

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE**  
**LA COMUNICACIÓN**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**"PROGRAMA DE MINDFULNESS "AULAS FELICES" APLICADO A  
ESTUDIANTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON  
HIPERACTIVIDAD - TDAH"**

**Tesis presentada por los bachilleres:**

**Yasmin Inés Espino Tapia  
Luis Miguel Yerba Vilca**

**Para optar el título profesional de Psicólogo (a)**

**Asesor:**

**Ps. Guillermo Villasante Benavides**

**Arequipa - Perú**

**2019**

## Dedicatoria

A mi Dios, por ser mi imagen perfecta de amor y acompañamiento.

A ti madre, por ser mis alas y hermano por ser viento para llegar a mis sueños.

A ustedes hermanos por su soporte, impulso, protección y optimismo, ustedes mi familia son lo más importante y mi gratitud está siempre con ustedes, porque no terminemos de soñar.

Yasmin Inés Espino Tapia

A mi familia, que amo tanto, y especialmente a mi madre y a mi padre, que en mi corazón me acompañan siempre; a mis tíos por todo su apoyo en todo este tiempo y darles mi gratitud por siempre confiar en mí.

A mi abuelo, que supo bien, ser como un segundo padre para mí, "los molinos son gigantes que hay que derrotar"...

A mi abuela, que es como una madre para mí.

Luis Miguel Yerba Vilca

## **Agradecimientos**

A nuestros queridos estudiantes, que fueron parte importante de este trabajo.

A la institución educativa Víctor García Hoz por facilitarnos los medios para la ejecución de esta investigación.

Yasmin Inés Espino Tapia

Luis Miguel Yerba Vilca

## Resumen

Se planteó determinar si existiría mejoría en los síntomas de inatención después de aplicar el Programa de Mindfulness ``Aulas Felices`` a niños diagnosticados con TDAH. Los once participantes fueron de 9 a 12 años, varones procedentes en su mayoría de familias monoparentales de un colegio particular. El diseño fue cuasi-experimental con pre y post test. Se utilizó una ficha demográfica, la Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (EDAH) y la Evaluación de Mindfulness para Niños y Adolescentes (CAMM). Se demostró que los síntomas de hiperactividad/impulsividad y déficit de atención disminuyeron, con significancia estadística, después de la aplicación del programa. Se mejoró significativamente la experiencia mindfulness de los participantes.

**Palabras Clave:** Mindfulness, hiperactividad, déficit de atención, diagnóstico.

## **Abstract**

The general objective of this research was to evaluate the effectiveness of the mindfulness program "Happy Classrooms" in the improvement of the symptoms of inattention, applied to children with ADHD, from 9 to 12 years old, boys from mono-parental middle-class families and private school. A Quasi-Experimental design research study was carried out with pretest and posttest. Was used the “Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (EDAH)” and, “La Evaluación de Mindfulness para Niños y Adolescentes (CAMM)” and the Demographic Card. According to the chi-square test, it was shown that the symptoms of hyperactivity/impulsivity and attention deficit decreased, presented statistical difference, after the application of the program demonstrating in this way the effectiveness of the program.

**Keywords:** Mindfulness, hyperactivity, attention deficit, diagnostic.

## Índice

<b>Dedicatoria.....</b>	i
<b>Agradecimientos.....</b>	ii
<b>Resumen.....</b>	iii
<b>Abstract.....</b>	iv
<b>Índice .....</b>	v
<b>Introducción .....</b>	ix

## Capítulo I

### Problema de estudio

<b>1. Planteamiento del problema .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Objetivos .....</b>	<b>3</b>
A. Objetivo general.....	3
B. Objetivos secundarios.....	3
<b>3. Hipótesis.....</b>	<b>4</b>
<b>4. Importancia del estudio.....</b>	<b>4</b>
A. Antecedentes nacionales .....	4
B. Antecedentes internacionales .....	5
<b>5. Limitaciones del estudio .....</b>	<b>6</b>
<b>6. Definición de términos .....</b>	<b>6</b>
<b>7. Variables .....</b>	<b>7</b>
<b>8. Definición operacional .....</b>	<b>7</b>

## Capítulo II

### Revisión de la literatura

1.	<b>Trastorno de la atención e hiperactividad .....</b>	<b>9</b>
A.	<b>Definición del trastorno por déficit de atención/hiperactividad .....</b>	<b>9</b>
B.	<b>Datos históricos.....</b>	<b>10</b>
C.	<b>Características de TDAH en el DSM-5 .....</b>	<b>12</b>
a)	<b>Trastornos del neurodesarrollo .....</b>	<b>12</b>
b)	<b>Trastorno por déficit de atención/hiperactividad.....</b>	<b>12</b>
c)	<b>Inatención .....</b>	<b>13</b>
d)	<b>Hiperactividad/Impulsividad .....</b>	<b>13</b>
D.	<b>Características básicas del TDAH en ICD 10.....</b>	<b>15</b>
E.	<b>Características básicas del TDAH en CIE 11 .....</b>	<b>16</b>
F.	<b>TDAH y neuropsicología.....</b>	<b>17</b>
G.	<b>Comorbilidad en el TDAH .....</b>	<b>18</b>
H.	<b>Estrategias de tratamiento .....</b>	<b>19</b>
2.	<b>Mindfulness .....</b>	<b>21</b>
A.	<b>Origen del mindfulness .....</b>	<b>21</b>
B.	<b>Mindfulness en la psicología .....</b>	<b>22</b>
C.	<b>Componentes del mindfulness.....</b>	<b>22</b>
D.	<b>Utilidad del mindfulness .....</b>	<b>24</b>
E.	<b>Mindfulness y neuropsicología .....</b>	<b>25</b>
F.	<b>Mindfulness y Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) .....</b>	<b>27</b>

**Capítulo III****Metodología**

<b>1.</b> <b>Diseño de estudio.....</b>	<b>30</b>
<b>2.</b> <b>Población y muestra.....</b>	<b>30</b>
A. <b>Población.....</b>	<b>30</b>
B. <b>Muestra .....</b>	<b>30</b>
<b>3.</b> <b>Instrumentos.....</b>	<b>31</b>
A. <b>Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención/</b>	
<b>Hiperactividad (EDAH).....</b>	<b>31</b>
B. <b>Evaluación de Mindfulness para Niños y Adolescentes (CAMM, sigla del</b>	
<b>inglés) .....</b>	<b>33</b>
C. <b>Ficha demográfica.....</b>	<b>35</b>
D. <b>Programa de mindfulness Aulas Felices .....</b>	<b>36</b>
<b>4.</b> <b>Procedimiento.....</b>	<b>38</b>
A. <b>Proceso de recolección de datos .....</b>	<b>39</b>
B. <b>Análisis de datos.....</b>	<b>39</b>

**Capítulo IV****Resultados**

<b>Discusión .....</b>	<b>46</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>49</b>
<b>Recomendaciones .....</b>	<b>50</b>
<b>Referencias</b>	
<b>Apéndice</b>	

**Lista de tablas**

<b>Tabla 1: Edades de los Participantes con TDAH .....</b>	<b>40</b>
<b>Tabla 2: Características Demográficas de los Participantes.....</b>	<b>41</b>
<b>Tabla 3: Experiencia de Mindfulness (CAMM) Antes y Despues de Aplicar el Programa</b>	
.....	42
<b>Tabla 4: Hiperactividad/Impulsividad Antes y Despues de Aplicación del Programa ...</b>	<b>43</b>
<b>Tabla 5: Déficit de Atención Antes y Despues de Aplicación del Programa .....</b>	<b>44</b>
<b>Tabla 6: Hiperactividad/Impulsividad y Déficit de Atención Antes y Despues de</b>	
<b>Aplicación del Programa .....</b>	<b>45</b>

## Introducción

Desde 1980 se vienen desarrollando las llamadas terapias de tercera generación, estas nuevas terapias tienen en cuenta el contexto y las funciones de los fenómenos psicológicos más que su forma, usan estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006); de ahí que los Programas de Mindfulness se presenten como una herramienta de apoyo que beneficia a mejorar el desenvolvimiento a nivel personal y social.

La presente investigación tiene como propósito principal evaluar la efectividad del programa mindfulness “Aulas Felices” en la mejoría de los síntomas de inatención, aplicado a niños de 9 a 12 años de educación primaria que presentan trastorno por déficit de atención/hiperactividad-TDAH.

El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad-TDAH es un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la edad infantil y es una de las razones más comunes por las cuales los niños en edad escolar son referidos a la consulta psicológica, pediátrica, neurológica, y psiquiátrica. Se caracteriza por un déficit de atención y dificultades de concentración, que puede cursar con hiperactividad e impulsividad. Además suele causar efectos negativos en el ámbito escolar, familiar y social (Mariño, Sanz, y Fernández, 2017).

El Mindfulness (Vásquez-Dextre, 2016); se considera un constructo, una práctica y un proceso psicológico; como un constructo, se refiere a la experiencia del momento presente que se relaciona con otros constructos como conciencia reflexiva o metacognición; como una práctica, esta permite entrenar a las personas a identificar sus emociones, sensaciones y pensamientos permanentemente sacándolas del prejuicio y juzgamiento, y como proceso psicológico, el mindfulness, posibilita que la atención se focalice en lo que hacemos o sentimos para lograr pasar de las reacciones automáticas o inconscientes de la mente a las

respuestas controladas y conscientes. La práctica de mindfulness ha sido motivo de diversos estudios que confirman científicamente sus beneficios.

En nuestro medio no se han hallado estudios relacionados con la aplicación de programas de mindfulness y algún tipo de patología en la niñez, menos aún investigaciones que relacionen aplicación de programas de mindfulness en niños o estudiantes con trastorno de la atención e hiperactividad. En otros países y/o contextos ya se están efectuando estudios relacionados con la aplicación de programas basados en los conceptos de mindfulness y trastornos de la atención e hiperactividad, encontrado que los síntomas del déficit de atención/hiperactividad de los niños se redujeron significativamente después del entrenamiento, en otros estudios se evidenció una mejora en la ejecución de tareas en clase y una mejoría considerable en el manejo de la impulsividad. En adolescentes con TDAH entre 11 y 15 años se evidenció una reducción en los problemas de atención, en la internalización y externalización de problemas y mejoras en las funciones ejecutivas.

La práctica de mindfulness puede activar y fortalecer el funcionamiento de diversas regiones cerebrales, especialmente la corteza prefrontal que se encarga de la integración de la conducta humana, lo cual termina provocando cambios morfológicos, por un periodo duradero, tanto en la corteza cerebral como en los hábitos mentales de las personas (Simón, 2007, citado por Vásquez-Dextre, 2016) o los trabajos de Siegel (2010) y Davidson (2011, citados por Vásquez-Dextre, 2016) quienes lograron, a nivel cerebral, mejorar la sensación de compasión y de empatía de sus participantes.

En cuanto al aspecto metodológico, esta investigación tiene un diseño Quasi-Experimental con pretest y postest, la muestra es no probabilística o dirigida, para la recolección de datos se utilizaron una Ficha Demográfica, la Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad (EDAH) y la Evaluación de Mindfulness para Niños y Adolescentes (CAMM, sigla del inglés), estos dos últimos se aplicaron tanto en

el pre y post test; y el programa mindfulness “Aulas Felices” que consta de 36 sesiones. El tratamiento de datos fue no paramétrico, a través de la prueba chi cuadrado.

La presente investigación se divide en cuatro capítulos.

El Capítulo I, Problema de estudio, abarca el planteamiento del problema, los objetivos, tanto el objetivo general y los objetivos secundarios, además veremos la hipótesis, la importancia de este estudio, las limitaciones que se tienen, la definición de términos, las variables y la definición operacional.

En cuanto al Capítulo II, Revisión de la literatura, se hace una consignación significativa de los temas de Trastorno de la Atención e Hiperactividad- TDAH y del Mindfulness, ahondando en su concepto, bases teóricas y científicas, y su relación con la psicología.

El Capítulo III, Metodología, está destinado a mostrar el diseño del estudio, las características de la población y la muestra, además se describen los instrumentos utilizados en esta investigación. También se hace mención del procedimiento para la ejecución de este trabajo y, finaliza con la descripción del procesamiento y análisis de los datos.

Con respecto al Capítulo IV, en este último capítulo, se muestran los resultados, la discusión, las conclusiones y las recomendaciones.

## **Capítulo I**

### **Problema de estudio**

#### **1. Planteamiento del problema**

Hoy en día, el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más comunes y con mayor aumento en el mundo, son los casos más frecuentes de la consulta psicológica, pediátrica, neurológica, y psiquiátrica. Se caracteriza por un déficit de atención y dificultades de concentración, que puede cursar con hiperactividad e impulsividad. Este trastorno suele causar efectos negativos en el ámbito escolar, familiar y social (Mariño, Sanz, y Fernández, 2017). Los niños con esta condición suelen interferir la actividad docente, les cuesta terminar su trabajo e interrumpen la actividad de sus pares, contestan antes de que se les termine de formular una pregunta o presentan una impulsividad desmedida.

