE RAZON	14-29-44	()
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	15-30-45	()

ANEXO 3 (Inventario de depresión de Beck)

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE:

FECHA:

DENTRO DE CADA GRUPO DE AFIRMACIONES ESCOGE UNA SOLA RESPUESTA; AQUELLA QUE MEJOR DEFINE CÓMO TE HAS SENTIDO EN LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUYENDO HOY.

1. Tristeza

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. Siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

- 0. No me siento fracasado.
- 1. He fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.

3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.

1. No disfruto de las cosas tanto como antes.

2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.

3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

0. No me siento especialmente culpable.

1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.

2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

0. No creo que esté siendo castigado.

1. Siento que quizás esté siendo castigado.

2. Espero ser castigado.

3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

0. No estoy descontento de mí mismo.

1. Estoy descontento de mí mismo.

2. Estoy a disgusto conmigo mismo.

3. Me detesto.

8. Autoacusación

0. No me considero peor que cualquier otro.
1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
4. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Ideas suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.
1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. He perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal

0. No creo tener peor aspecto que antes.
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.

1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

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

18. Pérdida de apetito

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

19. Pérdida de peso

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

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud.
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros,

2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.

3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas

21. Nivel de energía

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.

1. La relación sexual me atrae menos que antes.

2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.

3. He perdido totalmente el interés sexual.

NOMBRE:

FECHA:

CALIFICACION INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

1-10: Ausencia de depresión. Puede haber algunos altibajos, pero se consideran normales.

11-16: Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20: Estados de depresión intermitentes.

21-30: depresión moderada.

31-40: depresión grave

41 o más: Depresión extrema

Fotografía N° 1



Entrevista con la mamá de la paciente para la obtención de información en la anamnesis y demás datos importantes para la concreción del psicodiagnóstico.

Fotografía N° 2



Aplicación de uno de los reactivos psicométricos para la obtención del diagnóstico.

Fotografía N° 3



Desarrollo de una de las actividades dentro de las sesiones del plan terapéutico junto con el paciente.