Los niños, sobre todo los de las primeras etapas del desarrollo, son activos, con gran despliegue de energía y es común que niños, especialmente los pequeños, sean activos, con mucha energía y exuberantes en sus conductas, pero en ocasiones despliegan de manera continua niveles de *actividad* que claramente van más allá de lo usual en los niños de su grupo de edad, no logran mantener la *atención* esperada para cumplir con algunas actividades o tareas, sobre todo si no son interesantes para ellos, sin embargo estas son realizadas por sus pares sin mayores dificultades de atención; o cuando el control de sus *impulsos* o su autorregulación está por debajo de lo que se espera para los de su edad, ellos posiblemente tengan alguna dificultad que debe ser estudiada o analizada con minuciosidad.

Los estudiantes que asisten a una institución educativa y son altamente activos, desatentos, e impulsivos, serán menos capaces que sus compañeros para enfrentar adecuadamente las exigencias del aprendizaje y la convivencia con sus pares, estos

experimentan con frecuencia críticas y castigos de parte de los docentes a su cargo y aislamiento y rechazo social de sus compañeros. Es posible que sean diagnosticados de trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH).

Una vez diagnosticados con TDAH los tratamientos prevalentes son el uso de medicinas altamente reguladas y de alto costo o la combinación de fármacos y terapia conductual cognitiva, no obstante, ambos tratamientos presentan ciertas limitaciones (Van der Oord, Bogels y Peijnenburg, 2012). En el caso de la terapia cognitivo-conductual, los efectos positivos presentan una baja generalización y son limitados a largo plazo. La medicación tiene efectos positivos sólo a corto plazo, además de que entre un 10% y un 20% de los niños con TDAH no responden positivamente (Greenhill, Halperin y Abikoff, 1999), la adherencia al tratamiento en la adolescencia es baja y puede presentar serios efectos secundarios (Faraone, 2003). Por la cronicidad y las graves interferencias que puede causar en la vida personal, social y familiar, la intervención del TDAH se ha convertido en un problema de salud pública que requiere la búsqueda de nuevos tratamientos que junto a los ya existentes, puedan obtener mejores resultados para quienes padecen de este trastorno.

Desde los años 80 se vienen desarrollando lo que se ha denominado terapias de tercera generación. Estas nuevas terapias tienen en cuenta el contexto y las funciones de los fenómenos psicológicos más que su forma, usan estrategias de cambio basadas en la experiencia y el contexto (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006).

De esta manera es que los Programas de Mindfulness se presentan como una herramienta de apoyo que beneficia a los niños para mejorar su desenvolvimiento a nivel personal y escolar. Estudios realizados en niños con TDAH tras realizar un programa de mindfulness, encontraron que los síntomas del trastorno se redujeron significativamente después del entrenamiento. Los beneficios que trae esta práctica son: mejorar la concentración, la atención, la memoria de trabajo, la capacidad de darse cuenta o ser

consciente, la capacidad de manejar las emociones, el autocontrol, la empatía y la comprensión hacia los demás, la autoestima, el rendimiento académico y el sueño (Ruiz, 2017).

Por todo lo anteriormente expuesto, esta investigación puso a prueba la efectividad de un programa de mindfulness en niños de 9 a 12 años con trastorno por déficit de atención e hiperactividad que cursaban cuarto, quinto y sexto año de primaria; en pos de la mejora de sus síntomas de inatención, utilizando como base y referencia el programa mindfulness “Aulas Felices”.

## **2. Objetivos**

### **A. Objetivo general**

Evaluar la efectividad del programa de mindfulness “Aulas Felices” en la mejoría de los síntomas de inatención, aplicado a niños de 9 a 12 años con trastorno por déficit de atención/hiperactividad de la Institución Educativa Particular “Víctor García Hoz”.

### **B. Objetivos secundarios**

- Determinar si existen diferencias en los síntomas de inatención después de haber aplicado el programa mindfulness “Aulas Felices” en los estudiantes con trastorno por déficit de atención/hiperactividad de la Institución Educativa Particular “Víctor García Hoz”.
- Establecer si existen diferencias en los niveles de mindfulness antes y después de aplicar el programa de mindfulness “Aulas Felices” a niños de 9 a 12 años con

trastorno por déficit de atención/hiperactividad de la Institución Educativa Particular “Víctor García Hoz”.

- Registrar las características demográficas de los estudiantes con trastorno por déficit de atención/hiperactividad de la Institución Educativa Particular “Víctor García Hoz”.

### **3. Hipótesis**

***H<sub>i</sub>:*** Los síntomas de inatención mejoran después de haber aplicado el programa de mindfulness “Aulas Felices” a niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad de 9 a 12 años del nivel primario de la Institución Educativa Particular Víctor García Hoz.

***H<sub>0</sub>:*** No mejoran los síntomas de inatención después de haber aplicado el programa de mindfulness “Aulas Felices” a niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad de 9 a 12 años del nivel primario de la Institución Educativa Particular Víctor García Hoz.

### **4. Importancia del estudio**

#### **A. Antecedentes nacionales**

No se ha encontrado en nuestro medio ningún estudio relacionado con la aplicación de programas basados en el concepto de mindfulness y algún tipo de patología en la niñez, menos aún investigaciones que relacionen aplicación de programas de mindfulness en niños o estudiantes con trastorno por déficit de la atención e hiperactividad.

## B. Antecedentes internacionales

En otros países y/o contextos ya se están efectuando estudios relacionados con la aplicación de programas basados en los conceptos de mindfulness y trastornos de la atención e hiperactividad, así, por ejemplo, Van der Oord y cols., (2012) evaluaron la efectividad de un entrenamiento en mindfulness durante 8 semanas con una muestra de niños de entre 9 y 12 años con trastorno por déficit de atención/hiperactividad, encontrado que los síntomas del déficit de atención/hiperactividad de los niños se redujeron significativamente después del entrenamiento. Los investigadores señalan que redujeron el tiempo de la duración del programa debido a las dificultades de concentración en estos niños. De manera semejante, Carboni, Roach y Fredrick (2013) realizaron un estudio con 4 niños de 8 años que recibían medicación por TDAH, aplicando sesiones de 30 a 45 minutos 2 veces por semana fuera de clase. Hallaron que se redujeron los síntomas de hiperactividad y se evidenció una mejora de la ejecución de tareas en clase. Van de Weijer-Bergsma, Formsma, Bruin y Bögels (2012) con la aplicación de un programa de mindfulness en adolescentes con TDAH entre 11 y 15 años evidenciaron una reducción en los problemas de atención, en la internalización y externalización de problemas y mejoras en las funciones ejecutivas.

Por su parte Lo, Wong, S., Wong, J., Wong, S. W. y Yeung (2016) aplicaron un programa de 8 semanas de duración a 120 niños con TDAH y lograron que los niños redujeran los síntomas de hiperactividad y déficit de atención en comparación con el grupo control. Adicionalmente se ha encontrado que el entrenamiento de mindfulness permite una mejoría considerable en el manejo de la impulsividad.

Llama la atención, que la práctica de mindfulness pueda activar y fortalecer el funcionamiento de diversas regiones cerebrales, especialmente la corteza prefrontal que se encarga de la integración de la conducta humana, lo cual termina provocando cambios

morfológicos, por un periodo duradero, tanto en la corteza cerebral como en los hábitos mentales de las personas (Simón, 2007, citado por Vásquez-Dextre, 2016). Los trabajos de Siegel (2010) y Davidson (2011, citados por Vásquez-Dextre, 2016) lograron evidenciar, a nivel cerebral, mejora de la sensación de compasión y de empatía de sus participantes.

Es factible llevar a cabo investigaciones similares en nuestro medio; a su vez el impacto que generen ampliarán el conocimiento de la utilidad de estas técnicas y podrán ser utilizadas en beneficio de quienes las requieran.

## **5. Limitaciones del estudio**

Una limitante de este estudio fue no contar con un grupo control con el cual poder comparar los resultados después de haber aplicado el programa midfulness ``Aulas Felices``. Otra limitante fue el hecho de no contar con estudiantes mujeres que formen parte de la muestra, esto impide realizar comparaciones de los resultados tomando en cuenta el sexo del participante.

## **6. Definición de términos**

***Mindfulness:*** Es el esfuerzo por centrarse en el momento presente de forma activa y reflexiva, vivir lo que acontece en el momento actual frente a la irreabilidad, el soñar despierto (Vallejo-Pareja, 2007).

***Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH):*** Es un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la edad infantil y que afecta entre un 3-7% de los niños en edad escolar. Se caracteriza por un nivel de impulsividad, actividad y atención no adecuadas a la edad de desarrollo (DSM-5, 2013).

**Atención:** Es el mecanismo de acceso para llevar a cabo cualquier actividad mental, la antesala de la cognición, y funciona como un sistema de filtro capaz de seleccionar, priorizar, procesar y supervisar informaciones (Portellano y García, 2014).

## 7. Variables

**Variable independiente (VI):** Programa de Mindfulness ``Aulas Felices``

**Variable dependiente (VD) :** Síntomas de inatención

## 8. Definición operacional

**VI: Programa Mindfulness ``Aulas Felices``:** Conjunto de actividades secuenciadas y temporalizadas que busca la atención plena, conciencia y calma que permite vivenciar el momento presente y hacer las adaptaciones y modificaciones necesarias para desenvolverse mejor en el aula.

**VD: Síntomas de inatención:** Fallas en el sistema de filtro capaz de seleccionar, priorizar, procesar y supervisar informaciones por lo que el niño manifiesta inquietud motora, molesta a otros niños, actúa con impulsividad, se distrae y muestra irritabilidad que influencia en su desenvolvimiento en el aula (Portellano y García, 2014).

Variable independiente	Dimensiones		Indicadores	Índices	Valores	Nivel de medición
Programa Mindfulness ``Aulas Felices``	Nivel de Experiencia de Mindfulness	Facetas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptar sin juicio</li> <li>• Observación</li> <li>• Actuar con conciencia</li> </ul>	Nunca Casi Nunca A menudo Casi siempre Siempre	1 2 3 4 5	Razón
Variable dependiente	Dimensiones		Indicadores	Índices	Valores	Nivel de medición
Síntomas de Inatención	Los principales síntomas de inatención en el TDAH		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquietud motora;</li> <li>• Malas relaciones con otros niños;</li> <li>• Impulsividad e irritabilidad,</li> <li>• Distracción.</li> </ul>	Nada Poco Bastante Mucho	0 1 2 3	Razón

## Capítulo II

### Revisión de la literatura

#### 1. Trastorno de la atención e hiperactividad

##### A. Definición del trastorno por déficit de atención/hiperactividad

Los desórdenes o desórdenes por déficit de la atención (ADHD-siglas en inglés) con o sin hiperactividad se consideran un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la edad infantil y que son una de las más comunes razones por las cuales los niños en edad escolar son referidos a la consulta psicológica, pediátrica, neurológica, y psiquiátrica.

Es común que niños, especialmente los pequeños, sean activos, con mucha energía y exuberantes en sus manifestaciones, pero cuando los niños despliegan persistentemente *niveles de actividad* que están exageradamente lejos de la actividad de su grupo de edad; cuando ellos son incapaces de mantener su *atención* interés; o la adecuada *persistencia* para alcanzar sus objetivos; realizar sus actividades o tareas asignadas como sus pares; o cuando el *control de sus impulsos* o autorregulaciones están muy por debajo de las expectativas de su nivel de desarrollo; ellos no están simplemente expresando las vibrantes características de su edad.

Niños altamente activos, desatentos, e impulsivos, se encontrarán a sí mismos menos capaces que sus pares para enfrentar exitosamente hacia el desarrollo de su autorregulación, tareas del presente y del futuro. Ellos experimentarán frecuentemente críticas, castigo, aislamiento y rechazo social.

Niños que son excesivamente activos, incapaces de mantener la atención y poseen un deficiente control de sus impulsos al grado de que su nivel de desarrollo es atípico para su grupo de edad, son clínicamente diagnosticados con desorden por déficit de la atención/hiperactividad (TDAH o ADHD por sus siglas en inglés).

## B. Datos históricos

En 1902 Still describe a un grupo de niños que fueron atendidos en su práctica clínica y que por sus características podrían ser diagnosticados en el presente como niños con desorden de la atención/hiperactividad. Exhibían deficiente atención, frecuentes reacciones emocionales, conductas agresivas, a veces desafiantes, con marcada resistencia a seguir reglas o disciplina. Posteriormente, entre 1937 y 1941 Bradley (1977, citado por Barkley, 1990) describe los efectos positivos de drogas estimulantes en niños con problemas de conducta, muchos de los cuales probablemente tuvieron trastornos de la atención.

Muchos de los estudiosos de las anomalías infantiles, en la segunda guerra mundial emigran a los Estados Unidos e inician un periodo fecundo de investigación de la psicopatología infantil, uno de los trabajos más importantes fue el de Strauss y Lehtinen (1947) y más tarde la revisión de Lehtinen, Kephart y Strauss (1955) quienes describen claramente las características de la hiperactividad: pobre periodo de atención, impulsividad y distraibilidad, como consecuencias de problemas neurológicos (Douglas, 2005).

A pesar de la aceptación entre clínicos e investigadores de que esta condición tendría base neurológica, en la segunda edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM II, 1974) estos trastornos aparecen como *reacciones* y el síndrome de Hiperactividad infantil es denominado *reacción hiperkinética infantil*, por la todavía muy fuerte influencia de la corriente psicoanalítica, especificando de que si las manifestaciones fueran causadas por daño cerebral deberían ser diagnosticadas como síndrome orgánico cerebral no-psicótico, criterio similar al usado por la CIE 10 (1992).

En la década del 60, el desorden hiperactivo (hiperkinético o hipercinético) es aceptado en la comunidad científica como una manifestación de daño cerebral, siendo el

término preferido *daño cerebral mínimo* y más tarde, después de severas críticas de los neurólogos infantiles como *disfunción cerebral mínima* (Barkley, 1990). Por esta época se diferenciaba entre actividad motora y actividad sensorial, pero siempre como resultados de compromiso orgánico cerebral, pero el diagnóstico se hizo epidémico y sin criterios totalmente uniformes.

En la década de los 70s, se hicieron intensas las críticas de los investigadores sociales y de educación y, se efectuó un cambio de interés de la hiperactividad hacia los problemas de atención y, Douglas a fines de los 70's e inicios de los 80's presenta un artículo decisivo donde propone cambiar el foco en los problemas de hiperactividad por el foco en los problemas de *atención*.

La mayor atención en los problemas de atención se ve reflejada en la clasificación DSM III (1980) en la que denomina al trastorno como Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, dejando de lado claramente la influencia psicoanalítica, distinguiéndose dos subtipos, el de trastorno de la atención con hiperactividad y el trastorno de la atención sin hiperactividad.

Como la investigación sobre el segundo subtipo no era abundante, posteriormente cuando sale la DSM III-R (1987) se considera que no existen razones suficientes para mantener los subtipos de TDA con o sin Hiperactividad y se renombra como Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad, mencionándose que el subtipo sin hiperactividad carecía de suficiente investigación para ser considerado, colocándose en sección separada el llamado *desorden por déficit de atención indiferenciado*.

Si bien en la DSM III (1980) se reconocían el subtipo de trastorno de la atención con hiperactividad y el subtipo sin hiperactividad que fue eliminado en la DSM III-R. Su planteamiento permitió el desarrollo de numerosa investigación que años más tarde haría se acepte la existencia de los dos subtipos.

Así, en la DSM IV (1994) se retoma el concepto de la DSM-III (1980) y considera el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad" (TDAH) con dos grandes grupos de características diagnósticas: los trastornos de la atención y los trastornos de hiperactividad e impulsividad, estos últimos considerados como una sola dimensión a pesar de ser dos diferentes.

Cuando surge la DSM IV T-R (2000) se ratifica la conceptualización de trastorno de la atención con o sin hiperactividad.

En el 2013 aparece la última clasificación de la Asociación Americana y se publica en la DSM-5 el Trastorno por Déficit de Atención como la conceptualización de los trastornos de la atención/hiperactividad y se le incluye en el apartado Trastornos del neurodesarrollo.

### **C. Características de TDAH en el DSM-5**

#### **a) Trastornos del neurodesarrollo**

Discapacidad Intelectual (F70,...)

Desordenes de la Comunicación (F80.2,...)

Desorden del Espectro Autista (F84.0)

Desorden por Déficit de Atención/hiperactividad (F90.2,...)

Desorden específico del aprendizaje (F81.0,...)

Desórdenes Motores (F82,...)

#### **b) Trastorno por déficit de atención/hiperactividad**

Seguidamente se presenta un resumen de las características señaladas en la DSM IV T-R y DSM-5.

- Un persistente patrón de inatención y/o hiperactividad/impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo.

**c) Inatención**

Seis o más de los siguientes síntomas de inatención deben persistir por lo menos seis meses en un grado que se considere mal adaptivo e inconsistente con el nivel del desarrollo y que afecte directamente el funcionamiento social y académico/laboral.

- A menudo no presta atención a detalles o comete faltas en la labor escolar, trabajo y otras actividades.
- A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego.
- A menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente.
- A menudo no sigue instrucciones, no logra terminar tareas, quehaceres domésticos o tiene dudas en su trabajo (no por oposición de conducta o por no entender las instrucciones).
- A menudo tiene dificultades de organización en tareas y actividades
- A menudo evita, disgusta, o se resiste a cumplir tareas que requieren de esfuerzo mental sostenido, tales como tareas escolares o de casa).
- A menudo pierde el material necesario para sus tareas o trabajos (lápiz, libros, borrador u otros elementos).
- A menudo se distrae fácilmente al menor estímulo.
- A menudo se olvida de las actividades diarias.

**d) Hiperactividad/Impulsividad**

Seis o más de los siguientes síntomas deben persistir por lo menos 6 meses en un grado que se considere mal adaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo.

- A menudo juega con las manos, o los pies, o se retuerce en el asiento.
- A menudo abandona el asiento en clase o en otras situaciones en que debería permanecer sentado.
- A menudo se mueve excesivamente alrededor, corretea, trepa en situaciones que no debe hacerlo (en adolescentes o adultos puede solo estar inquieto).
- A menudo tienen dificultades para ajustarse a actividades recreativas que exigen quietud.
- A menudo se comportan como si estuvieran dirigidos por un impulso motor.
- A menudo hablan excesivamente.
- A menudo responden inesperadamente, termina las expresiones de otros, no respeta su turno en las conversaciones.
- No espera su turno en la cola.
- A menudo interrumpen o molestan a otros (por ejemplo se entrometen en conversaciones o juegos de otros, usa cosas de otros, se inmiscuye o adelanta en lo que hacen otros).
- Algunos de estos síntomas que causan impedimentos ya estuvieron presentes antes de los 12 años.
- Varios de los síntomas se presentan en dos o más lugares (colegio-trabajo y casa).
- Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren la vida social, académica o laboral o disminuyen la calidad de los mismos.
- Los síntomas no se producen exclusivamente durante el transcurso de un trastorno severo del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (ansiedad, trastornos de personalidad, etc.).

Se debe especificar si existe la forma combinada, forma de inatención o forma de hiperactividad/impulsividad. Es recomendable especificar si el desorden es leve, moderado o severo.

#### **D. Características básicas del TDAH en ICD 10**

La ICD-10 (1992), incluye la categoría de desórdenes hiperkinéticos, aclarando que en años recientes el uso del término diagnóstico: Desórdenes por Déficit de Atención está siendo promocionado. Ello implica conocer los procesos psicológicos algo que todavía no está disponible, sin embargo aceptan que desde el punto de vista conductual, los problemas de inatención constituyen una característica central del síndrome hiperkinético.

- Se presenta usualmente en los primeros 5 años de vida.
- Retraso en la persistencia en actividades que requieren componente cognitivo.
- Tendencia a moverse de una actividad a otra sin haber completado alguna de ellas.
- Actividad excesiva, desorganizada y mal regulada.
- Usualmente los problemas persisten a través de los años escolares y aún dentro de la vida adulta, aunque muchos presentan un gradual mejoramiento en la actividad y atención.

Otras anormalidades asociadas pueden incluir:

- Temerario/impulsivo.
- Propenso a accidentes.
- Se ven envueltos en problemas disciplinarios porque actúan "sin pensar", no porque sea una conducta desafiante a las reglas.
- Relaciones con adultos suelen ser desinhibidas con carencia de reserva o cuidado.
- Impopulares con otros niños y pueden ser aislados.
- Impedimentos cognitivos son comunes.

- Frecuentes retrasos específicos en lenguaje y motricidad son frecuentes complicaciones secundarias.
- Conducta disociativa.
- Baja autoestima.

#### **E. Características básicas del TDAH en CIE 11**

Se han publicado en la internet avances de la CIE 11 (2018). Los criterios publicados son ahora semejantes a los de la DSM-5 (2013).

- Se denomina Trastorno por Déficit de Atención.
- Están incluidos dentro de la categoría trastornos del neurodesarrollo.
- Se requiere la presencia de un patrón de conducta continua con una duración al menos seis meses.
- Presencia de inatención.
- Hiperactividad.
- Que las conductas estén más allá de su edad de desarrollo y de su capacidad intelectual.
- Tenerse en cuenta que las conductas varían de acuerdo con la edad y capacidad intelectual.
- Que las manifestaciones hayan sido evidentes antes de los 12 años, aunque pueden existir manifestaciones tardías.
- Las conductas son manifiestas en diversos ambientes.
- Las manifestaciones no pueden ser explicadas por otros trastornos mentales o del comportamiento (ADDSpeaker, 2018; Orellana, 2017).

## F. TDAH y neuropsicología

Desde la neuropsicología, se evidencia que la manifestación de los síntomas del TDAH interfieren con las funciones ejecutivas del niño, estas son quienes se encargan de las funciones cognitivas superiores que integran, dirigen y supervisan el resto de las funciones cognitivas del cerebro (memoria, atención, percepción, etc.).

Las características del TDAH se deben a un desajuste del neurotransmisor dopamina encargado del funcionamiento cognitivo, regulación de la conducta, procesos del aprendizaje, sensaciones de placer en los actos de motivación junto con recompensa y que en su defecto causan una mala ejecución cognitiva - ejecutiva, provocando mal funcionamiento en áreas del cerebro del niño/a con TDAH (Vaquerizo, 2012).

También se ha relacionado el TDAH con una función inadecuada en los ganglios basales junto con el núcleo estriado, y especialmente una hipofunción, es decir, una disminución de la actividad, en la corteza cerebral prefrontal que es la encargada del funcionamiento ejecutivo.

Servera-Barceló, (2005), la mayoría de las hipótesis sobre la base anatómica del TDAH se han enfocado generalmente en el papel que desempeñan:

***La corteza prefrontal (CPF).*** Por su implicación en las funciones ejecutivas, un grupo de habilidades cognitivas de alto orden que incluyen inhibición de respuestas, organización temporal de la conducta, atención y concentración, flexibilidad comportamental, memoria de trabajo y organización de la información que son requisito para la solución de problemas.

***Corteza dorsolateral frontal y ventrolateral prefrontal.*** Debido a que estas regiones están implicadas en la vigilancia, atención selectiva y dividida, cambios en el foco atencional, planificación, control ejecutivo y memoria de trabajo.

***Corteza cingulada anterior dorsal (CCAD).*** Situada en la cara medial del lóbulo frontal, posee importantes conexiones con el CPDL (corteza prefrontal dorsolateral), corteza

parietal y el núcleo estriado. Esta juega un papel importante en procesos de alta demanda cognitiva, en la detección de objetivos, selección e inhibición de respuestas, detección de errores, monitorización de la conducta y motivación. De forma particular, en el TDAH, modula la toma de decisiones basada en la recompensa. De manera que una disfunción en CCAD podría condicionar todas las manifestaciones nucleares del TDAH, además de explicar la paradoja habitual que supone el poseer una adecuada capacidad exclusivamente para tareas motivadoras y no para otras más indiferenciadas.

**Ganglios basales.** Situados en la parte inferior de los hemisferios cerebrales, son integrantes de una serie de circuitos neuronales que intervienen en diferentes funciones cognitivas. Diversos estudios morfométricos han mostrado anomalías volumétricas en el caudado, que son motivo de debate, sobre todo respecto a su asimetría. También se han demostrado anomalías en el transporte dopaminérgico, especialmente en el estriado.

**Cerebelo.** Además de las funciones reguladoras del tono muscular y el movimiento, se reconoce la existencia de un síndrome cerebeloso cognitivo-afectivo y se han encontrado evidencias de su disfunción en el TDAH.

## **G. Comorbilidad en el TDAH**

En los contextos clínicos, los trastornos comórbidos son frecuentes en los individuos cuyos síntomas cumplen los criterios del TDAH. Entre la población general, el trastorno negativista desafiante es concurre con el TDAH en aproximadamente la mitad de los niños con presentación combinada y en cerca de una cuarta parte de los niños y adolescentes con presentación predominantemente inatenta (DSM-5, 2013). El trastorno de conducta aparece en aproximadamente una cuarta parte de los niños y los adolescentes con presentación combinada, dependiendo de la edad y el contexto (DSM-5, 2013).

La mayoría de los niños y los adolescentes con trastorno de desregulación disruptiva

del estado de ánimo tiene síntomas que también cumplen los criterios del TDAH; un menor porcentaje de niños con TDAH tiene síntomas que cumplen los criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (DSM-5, 2013). El trastorno específico del aprendizaje frecuentemente concurre con el TDAH. Los trastornos de ansiedad y el trastorno de depresión mayor ocurren en una minoría de individuos con el TDAH, aunque más frecuentemente que en la población general (DSM-5, 2013).

El trastorno explosivo intermitente ocurre en una minoría de adultos con TDAH, pero a niveles superiores de los que presenta la población general. No obstante los trastornos por consumo de sustancias son relativamente más frecuentes entre los adultos con TDAH que en el resto de la población, los trastornos están presentes solamente en una minoría de adultos con TDAH (DSM-5, 2013).

En los adultos, el trastorno de la personalidad antisocial y otros trastornos de la personalidad pueden concurrir con el TDAH.

Otros trastornos, que pueden concurrir con el TDAH, son: el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de tics y el trastorno del espectro autista.

## **H. Estrategias de tratamiento**

***Tratamiento farmacológico.*** La medicación estimulante es la estrategia prevalente en el tratamiento de TDAH, sus resultados positivos han sido continuamente estudiados en las áreas de conducta social, y rendimiento académico y cognitivo.

Los más salientes cambios en el área social parecen ser el decrecimiento de la conducta demandante, disruptiva, en no reclamar en la familia y en las relaciones con sus pares, aunque los resultados en esta última área no han sido tan halagadores como fue esperado. Algunos autores (Barkley, 1996) sugieren que es por la reputación que ya tienen

entre sus compañeros.

En el área de rendimiento académico cognitivo se ha observado en la conducta en clase y los períodos de atención. A pesar de los buenos resultados en los tests estandarizados el tema de rendimiento académico permanece controversial.

La gran pregunta es si la medicación mejora directamente el funcionamiento cognitivo o es que al mejorar la conducta, la motivación y las relaciones sociales, la mejoría en las funciones cognitivas es indirecta.

***Tratamientos no farmacológicos.*** Se ha intentado consejería y psicoterapia, pero las técnicas más exitosas y populares son las cognitivo conductuales. Estas técnicas han sido dirigidas a diversos ambientes como el hogar, la escuela e instituciones. Últimamente se ha hecho hincapié en que no solamente se debe usar reforzamiento sino costo de respuestas. Ante la pregunta cuál es más efectivo, el tratamiento farmacológico o el tratamiento no farmacológico, la respuesta, según Barkley (2003), es el farmacológico, pero cuando se compara tres estrategias: la farmacológica, la modificación de conducta, y la combinación de la farmacológica y modificación de la conducta es esta última la notoriamente más exitosa.

***Tercera generación de estrategias de tratamiento.*** En la década de los 90 comienzan a surgir lentamente una serie de aproximaciones terapéuticas, así se desarrolla la llamada *terapia conductual dialéctica*, fundamentalmente para trastornos de la personalidad límite, esta estrategia de terapia combina las estrategias conductuales con la aceptación basada en las filosofías budistas y zen, tratando de encontrar un equilibrio entre el cambio y la aceptación. La *terapia de aceptación y compromiso* también con enfoque conductual pero apoyado en el constructivismo social usando meditación y mindfulness y la *terapia mindfulness*, estrategia que a continuación se desarrolla con mayor detalle (Vásquez-Dextre, 2016).

## 2. Mindfulness

### A. Origen del mindfulness

El origen de mindfulness se remonta a la práctica del budismo hace más de 2500 años, el budismo es considerada como una doctrina filosófica y/o religiosa cuya esencia principal es la práctica de mindfulness, que puede ser considerada de múltiples maneras pero que en esencia es estar consciente del momento presente que vivimos.

Etimológicamente el término mindfulness es del idioma inglés que es la traducción de la antigua lengua Pali *Sati*, que en la terminología budista significa presente y que en la concepción psicológica podría ser mejor traducido como poner atención o tener conciencia del presente. En la doctrina budista se consideran ocho factores que llevan al cese del sufrimiento llamados *Noble Óctuple Sendero*, y el Sati es el séptimo factor (Culadasa, Immergut y Graves, 2015; Parra, Montañez, Montañez y Bartolomé, 2012).

Para Kabat-Zinn (2013) El mindfulness es una conciencia que presta atención real, continua e intencional sin hacer juzgamientos del momento presente que se vive, en una forma de meditación para regular nuestra atención y energía, que a su vez nos permite profundizarnos e influenciarnos en la cualidad de la experiencia que vivenciamos, con el propósito de ampliar nuestra humanidad y relaciones con los demás. Como en las diversas formas de meditación la respiración cumple un rol importante, sobre todo porque es el medio más adecuado para prestar atención al momento presente ya que se acompaña de nuestras sensaciones corporales. Técnicamente mindfulness es lo que emerge cuando, mediante la respiración, se presta atención intencionada y no crítica al momento presente de nuestras vidas.

La meditación puede ser considerada como un proceso a través del cual las personas son capaces de observar y ser consciente de lo que está sucediendo en todo momento en su

cuerpo y en su mente aceptando las experiencias que día a día vivencia, mindfulness es la base de las diversas formas de meditación derivadas de la tradición budista que sirven de sustento a diversos modelos de psicoterapia contemporáneos (Vásquez-Dextre, 2016).

## B. Mindfulness en la psicología

Mindfulness puede ser considerado como un constructo, como una práctica y como un proceso psicológico: (a) como un *constructo* que se refiere a la experiencia del momento presente que se relaciona con otros constructos como conciencia reflexiva o metacognición; (b) como una *práctica* mindfulness permite entrenar a las personas a identificar sus emociones, sensaciones y pensamientos permanentemente sacándolas del prejuicio y juzgamiento, así el terapeuta y el paciente admitan que cada uno de los pensamientos y emociones vivenciadas no sean evaluadas o juzgadas generalmente de manera ansiosa., y (c) como *proceso psicológico* del mindfulness posibilita que nuestra atención se focalice en lo que hacemos o sentimos para lograr pasar de las reacciones automáticas o inconscientes de la mente a las respuestas controladas y conscientes (Vásquez-Dextre, 2016); desde el punto de vista psicológico mindfulness es el estar plenamente consciente de las estimulación interna como externa aceptándolo como una realidad inevitable, en lo llamado aquí y ahora (Parra y cols., 2012). La psicología todavía no ha podido describir con exactitud el funcionamiento diario de la mente, sobre todo la naturaleza y leyes que controlan y gobiernan el funcionamiento mental y que frecuentemente la mente de un gran número de seres humanos contiene un elemento disfuncional (Mañas, 2009).

## C. Componentes del mindfulness

Los componentes de acuerdo con Vásquez-Dextre (2016), que se aceptan como parte del mindfulness y provienen del zen son: atención al momento presente, apertura a la

experiencia, aceptación, dejar pasar e inatención.

**Atención al momento presente.** En la práctica de mindfulness se trata de centrarse en las vivencias presentes, tratando de no focalizarse en el pasado, generalmente de vivencias dolorosas, ni en el futuro que genera incertidumbre. Si bien la atención se puede dirigir a los procesos internos también puede dirigirse a los eventos de la vida cotidiana, prestando atención a la actividad que en ese momento se está realizando.

**Apertura a la experiencia.** Se debe tratar de vivenciar las nuevas experiencias sin interpretarlas en base a las creencias personales; esta forma de experimentar nuevas vivencias se le suele denominar la *mente del principiante*.

**Aceptación.** Se trata de aceptar las experiencias tal como son, parte del transcurrir la vida, sin entablar una lucha por evitar las vivencias consideradas desplacenteras. Cuando uno se da cuenta que las experiencias son ocasionales y temporales no necesita entablar la lucha por evitarlas.

**Dejar pasar.** Generalmente las personas nos aferramos a las cosas, a las relaciones y cuando más creemos poseer, creemos ser más felices, pero todo en la vida es temporal y por lo tanto no es saludable enfrascarse en luchar por atesorar cosas o relaciones que sobre todo creemos nos da poder o prestigio.

**Inatención.** Cada persona tiene algún objetivo cuando practica mindfulness, pero a su vez es necesario no esforzarse por conseguir algún objetivo, solo participar con conciencia plena de lo que se está haciendo, no esforzarse, aunque contradictorio, lo hacemos por algún propósito.

Se ha plantado que en los tiempos actuales la meditación es difícil por falta de tiempo, existen demasiados distractores y actividades y además los seres humanos cada vez son menos religiosos o espirituales, de acuerdo a Gunatillake (2016) mindfulness puede ser practicado en cualquier momento y en cualquier lugar y en cuanto a la falta de religiosidad y espiritualidad, si bien mindfulness se inició en la tradición budista actualmente puede ser considerado simplemente como estar consciente de lo que estoy haciendo ahora y aceptarlo sin mayores análisis o sentimiento negativos.

#### **D. Utilidad del mindfulness**

La práctica de mindfulness es eficaz en la disminución de los problemas psicológicos relacionados con el estrés como la ansiedad a veces el pánico y las manifestaciones depresivas; mejora la calidad de vida de las personas con cáncer, esclerosis múltiple, influyendo positivamente para que determinadas regiones de la corteza prefrontal faciliten el paso de la activación del lado derecho al lado izquierdo que ayuda al mejor equilibrio emocional e induce mejoría en el sistema inmunitario. En las actividades de la vida diaria tan demandante en los tiempos presentes se olvida quien hace todo eso y por qué, llegando a dejar nuestra calidad humana para convertirnos en un hacedor humano (Kabat-Zinn, 2013).

Actualmente se acepta que la práctica intensa de mindfulness ayuda a: (a) aliviar el estrés; (b) mejorar los estados de ánimo, sobre todo el estado de ánimo depresivo, en especial a las recaídas debidas a procesos internos y no tanto los eventos de la vida, ya que evitan el estar pegados a ciertas ideas o creencias; (c) aliviar o reducir la ansiedad generalizada; (d) la severidad de la somatización de los síntomas ansioso depresivos; (e) reducir la compulsión por el uso de la marihuana; (f) disminución de los atracos en los trastornos alimentarios y el sentido de autocontrol de la ingesta de alimentos; (g) mejoría en el trastorno límite de la personalidad, sobre todo reduciendo las ideas e intentos de suicidio; (h) alivio en varias

enfermedades como el dolor crónico, cáncer y enfermedad cerebrovascular, al mejorar el estado de ánimo, el equilibrio y reducción del estrés y participación en la rehabilitación y; (i) otras aplicaciones recientes como en la hipertensión arterial, fibromialgia, artritis reumatoidea y desórdenes por déficit de atención en niños y adultos (Meppelink, de Bruin y Bogels, 2016; Vásquez-Dextre, 2016).

#### **E. Mindfulness y neuropsicología**

Desde un punto de vista científico, podemos definir mindfulness como un estado en el que el practicante se es capaz de mantener la atención centrada en un objeto por un periodo de tiempo teóricamente ilimitado (Lutz, Dunne y Davidson, 2007). Los avances en las neurociencias y los métodos de estudio del cerebro, como las técnicas de neuroimágen y procesamiento computarizado de las señales electroencefalográficas (EEG), nos permiten estudiar los correlatos neurobiológicos de los pensamientos y de las emociones con un alto grado de precisión. Estas técnicas nos están permitiendo saber lo que sucede en el cerebro cuando se practica mindfulness (Simón, 2006).

Los practicantes de mindfulness, en comparación con los no practicantes, experimentan un mayor incremento de la activación cerebral izquierda en las zonas cerebrales anteriores y medias, un patrón que se asocia a la presencia de una disposición afectiva positiva. (Davidson, Kabat-Zinn, Schumacher, Rozenkranz, Mueller, Santorelli, Urbanowski, Harrington, Bonus, y Sheridan, 2003). Se sabe que existe relación entre los estados emocionales positivos y un predominio de la activación cerebral anterior izquierda, y los estados afectivos negativos y el predominio de la activación cerebral anterior derecha. Una mayor activación del lado izquierdo se asocia, no sólo a un estado de ánimo más positivo, sino también a una reactividad aumentada a los estímulos emocionales positivos, a una mayor

habilidad para afrontar estados de ánimo negativos y para suprimir voluntariamente el afecto negativo. (Simón, 2006), de aquí que el mindfulness sea aceptada bien en el área clínica, por contribuir al restablecimiento del equilibrio emocional. Algunos de los efectos visibles en los practicantes, son una mejora a nivel de la regulación corporal, el autoconocimiento, la comunicación y comprensión de la propia mente y de los otros, flexibilidad de respuesta, equilibrio emocional, empatía, memoria de trabajo, atención, respuestas conductuales adaptativas ante situaciones nuevas, conciencia de sí mismo y la mejora en otras funciones ejecutivas (Simón, 2006).

En referencia a los efectos cognitivos de la práctica de MF (mindfulness), los sujetos que la practican demuestran un mayor rendimiento en tareas con notable exigencia cognitiva, como de concentración y atención, comparado con sujetos que no lo hacen (Treadway y Lazar, 2011). En cuanto a la regulación de la atención, esta práctica mejora la atención focalizada, esto se ve reflejado en períodos más duraderos de mantenimiento de la atención en un estímulo (Moscoso y Lengacher, 2015). Además, en practicantes a largo plazo, se constatan mejoras a nivel de atención sostenida (mantenimiento de estado de alerta y vigilia); mejor capacidad de rendir y focalizarse ante un estímulo inesperado, redirigir la atención de forma más flexible y rápida a nuevos estímulos; mejora en atención selectiva (concentración y orientación ante un estímulo), capacidad de inhibir estímulos no deseados y, en meditadores altamente experimentados, el mantenimiento de una atención sostenida pero sin foco; superior capacidad en monitoreo de estímulos y atención dividida para lograrlo (Chiesa, Calati y Serretti , 2011).

En cuanto a las funciones ejecutivas, se menciona una mayor flexibilidad cognitiva en respuestas inusuales, mejorada fluidez verbal, mejora en la inhibición de respuestas cognitivas arraigadas y niveles aumentados de metaconciencia (Chiesa y cols., 2011).

A nivel neurofisiológico (Simón, 2006), los sujetos procesan los estímulos de forma “arriba-abajo”, lo que refiere a una capacidad de supervivencia, al recibir la información sensorial, se filtra y categoriza a nivel cognitivo según lo ya conocido y se emite una respuesta en consonancia, prediciendo a su vez futuros elementos sensoriales mediante redes tálamo corticales. En contraste, a través de las prácticas basadas en mindfulness, se busca instaurar un procesamiento de “abajo-arriba”, conectado teóricamente con la mente de principiante que caracteriza al mindfulness. Éste conlleva priorizar la unicidad de lo que se percibe antes que los filtros de lo ya conocido, e invertir la entrada y el procesamiento de los estímulos favoreciendo la novedad ante éstos (Simón, 2006).

Se favorece el prestar mindfulness a la información proveniente de los sentidos (áreas primarias en región posterior de la corteza cerebral), sensaciones interoceptivas (corteza somato sensorial e ínsula), comprensión de la propia mente (teoría de la mente, corteza prefrontal medial) y las relaciones interpersonales (neuronas espejo y corteza prefrontal medial). Lo que promueve la llegada de información menos sesgada a las zonas cerebrales (antes mencionadas respectivamente) implicadas en cada vía de percepción. Como respuesta de “abajo-arriba”, se pondría en cuestión la capacidad de autoobservación y metacognición para emitir respuestas más flexibles desconectadas de la automaticidad del procesamiento “arriba-abajo” (Simón, 2006).

#### **F. Mindfulness y Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH)**

En el tratamiento del trastorno de la atención/hiperactividad la medicación ha sido considerada como la más efectiva y por lo tanto la más frecuente estrategia utilizada, la medicación ha ido aumentando continuamente y en el presente se estima que más del 70 por ciento de niños y adolescentes diagnosticados con TDAH reciben medicación. Sin embargo

han comenzado a señalarse los efectos secundarios de la medicación, baja adherencia al tratamiento, sobre todo en adolescentes, incertidumbre sobre los beneficios a largo tiempo por lo que ha surgido la demanda por nuevas formas de tratamiento, siendo una de las formas más respetable la terapia cognitiva conductual; tratamientos basados en dietas alimentarias y suplementos vitamínicos. Un tratamiento innovativo para niños y adolescentes con TDAH que intentan mejorar los síntomas centrales del trastorno es el entrenamiento en mindfulness (Meppelink y cols., 2016)

En los últimos años las terapias basadas en mindfulness se han comenzado a aplicar para disminuir los síntomas de los niños y adultos con TDAH con cierta frecuencia. En las intervenciones mindfulness, las experiencias internas, los pensamientos, y las sensaciones corporales de las personas han sido integradas se busca brindar el estar consciente de los procesos internos con la idea de reducir el impacto en el funcionamiento de la persona (Hayes, 2004). En los últimos años la investigación aplicando terapias basadas en mindfulness se ha conseguido mejorar la atención y aspectos del control ejecutivo, así como el mejoramiento de la hipoactividad de las regiones frontales del cerebro que activan la meditación (Greco y Hayes, 2008).

Inicialmente mindfulness y TDAH parece contradictorio, meditar quietamente en un periodo de tiempo parece ser imposible para estos niños y adolescentes justamente quienes tienen problemas para prestar atención y no ser activos. Los niños y adolescentes son fácilmente distraídos por estímulos internos y externos tales como sus propios pensamientos, imaginación y fantasías o sonidos ambientales, sobre todo en situaciones o tareas consideradas aburridas. Pero considérese que durante el entrenamiento de mindfulness los participantes son entrenados a focalizar su atención en un determinado foco atencional, por ejemplo, su respiración o su cuerpo y estar consciente de cómo y dónde su mente deambula, quizá ellos encuentren que su yo está distraído por las acciones de otros niños, sus fantasías o

los ruidos o sonidos de ambientes de su entorno.

La piedra angular del mindfulness es el darse cuenta de cuándo uno está distraído, estar consciente del distractor y regresar la atención al foco de atención necesario. Así como el entrenamiento de los músculos requiere persistencia y práctica, también requiere práctica y constancia el aumento de la habilidad para mantener el foco de atención. El principio de regresar el foco de atención a lo necesario una vez que uno se ha distraído es como el diario respirar. Durante el entrenamiento de mindfulness los niños y adolescentes con TDAH son enseñados a observar sus estímulos internos y externos y sean conscientes de ello. En el periodo de meditación los niños pueden observar, por ejemplo, la tendencia a la hiperactividad, el darse cuenta de lo que otros niños están haciendo o dejando de hacer ante la pregunta del entrenador en mindfulness sobre prestar atención a estos temas. Esta práctica puede mejorar la habilidad para regular las conductas impulsivas e hiperactividad (Meppelink y cols., 2016).

## **Capítulo III**

### **Metodología**

#### **1. Diseño de estudio**

De acuerdo con Babbie, (2010) y Cozby (2004) la presente investigación es con un diseño Quasi-Experimental con pretest y postest. Es quasi-experimental porque no se han podido controlar todas las variables, sobre todo porque los participantes no han sido asignados al azar.

Es pre y post test porque el pretest será aplicado antes de que el programa sea aplicado y el post test después de que haya terminado la aplicación del programa.

#### **2. Población y muestra**

##### **A. Población**

La población estuvo compuesta por 11 estudiantes de 9 a 12 años de tercero, cuarto y quinto de primaria de la Institución Educativa Particular Víctor García Hoz.

##### **B. Muestra**

La presente investigación se realizó con 11 estudiantes del nivel primario de 9 a 12 años quienes fueron diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad por médicos y psicólogos especializados de nuestro medio, pero que no reciben medicación por decisión de los padres. Tanto los padres de los participantes como sus profesores desearon colaborar.

Es una muestra no probabilística o dirigida, puesto que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador (Sampieri, 2014). No se pudo utilizar grupo control.

### **3. Instrumentos**

Para esta investigación se utilizaron los instrumentos: Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad (EDAH), Evaluación de Mindfulness para Niños y Adolescentes (CAMM, sigla del inglés), una ficha demográfica y el programa mindfulness. Se describen a continuación:

#### **A. Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad (EDAH)**

Autor(es)	: Parré, A. y Narbona, J.
Lugar de origen	: España
Año	: 1998, 6ta edición elaborada en el año 2010
Adaptado/Traducido	: Sin adaptación al Perú
Objetivo	: Medir los principales rasgos del TDAH y de los trastornos de conducta que puedan coexistir con el síndrome.
Ámbito de aplicación	: 6 a 12 años (1º a 6º de Primaria)
Tipo de Aplicación	: Individual
Tiempo	: 5 a 10 minutos

**Descripción:** La Escala cuenta con un total de 20 ítems, dividido en dos subescalas de 10 ítems cada una: 1. Hiperactividad déficit de atención y 2. Trastornos de conducta. Para su calificación se calculan las puntuaciones directas de cada subescala sumando las puntuaciones correspondientes a los ítems de cada una de ellas (H, DA y TC). Luego se anota el resultado en el cuadro de la parte inferior de la hoja de anotación. Se halla también la suma de H y DA y se anota igualmente en el cuadro. Cada puntuación se contrasta con el baremo correspondiente en función del curso del niño. Una vez obtenido el centil que corresponde a cada puntuación, se comprueba si supera alguno de los puntos de corte en alguna de las subescalas o en la combinación de ellas y la situación del evaluado en los distintos grados de riesgo.

Su *fiabilidad* fue evaluada mediante el programa SPSS, se realizó el estudio psicométrico y se hallaron las correlaciones de cada ítem con su factor, de cada ítem con el total y de cada factor con el total. Se halló el índice de fiabilidad (coeficiente alpha de Cronbach), tanto de los factores como de los cuestionarios. Todas las sub-escalas tienen coeficientes de fiabilidad iguales o superiores a 0.90. Respecto a la anterior versión de la escala, los resultados han sido algo más altos (Farré y Narbona, 2010).

Para el estudio de la *validez* de la escala se usaron los datos obtenidos en la segunda parte del proyecto "Pilota vermella", en la que se obtuvieron datos de alumnos que en la primera parte del estudio obtuvieron puntuaciones superiores al punto de corte. Al haber transcurrido dos años, no se pudo localizar a algunos alumnos que estaban ya en educación secundaria, y centros que colaboraron en la primera fase no prestaron dicha colaboración en la segunda. Por tanto, la muestra es reducida y algo sesgada, pero contiene información de 43 alumnos, cuyos maestros respondieron al EDAH nuevamente y además se contrastaron los criterios del DSM-IV para utilizarlo como instrumento de contraste (Farré y Narbona, 2010).

Los resultados son superiores a los hallados en la primera versión de la escala con los criterios de la DSM-III, con el grupo clínico descrito, en Hiperactividad es de 0.768, para Déficit de atención es 0.745 y para Hiperactividad + Déficit de atención es 0.769 (Apéndice 1).

### **B. Evaluación de Mindfulness para Niños y Adolescentes (CAMM, sigla del inglés)**

Autor(es)	: Greco, L. A., Baer, R. A., y Smith, G. T.
Lugar de origen	: Estados Unidos
Año	: 2011
Adaptado/Traducido	: Turanzas en 2013 (España); sin adaptación al Perú
Objetivo	: Evaluación de la experiencia de mindfulness
Ámbito de aplicación	: 9 a 18 años
Tipo de Aplicación	: Individual o grupal
Tiempo	: 10 minutos aproximadamente

**Descripción:** Este instrumento está compuesto por 10 ítems que mide la experiencia del mindfulness (MF) conforme a una escala tipo Likert de 5 puntos (nunca= 1 hasta siempre=5). Para su calificación primero se invierten todos los puntajes cambiando 0 a 4, 1 a 3, 3 a 1 y 4 a 0 (2 permanece sin cambios). Luego se suma todos los elementos y se obtiene un promedio que se ubica en la escala correspondiente a la Likert. Los puntajes más altos corresponden a niveles más altos de mindfulness o atención plena (Apéndice 2).

Los ítems de la CAMM se componen de tres facetas:

- Observación que implica el grado en que los sujetos se percatan o atienden a fenómenos internos como pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales (por ejemplo, "Presto atención a mis pensamientos" -puntuación inversa).
- Actuar con conciencia se refiere a la conciencia centrada en el presente y a la participación plena en la actividad actual (por ejemplo, "Caminar de clase a clase sin darme cuenta de lo que estoy haciendo" - puntuación inversa).
- Aceptar sin juicio implica conciencia sin prejuicios y apertura a experimentar una amplia gama de eventos internos (por ejemplo, "Me enfado conmigo mismo por tener ciertos pensamientos" - puntuación inversa).

La CAMM ha demostrado una *consistencia* interna aceptable ( $\alpha=0.84$ ), una estructura de un único factor, y correlaciones significativas en las direcciones esperadas y con constructos relacionados. Las puntuaciones de la CAMM correlacionan negativamente con quejas somáticas informadas por el sujeto, internalización de síntomas y externalización de problemas de comportamiento y correlaciona positivamente con la calidad de vida. Las puntuaciones de la CAMM correlacionan también significativa y negativamente con los procesos de supresión de pensamiento e inflexibilidad psicológica. Las correlaciones con las calificaciones del profesor en habilidades sociales, problemas de conducta y competencia académica también resultan importantes y en las direcciones esperadas (Turanzas (2013)).

En general, Turanzas (2013) señala que el CAMM parece ser una medida apropiada con adecuada evidencia preliminar para la *fiabilidad* y *validez* de sus resultados. Similar a la investigación en la comunidad adulta y muestras clínicas, las puntuaciones en el CAMM correlacionan significativa y positivamente con resultados favorables como calidad de vida y

la competencia académica y negativamente con resultados adversos tales como síntomas de internalización y externalización de problemas de comportamiento.

Las puntuaciones en el CAMM correlacionan negativamente con los procesos superpuestos y desadaptativos de supresión de pensamiento e inflexibilidad psicológica. La fiabilidad para toda la prueba según los autores de la misma es  $\alpha=0.88$  (Turanzas, 2013) (Apéndice 2).

### C. Ficha demográfica

Autor(es)	: Espino, Y. y Yerba, L.M.
Lugar de origen	: Perú
Año	: 2018
Objetivo	: Recolectar información relacionada a datos demográficos de estudiantes.
Ámbito de aplicación	: Padres o representante legal del estudiante
Tipo de Aplicación	: Individual o grupal
Tiempo	: 30 minutos aproximadamente

**Descripción:** Esta Ficha Demográfica fue construida por los investigadores, contiene información sobre los participantes y sus familias consideradas necesarias para la realización de este estudio, para su elaboración se tuvieron en cuenta instrumentos de recolección con la misma finalidad. (Apéndice 3).

#### **D. Programa de mindfulness Aulas Felices**

Autor(es)	: Arguís R., Pilar, A., Hernández, S. y Salvador, M.
Lugar de origen	: España
Año	: 2012, 2da Edición
Adaptado/Traducido	: Sin adaptación al Perú
Objetivo	: Desarrollo de la experiencia de mindfulness
Ámbito de aplicación	: 3 a 18 años (estudiantes de inicial, primaria o secundaria)
Tipo de Aplicación	: Grupal
Tiempo	: 35 minutos aproximadamente por cada sesión

**Descripción:** Desarrollado por el Equipo Sati, propone actividades dirigidas a estudiantes de nivel inicial, primaria y secundaria, de carácter flexible, no tiene un orden estricto en la que se deban aplicar sus sesiones, o la consigna de utilizarlas todas, puesto que busca que cada institución con acceso a este material aplique las sesiones de acuerdo a sus necesidades particulares. Cabe resaltar que el programa Aulas Felices no está dirigido para niños exclusivamente con TDAH.

El programa Aulas Felices se fundamenta sobre 2 puntos:

**Primero:** La práctica de la “**“atención plena”** (mindfulness) en las aulas. Entendemos por *atención plena* un conjunto de técnicas encaminadas a potenciar en el alumnado un estilo de vida basado en la conciencia y la calma, que les permita vivir íntegramente en el momento presente. Esto les ayudará a vivir más conscientemente, a disfrutar más de la vida y a aprender mejor. Las técnicas de atención plena están siendo aplicadas por psicólogos,

médicos y educadores en diversos países y en múltiples contextos profesionales, y sus beneficios están siendo respaldados por un creciente número de investigaciones.

**Segundo:** La investigación sobre los rasgos de la personalidad, que ha dado lugar a una elaborada teoría en torno a las “*fortalezas personales*”. Un equipo de investigadores liderados por Martin Seligman y Christopher Peterson, trabajan en un modelo descriptivo de la personalidad basada en las fortalezas personales, entendidas como rasgos comunes a la mayoría de las sociedades y culturas, medibles y educables

Este modelo se integra perfectamente dentro de lo que, en el sistema educativo actual, denomina “Competencia de autonomía e iniciativa personal”, “Competencia social y ciudadana”, y “Competencia para aprender a aprender”.

Conforme a lo expuesto en el trabajo del Equipo Sati y teniendo de referencia la visión que ellos proponen frente al mindfulness y su utilidad en la educación en forma general, se revisó y analizó cada ámbito de trabajo expuesto en este trabajo para proceder a delimitar los ejercicios que son de utilidad y beneficio para los niños específicamente con TDAH. Se establecieron las sesiones que corresponden al nivel educativo de los estudiantes participantes de esta investigación y una secuencia de aplicación. De esta forma se conforma un bloque de 36 sesiones de 35 minutos de duración cada una y que fueron ejecutadas a lo largo de 12 semanas con una frecuencia de 3 sesiones semanales.

También se determinó que el programa *Aulas Felices* debe estar acompañado de una evaluación pre-test y post-test. (Apéndice 4).

#### **4. Procedimiento**

Para la realización de este proyecto, se hicieron las coordinaciones respectivas con la Institución Educativa Particular “Victor García Hoz,” de esta forma, tras exponer los lineamientos del programa de mindfulness y contar con la aprobación correspondiente, se procedió a hacer la revisión de los expedientes de los estudiantes que contaban con los criterios de inclusión de la muestra, seleccionando 11 estudiantes.

Se programaron entrevistas familiares donde se solicitó el consentimiento informado de forma oral a los padres de familia o apoderados de los estudiantes según sea el caso, y se les explicó los detalles del programa de mindfulness.

Con los estudiantes cuyos padres o apoderados aceptaron que formen parte del programa, se procedió con la aplicación del EDAH a sus respectivos docentes para confirmar el diagnóstico previo y valorar el funcionamiento de los ítems seleccionados de EDAH; de este test se tomaron 10 indicadores que corresponden al Área I: Hiperactividad-Impulsividad y Déficit de Atención, del EDAH, y fueron elegidos con la ayuda de un psicólogo especialista en TDAH y con conocimientos de las diversas estrategias de tratamiento, incluyendo mindfulness; el CAMM se aplicó a los estudiantes para valorar el nivel de experiencia de mindfulness. Los dos instrumentos fueron aplicados antes y después de la aplicación del programa “Aulas Felices” a manera de pre-test y pos-test.

Luego de aplicar el pre-test se pusieron en ejecución las 36 sesiones del programa mindfulness “Aulas Felices”, se separaron a los estudiantes en dos grupos, uno de 5 participantes (9 y 10 años) y otro de 6 participantes (11 y 12 años) a razón de la distinta disposición de los horarios académicos de los estudiantes, una vez terminadas las sesiones se procedió a la aplicación del post-test; terminada la recolección de datos, se efectuó el análisis de estos. Finalmente, se realizó un informe dirigido al colegio donde constan los resultados

del programa y se presentó el trabajo investigación a las unidades académicas universitarias correspondientes.

#### **A. Proceso de recolección de datos**

En cuanto a la recolección de datos, se aplicó la escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad-EDAH a los docentes de cada uno de los estudiantes que conforman la muestra, los estudiantes fueron evaluados con el test de Evaluación de Mindfulness para Niños y Adolescentes (CAMM, sigla del inglés). Estas evaluaciones se realizaron en dos momentos, tanto al inicio y al término del programa.

#### **B. Análisis de datos**

Los paquetes estadísticos que se utilizaron fueron Microsoft Excel 2013 para almacenar y registrar los datos y, del SPSS versión 22, que fue empleado como herramienta de agrupación y análisis de datos. Su tratamiento es no paramétrico, a través de la prueba chi cuadrado.

## **Capítulo IV**

### **Resultados**

Seguidamente los resultados se presentarán en forma de tablas con sus respectivas frecuencias, inicialmente, la Tabla 1 indica las edades de los participantes, la Tabla 2 presenta las características demográficas de la muestra. Las tablas 3 a la 6 los resultados de la aplicación del programa de mindfulness.

**Tabla 1**

*Edades de los Participantes con TDAH*

Edad en Años	n
Nueve	1
Diez	4
Once	2
Doce	4
<b>Total</b>	<b>11</b>

Fuente: Elaboración propia (2018).

Se muestra que la mayoría de los niños, un total de 11, tienen entre 10 y 12 años, solo 1 tiene 9 años. Todos ellos fueron diagnosticados previamente con desorden de la atención con hiperactividad.

Tabla 2

*Características Demográficas de los Participantes*

Primogénitos	n	Presencia de ambos padres hasta los 5 años		Presencia de Hnos. con TDAH	n	Nivel Socioeconómico	n	Estructura Familiar	n
Sí	9	Sí	4	Sí	2	C	9	Nuclear	2
No	2	No	7	No	9	C+	2	Mono parental	6
								Padres separados	3
Total	11		11		11		11		11

Fuente: Elaboración propia (2018).

Podemos ver que 9 de los 11 participantes son hijos primogénitos, solo 2 de ellos no lo fueron. Además se señala que en el desarrollo de los cinco primeros años de vida de los participantes, solo en 4 casos estuvieron presentes ambos padres en su crianza, en la mayoría, 7 casos, no hubo tal presencia. Además apreciamos que en dos casos los niños participantes tienen hermanos con el desorden de la atención e hiperactividad mientras que en 9 casos no tiene hermanos con el desorden. En la Institución Educativa Particular Víctor García Hoz, al llenar la ficha de matrícula, los alumnos son ubicados en categorías socioeconómicas: la categoría C corresponde a clase media y la categoría C + a la categoría clase media alta, es así que se muestra que 9 de los estudiantes, la mayoría, que participan en la investigación son ubicados en la categoría C y solo 2 en la categoría C+. La Tabla 2 muestra también que, solo 2 participantes proceden de familias nucleares, la mayoría, 6 de los casos, proceden de familias monoparentales y 3 de padres separados.

Tabla 3

*Experiencia de Mindfulness (CAMM) Antes y Despues de Aplicar el Programa*

Programa CAMM	Pre	Post
	n	n
Casi nunca	3	1
A menudo	7	7
Casi siempre	1	3
Total	11	11

Nota.  $\chi^2=7.10$        $P<0.05$        $P=0.02$ 

Fuente: Elaboración propia (2018).

La prueba de chi cuadrado ( $\chi^2=7.10$   $P<0.05$ ), muestra que los niveles de experiencia de mindfulness antes y después de aplicar el programa presentaron diferencias significativas. Antes de la aplicación del programa 3 participantes casi nunca experimentaban mindfulness, después de la aplicación solo 1 no experimentaba mindfulness. En 7 casos que experimentaban mindfulness antes continuaron experimentando después del programa, pero, antes de la aplicación solo 1 experimentaba mindfulness y después de la aplicación del programa 3 participantes casi siempre la experimentaban.

Tabla 4

*Hiperactividad/Impulsividad Antes y Desp  s de Aplicación del Programa*

Hiperactividad/Impulsividad	Pre	Post
	n	n
Sin riesgo	1	7
Riesgo moderado	3	2
Riesgo elevado	7	2
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>11</b>

Nota.  $X^2=7.48$       P<0.05      P=0.02

Fuente: Elaboración propia (2018).

Se presentan los resultados pre y post de la aplicación del programa. Antes de la aplicación del programa solo 1 estudiante estaba en el **nivel de sin riesgo**, al finalizar el programa 7 de los estudiantes obtuvieron ese nivel. En el **nivel riesgo moderado** antes de la aplicación del programa estaban ubicados 3 estudiantes, después del programa solo 2 estudiantes estaban en ese nivel de riesgo moderado. Las diferencias son mayores en el **nivel de riesgo elevado**, antes del programa 7 estudiantes estuvieron en ese nivel, después del programa solo 2 fueron ubicados en riesgo moderado. Todas estas diferencias antes y después del programa tuvieron significancia estadística a favor de la aplicación del programa, como lo muestra la prueba de chi cuadrada.

Tabla 5

*Déficit de Atención Antes y Después de Aplicación del Programa*

Déficit de Atención	Pre	Post
	n	n
Sin riesgo	5	10
Riesgo moderado	5	1
Riesgo elevado	1	0
Total	11	11

Nota.  $\chi^2=5.33$        $P<0.05$        $P=0.05$

Fuente: Elaboración propia (2018).

Vemos los resultados pre y post de la aplicación del programa de mindfulness Aulas Felices relacionados con los problemas de atención. Antes de la aplicación del programa 5 estudiantes estaba en el **nivel de sin riesgo**, al finalizar el programa el número aumentó a 10 estudiantes que se ubicaron en el nivel de sin riesgo. Se observa seguidamente que en el **nivel riesgo moderado** antes de la aplicación del programa estuvieron 5 estudiantes y después del programa solo 1 estudiante estuvo en el nivel de riesgo moderado. De la misma manera 1 estudiante estuvo en el **nivel de riesgo elevado** antes del programa, después del programa ningún estudiante fue ubicado en el nivel de riesgo elevado. Estas diferencias también fueron estadísticamente significativas a nivel de .05 como se aprecia en los resultados del chi cuadrada.

Tabla 6

*Hiperactividad/Impulsividad y Déficit de Atención Antes y Despues de Aplicación del Programa*

Hiperactividad/Impulsividad y Déficit de Atención	Pre	Post
	n	n
Sin riesgo	1	9
Riesgo moderado	1	1
Riesgo elevado	9	1
Total	11	11

Nota.  $\chi^2=12.80$        $P<0.05$        $P=0.00$

Fuente: Elaboración propia (2018).

La prueba de chi cuadrado ( $\chi^2=12.80$ ), muestra que al juntar las dos manifestaciones: hiperactividad/impulsividad más déficit de atención, también se hallan diferencias estadísticamente significativas después de la aplicación del programa. Antes de la aplicación solo un participante se hallaba en el nivel de sin riesgo, en cambio, al finalizar el programa 9 de ellos estaban en ese nivel y, lo más importante antes de la aplicación del programa 9 participantes estaban ubicados en el nivel de riesgo elevado, después del programa solo uno de ellos estaba ubicado en ese nivel.

## Discusión

En el presente estudio se planteó la hipótesis de que los síntomas de inatención mejorarán después de haber aplicado el programa de mindfulness ``Aulas Felices`` a niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad de 9 a 12 años, la hipótesis fue comprobada. En las manifestaciones de hiperactividad/impulsividad, como se muestra en la Tabla 4, se hallaron diferencias estadísticamente significativas, antes de la aplicación del programa solo 1 caso de la muestra presentaba el nivel de sin-riesgo, mientras que después del programa 7 casos presentan el nivel sin-riesgo en hiperactividad/impulsividad. En cuanto al nivel de riesgo moderado, antes del programa 3 de los casos estaba ubicados en riesgo moderado, después del programa bajaron a 2 casos. Finalmente, en cuanto a hiperactividad/impulsividad, quizá los resultados más importantes fueron que antes del programa 7 de los casos presentaba riesgo elevado, mientras que después de la aplicación del programa mindfulness solo 2 casos estuvieron en ese nivel demostrando de esta manera la efectividad del programa de mindfulness Aulas Felices.

En relación con *déficit de atención* también se hallaron diferencias estadísticamente significativas a favor de los resultados positivos de la aplicación del programa Mindfulness (Tabla 5), antes de la aplicación del programa casi la mitad de los participantes (5 de 11 casos) fue ubicado en el nivel *sin-riesgo*, pero después de la aplicación del programa una significativa cantidad, 10 casos, se ubicaron en el nivel sin-riesgo. En el nivel de *riesgo moderado*, también hubo cambios, de 5 casos en riego moderado antes del programa, solo 1 caso se halla en este nivel después del programa. También se aprecia claramente la eficacia del programa en el nivel de *riesgo elevado*, antes del programa 1 caso estaba en este nivel,

pero después de la aplicación del programa ningún participante fue ubicado en riesgo elevado.

Para reafirmar la eficacia de la aplicación del programa se unieron los síntomas de *hiperactividad/impulsividad más déficit de atención* y se hizo la estadística respectiva, Los resultados muestran (Tabla 6) que 1 participante estuvo ubicado en el nivel de *sin riesgo* antes del programa y 9 participantes pasaron a este nivel después del programa y de 9 casos que estuvieron en *riesgo elevado* antes del programa solo 1 caso permaneció en ese nivel. Los resultados juntando hiperactividad/impulsividad más déficit de atención también son positivo con significancia estadística.

Los resultados positivos obtenidos con la aplicación del programa de mindfulness ``Aulas Felices`` son similares a los hallados por otros investigadores como, recientemente Wong, S., Wong, J., Wong, S. W. y Yeung (2016) quienes lograron que los niños redujeran los síntomas de hiperactividad y déficit de atención en comparación con el grupo control después de la aplicación de un programa mindfulness, adicionalmente señalaron que el entrenamiento de mindfulness permite una mejoría considerable en el manejo de la impulsividad. De igual manera Van der Oord y cols., (2012) con una muestra similar a la del presente estudio en cuanto a diagnóstico y características demográficas aplicaron un programa mindfulness semejante lograron la reducción significativa de los síntomas. También, Carboni y cols. (2013) aplicando sesiones de mindfulness fuera de clases a 4 niños de 8 años que recibía medicación por TDAH, disminuyeron los síntomas de hiperactividad y mejoraron la ejecución de tareas en clase.

Una de las implicancias del presente estudio es que se está demostrando la necesidad de revisar y en lo posible moderar el exagerado uso de la medicación estimulante considerada como es la estrategia prevalente en el tratamiento de TDAH ya que el desarrollo de terapias no farmacológicas como las técnicas cognitivo conductuales que pueden ser usadas en los

diversos ambientes como el hogar, la escuela e instituciones en las que se desenvuelven los niños con este problema y que posiblemente sean aún más eficaces sin ser usadas conjuntamente con programas basadas en mindfulness cuyas raíces involucran procesos cognitivos, permitiendo así el desarrollo de las terapias de tercera generación (Vásquez-Dextre, 2016). Nuestros resultados confirman lo expresado por Meppelink y cols. (2016), un tratamiento innovativo para niños y adolescentes con TDAH es el entrenamiento en mindfulness, ya que en los programas basados en mindfulness se incrementa el estar consciente de los pensamientos, y las sensaciones corporales de las personas (Hayes, 2004), lo que permite mejorar la atención y control ejecutivo (Greco y Hayes, 2008). En el transcurso de la aplicación del programa mindfulness, en el periodo de meditación, los niños son conscientes de su tendencia a la hiperactividad.

Otros resultados importantes es que, como se muestra en la Tabla 3, la aplicación del programa permitió mejorar la experiencia de vivenciar mindfulness: 10 de los 11 participantes lograron experimentar a menudo o casi siempre mindfulness. La mayoría de los niños que participaron, 10 de 11, estaban entre los 10 y 12 años (Tabla 1), edad en la que el desarrollo cognitivo parece ser favorable para la aplicación de mindfulness. Quizá el hecho de que 9 de los 11 participantes eran los primeros hijos (Tabla 2) haya influenciado en una crianza más permisiva, más aún si solo 2 participantes provenían de familia nuclear (Tabla 2) y en solo 4 casos el padre genético participó en su crianza en los primeros 5 años de vida de los participantes (Tabla 2), aunque no tuvieron mayores problemas económicos por el nivel social, medio y medio alto (Tabla 2) del que provienen. Es necesario mencionar que en 2 de los 11 casos tenían hermanos con el mismo diagnóstico (Tabla 2), hecho que quizá tenga relación con factores genéticos.

## Conclusiones

- Primera:** Los síntomas hiperactividad/impulsividad y el déficit de atención de los participantes mejoraron significativamente después de la aplicación del programa mindfulness ``Aulas Felices``
- Segunda:** La aplicación del programa mindfulness ``Aulas Felices`` permitió mejorar con significancia estadística la experiencia de vivenciar mindfulness de los participantes.
- Tercera:** Los datos demográficos recabados podrían relacionarse con los síntomas de inatención, sin embargo se requiere ahondar más en el estudio de estos factores y su relación con el TDAH.
- Cuarta:** Es necesario mayor investigación en la aplicación de las técnicas de terapias de tercera generación en el tratamiento de personas diagnosticadas con el TDAH.

## Recomendaciones

- Primera:** Realizar estudios longitudinales para conocer los cambios que se producen en los síntomas de inatención a largo plazo en los estudiantes, además de trabajar con un rango mayor de edad, una muestra de sexo femenino como masculino y con nivel educativo no solo de primaria sino también de nivel educativo de secundaria.
- Segunda:** Conseguir muestras más amplias, con grupos control, incorporar autoinformes de familiares, profesores y evaluaciones clínicas, y examinar los efectos a largo plazo del entrenamiento en mindfulness.
- Tercera:** Ejecutar estudios que puedan relacionar la repercusión de la práctica de mindfulness en el desempeño académico.
- Cuarta:** Del mismo modo, ver si existe alguna relación entre el desarrollo de habilidades sociales, convivencia escolar y la práctica de mindfulness.

## Referencias

- ADD speaker (2018). *New ADHD diagnosis in ICD-11 gives people hope*. ADHD Guideline.
- American Psychiatric Association (1974). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2<sup>a</sup>. ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>a</sup>. ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>a</sup>. ed. R). Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>a</sup>. ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>a</sup>. ed. TR). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.) Washington, DC: Author.
- Argués, R., Bolsas, A., Hernández, S., y Salvador, M. (2012). *Programa "Aulas Felices"* *Psicología positiva aplicada a la educación*. Recuperado de <http://educapost.blogspot.pe>
- Babbie, E. (2010). *The practice of social research* (12<sup>th</sup> ed.). USA: Cengage Learning.
- Barkley, R. A. (1990). Attention deficit disorders. History, definition, and diagnosis. In M. Lewis & S. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp.65-107). New York: Plenum Press.

Barkley, R. A. (1996). Attention-deficit/hyperactivity disorder. In E. Mash & R. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 65-97). New York: The Guilford Press.

Barkley, R. A. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder. In E. Mash & R. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 75-143). New York: The Guilford Press.

Carboni, J. A., Roach, A. T., y Fredrick, L. D. (2013). Impact of mindfulness training on the behavior of elementary students with attention deficit/hyperactive disorder. *Research in Human Development*, 10(3), 234-251

Cozby, P. (2004). *Methods in behavioral research* (8<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.

Culadasa, J. Y., Immergut, M. y Graves, J. (2015). *The mind illuminated*. USA: Simon & Schuster.

Davison, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rozenkranz, M., Mueller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K. y Sheridan, J. F. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65: 564-570.

Douglas, V. (2005). Cognitive deficits in children with attention deficit hyperactive disorder: A long-term follow-up. *Canadian psychology*, 46, 23-31.

Faraone, S. V. (2003). *Understanding the effect size of ADHD medications: Implications for clinical care*. *Medscape Psychiatry and Mental Health*, 8(2).

Farré, A. y Narbona, J. (2010). *EDAH Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Madrid, España: TEA Ediciones

Greco, L. A. y Hayes, S. C. (2008). *Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents: A practitioner's guide*. USA: New Harbinger Publications.

Greco, L. A., Baer, R. A., y Smith, G. T. (2011). Assessing mindfulness in children and adolescents: Development and validation of the child and adolescent mindfulness measure (CAMM). *Psychological Assessment*, 23(3), 606-614

Greenhill, L. L., Halperin, J. M., y Abikoff, H. (1999). Stimulant medications. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 503–512.

Gunatillake, R. (2016). *Mindfulness para llevar. Práctica aquí y ahora.* Traducción: Laura Manero. España: Maeva.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, rational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavioral Therapy*, 35, 639-665.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). *Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes.* Behaviour Research Therapy, 44(1), 1-25.

Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness para principiantes.* España: Kairos.

Lehtinen, L. E., Kephart, N. C. y Strauss, A. A. (1955). *Psychopathology and education of the brain-injured child.* USA: Pro-ed.

Lutz, A., Dunne, J. D., y Davidson, R. J. (2007). Meditation and the Neuroscience of Consciousness: An Introduction. En: Zelazo, P., Moscovitsch, M., & Thompson, E. *The Cambridge Handbook of Consciousness.* Cambridge University Press. Cambridge, New York.

Mañas, I. (2009). Mindfulness (atención plena): La meditación en psicología clínica. *Gaceta de Psicología*, 50, 13-29.

Mariño, V., Sanz, P. y Fernández, A. (2017). *Efectividad del mindfulness en personas con TDAH: estudio de revisión.* ReiDoCrea, 6, 260-273.

Meppelink, R., de Bruin, E. y Bogels, S. (2016). Mindfulness training for childhood ADHD: A promising and innovative treatment. *ADHD in Practice*, 8, 33-36.

Moscoso, M. & Lengacher, C. (2015). Mecanismos neurocognitivos de la terapia basada en Mindfulness. *Liberabit Revista de Psicología*, 21 (2), 221-233.

Organización Mundial de la Salud (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-10). Madrid: FORMA.

Parra, M., Montañez, J., Montañez, M. y Bartolomé, R. (2012). Conociendo mindfulness. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 27, 29-46.

Portellano, J., y García, J. (2014). *Neuropsicología de la atención, las funciones ejecutivas y la memoria*. Madrid, España: Editorial Síntesis, S.A.

Ruiz, P. (2017). *Mindfulness en niños y adolescentes*. Recuperado de [https://www.aepap.org/sites/default/files/4t4.6\\_mindfulness\\_en\\_ninos\\_y\\_adolescente.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/4t4.6_mindfulness_en_ninos_y_adolescente.pdf)

Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: México. McGraw-Hill/Interamericana Editores.

Simón, V. (2006). Mindfulness y neurobiología. *Revista de psicoterapia*, 66/67, 5-30.

Strauss, A. A. and Lehtinen, L. E. (1947). *Psychopathology and education of the brain-injured child*. New York: Grune and Stratton.

Treadway, M. & Lazar, S. (2011) Neurobiología del mindfulness. En: F. Didonna (Ed.) *Manual Clínico de Mindfulness*, (pp 117-138). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Turanzas, J. (2013). *Adaptación Transcultural de la Escala CAMM (Child and Adolescent Mindfulness Measure) y estudio preliminar de sus características psicométricas*.

Recuperado de  
[https://www.researchgate.net/profile/Jorge\\_Turanzas/publication/315716774\\_Adaptacion\\_Transcultural\\_de\\_la\\_Escala\\_CAMM\\_Child\\_and\\_Adolescent\\_Mindfulness\\_Measure\\_Y\\_ESTUDIO\\_PRELIMINAR\\_DE\\_SUS\\_CARACTERISTICAS\\_PSICOMETRICAS/links/58de5e8ca6fdcc3c6ac4324e/Adaptacion-Transcultural-de-la-Escala-CAMM-Child-and-Adolescent-Mindfulness-Measure-Y-ESTUDIO-PRELIMINAR-DE-SUS-CARACTERISTICAS-PSICOMETRICAS.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jorge_Turanzas/publication/315716774_Adaptacion_Transcultural_de_la_Escala_CAMM_Child_and_Adolescent_Mindfulness_Measure_Y_ESTUDIO_PRELIMINAR_DE_SUS_CARACTERISTICAS_PSICOMETRICAS/links/58de5e8ca6fdcc3c6ac4324e/Adaptacion-Transcultural-de-la-Escala-CAMM-Child-and-Adolescent-Mindfulness-Measure-Y-ESTUDIO-PRELIMINAR-DE-SUS-CARACTERISTICAS-PSICOMETRICAS.pdf)

Vallejo-Pareja, M. A. (2007). *Mindfulness y la tercera generación de terapias psicológicas*. Infocop. Recuperado de <http://www.infocop.es/>.

Van de Weijer-Bergsma, E., Formsma, A. R., de Bruin, E. I., y Bögels, S. M. (2012). The effectiveness of mindfulness training on behavioral problems and attentional functioning in adolescents with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 21(5), 775-787.

Van der Oord, S., Bogels, S., y Peijnenburg, D. (2012). *The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents*. *Journal of Child and Family Studies*, 21(1), 139-147.

Vquerizo, J. (2012). III Jornadas Leonesas sobre TDAH. X Aniversario de la Asociación ALENHI. Detección Temprana, Diagnóstico y Tratamiento Multidisciplinar del TDAH. "Bases Biológicas del TDAH, Detección Temprana y Tratamiento Multidisciplinar". Madrid, España.

Vásquez-Dextre, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista Neuropsiquiátrica*, 79, 2016.

Wong, S. Y., Wong, J. Y., Wong, S. W., y Yeung, J. W. (2016). The effect of a family-based mindfulness intervention on children with attention deficit and hyperactivity symptoms and their parents: design and rationale for a randomized, controlled clinical trial (Study protocol). *BMC Psychiatry*, 16(1), 65.



# Apéndice

## Apéndice 1

### Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (EDAH)

EDAH HOJA DE ANOTACIÓN						
Nombre y apellidos						
Centro		Nivel escolar				
Edad	Sexo:	Varón	Mujer	Fecha		
RESPONDA A CADA CUESTIÓN RODEANDO CON UN CÍRCULO EL GRADO EN QUE EL ALUMNO PRESENTA CADA UNA DE LAS CONDUCTAS DESCRITAS						
		NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO	
		0	1	2	3	
1	Tiene excesiva inquietud motora	0	1	2	3	H
2	Tiene dificultades de aprendizaje escolar	0	1	2	3	DA
3	Molesta frecuentemente a otros niños	0	1	2	3	H
4	Se distrae fácilmente, muestra escasa atención	0	1	2	3	DA
5	Exige inmediata satisfacción a sus demandas	0	1	2	3	H
6	Tiene dificultad para las actividades cooperativas	0	1	2	3	TC
7	Está en las nubes, ensimismado	0	1	2	3	DA
8	Deja por terminar las tareas que empleza	0	1	2	3	DA
9	Es mal aceptado por el grupo	0	1	2	3	TC
10	Hiega sus errores o echa la culpa a otros	0	1	2	3	TC
11	A menudo grita en situaciones inadecuadas	0	1	2	3	TC
12	Es contestón	0	1	2	3	TC
13	Se mueve constantemente, intranquilo	0	1	2	3	H
14	Discute y pelea por cualquier cosa	0	1	2	3	TC
15	Tiene explosiones impredecibles de mal genio	0	1	2	3	TC
16	Le falta sentido de la regla, del -juego limpio-	0	1	2	3	TC
17	Es impulsivo	0	1	2	3	H
18	Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros	0	1	2	3	TC
19	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante	0	1	2	3	DA
20	Acepta mal las indicaciones del profesor	0	1	2	3	TC
RESUMEN DE PUNTUACIONES		H	DA	TC	H + DA	
		PD				
		CENTIL				

## Apéndice 2

### Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM)

#### Instrucciones

Responde con sinceridad a las siguientes preguntas. Para ello, piensa en ti antes de responder. Coloca una **X** en la casilla que tú consideres más adecuada.

1-Nunca	2-Casi Nunca	3-A menudo	4- Casi Siempre	5- Siempre
---------	--------------	------------	-----------------	------------

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
1. Me siento mal conmigo mismo por tener sentimientos que no tienen sentido					
2. En la escuela, camino de clase a clase sin darme cuenta de lo que estoy haciendo					
3. Me mantengo ocupado por lo que no soy consciente de mis pensamientos o sentimientos					
4. Me digo a mi mismo que no debería sentir lo que estoy sintiendo					
5. Aparto de mi mente los pensamientos que no me gustan					
6. Me es difícil prestar atención a una sola cosa en cada momento					
7. Pienso sobre cosas que ocurrieron en el pasado en vez de cosas que están ocurriendo en el presente					
8. Me siento mal conmigo mismo por tener ciertos pensamientos					
9. Pienso que algunos de mis sentimientos son malos y no debería tenerlos					
10. Soy capaz de parar los sentimientos que no me gustan					

## **Apéndice 3**

### **Ficha Demográfica**

#### **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA DE REFERENCIA:**

- Código de registro del estudiante : \_\_\_\_\_
- Fecha apertura ficha : \_\_\_\_\_
- Nombre y Apellido : \_\_\_\_\_
- Nacionalidad : \_\_\_\_\_
- Estado Civil : \_\_\_\_\_
- N° Seguridad Social : \_\_\_\_\_
- Domicilio : \_\_\_\_\_
- Teléfono de padre : \_\_\_\_\_
- Teléfono de madre : \_\_\_\_\_
- Correo Electrónico : \_\_\_\_\_

#### **2. GRUPO FAMILIAR**

Nombres y Apellidos	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil

#### **2.1 Genograma**

#### **3. SITUACIÓN FAMILIAR**

##### **3.1 Historia Familiar**

---

---

---

##### **3.2 Dinámica Familiar**

---

---

---

**3.3 Presencia de ambos padres durante los primeros 5 años de vida del menor**

Padre: Si ( ) No ( )

Madre: Si ( ) No ( )

Motivo:

---

**4. SITUACIÓN SALUD PSICOLÓGICA DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA**

Enfermedad/ Diagnóstico	Intervenciones, toma de medicamentos, seguimientos	Observaciones

**5. SITUACIÓN ECONÓMICA****5.1 Ingresos**

Integrante en la Familia	Trabajo	Prestaciones/ Pensiones	Total ingresos mensuales

**5.2 Gastos**

Vivienda	Manutención	Extraordinarios	Total gastos mensuales

**6. SITUACIÓN FORMATIVA**

Pariente	Nivel de Estudios	Cursos	Observaciones

## **7. DATOS DE LA ZONA DE REFERENCIA Y VIVIENDA**

Tipos	Recursos	Comunicación/ Accesibilidad	Problemas de la zona	Posibles Influencias	Clasificación Socio - económica

## 8. Vivienda

Tipo/ Vivienda	Régimen tendencia	Nº Habitaciones	Condiciones habitabilidad/ hacinamiento	Equipamiento	Factores de riesgo	Mejoras a realizar

## Resumen

## **Apéndice 4**

### **Programa de Mindfulness Aulas Felices**

#### **Sesiones de Trabajo**

- ⌚ Sesión 1 La caricia
- ⌚ Sesión 2 Mis manos
- ⌚ Sesión 3 Saboreando una galleta
- ⌚ Sesión 4 Observando una obra de arte
- ⌚ Sesión 5 Una piedra en el fondo del lago
- ⌚ Sesión 6 Respirando con versos o palabras clave
- ⌚ Sesión 7 Un mikado especial
- ⌚ Sesión 8 Rincones de opinión
- ⌚ Sesión 9 El elefante y los ciegos
- ⌚ Sesión 10 Percepciones
- ⌚ Sesión 11 ¿Qué ocurrirá?
- ⌚ Sesión 12 Taller de ideas sinónimas
- ⌚ Sesión 13 Cuadros
- ⌚ Sesión 14 Me conecto a...
- ⌚ Sesión 15 ¿En qué rincón está la solución?
- ⌚ Sesión 16 Te aconsejo que...
- ⌚ Sesión 17 Decoramos con buenos consejos
- ⌚ Sesión 18 Estudiantes mediadores
- ⌚ Sesión 19 Consejos sabios
- ⌚ Sesión 20 El viajero del futuro
- ⌚ Sesión 21 Alegría para vivir
- ⌚ Sesión 22 Buenos consejos
- ⌚ Sesión 23 La semana de los valientes
- ⌚ Sesión 24 No puedo
- ⌚ Sesión 25 Proponerse objetivos, disfrutando del camino y de la meta
- ⌚ Sesión 26 Mirando a nuestras plantas
- ⌚ Sesión 27 Cuentos y dramatizaciones sobre la sinceridad
- ⌚ Sesión 28 Sé decir la verdad
- ⌚ Sesión 29 ¿Cómo te sientes?
- ⌚ Sesión 30 Refranes sobre la verdad y la mentira
- ⌚ Sesión 31 Cada día me siento mejor
- ⌚ Sesión 32 Somos estupendos
- ⌚ Sesión 33 Puedo hacerlo mejor
- ⌚ Sesión 34 Puedo expresarlo mejor
- ⌚ Sesión 35 Un día cualquiera
- ⌚ Sesión 36 ¡Tengo que esperar!

## Sesión 1: La caricia

<b>Objetivos</b>	⌚ Favorecer la conciencia sensorial y la concentración.
<b>Desarrollo</b>	<p>Sentados en círculo, observamos nuestras manos, las juntamos por las palmas intentando acercarlas al máximo, haciendo fuerza y soltando, haciendo fuerza y soltando... Después, cerramos y abrimos los puños suavemente y notando cómo se estira la mano y cómo al cerrarla las uñas aprietan levemente la piel. Ahora extendemos una mano y pasamos por su contorno el dedo índice de la otra, vamos recorriendo los dedos uno a uno, despacio, recreándonos en la caricia. Después podemos recorrer las rayas de la palma notando el cosquilleo. Repetimos cambiando de mano. Una variación consiste en hacer la actividad por parejas, un niño a otro alternativamente. Respiramos profundamente tres veces para cerrar la actividad.</p>
<b>Recursos</b>	⌚ Un ambiente de calma.
<b>Tiempo</b>	35 minutos

## Sesión 2: Mis manos

<b>Objetivos</b>	⌚ Favorecer la conciencia sensorial y la concentración.
<b>Desarrollo</b>	<p>Juntamos las manos nuevamente formando un cuenco, como si fuera un nido, siendo conscientes de la forma que adopta. Luego, echamos dentro de las manos de cada niño una canica e imaginamos que es un huevo de un pájaro; notamos su peso o ligereza, su forma, si nos produce calor o frío, etc. Intentamos caminar lentamente por la clase sin que se nos caiga el huevo, y lo llevamos hasta un lugar común donde lo depositaremos con cuidado. Respiramos profundamente tres veces para cerrar la actividad.</p> <p>Variaciones: 1) Quietos, mecemos suavemente la canica recreándonos en el movimiento y la sensación. 2) En corro, ponemos las manos formando un nido, la maestra echa la canica al niño más próximo, este la pasa a su compañero, y este al siguiente hasta completar una vuelta.</p>
<b>Recursos</b>	⌚ Canicas
<b>Tiempo</b>	35 minutos

<b>Sesión 3: Saboreando una galleta</b>	
<b>Objetivos</b>	⌚ Vivir el momento presente, observar, describir y sentir detalles.
<b>Desarrollo</b>	<p>Invitamos a los niños a saborear conjuntamente una galleta, repartiéndole una a cada uno. Buscamos un momento y un espacio adecuados, creando un ambiente tranquilo, de sosiego, de disfrute y sin prisas. Repartimos una galleta a cada uno, insistiendo en que vamos a esperar a que todos tengan una. Trabajamos los sentidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La vista: observamos su forma, tamaño, color, dibujos...</li> <li>• El tacto: rugosa, lisa, suave, áspera...</li> <li>• El olfato: qué nos evoca, qué nos sugiere...</li> <li>• El gusto: comemos poco a poco, saboreando lentamente cada bocado; percibimos si es dulce, salado, crujiente, blando...</li> </ul> <p>Una vez comida la galleta, expresamos lo que hemos sentido y lo que hemos descubierto, con el mismo clima de sosiego y respeto. Los niños descubren las sensaciones que les produce el alimento y de las que hasta ahora no habían sido conscientes.</p> <p>Observaciones. Podemos escoger cualquier otro alimento sencillo: una pasa, una mandarina, un fruto seco...</p>
<b>Recursos</b>	⌚ Un ambiente de calma, con los estudiantes sentados en el suelo en círculo. Una alfombra o cojines donde sentarse. Una galleta para cada niño.
<b>Tiempo</b>	35 minutos

<b>Sesión 4: Observando una obra de arte</b>	
<b>Objetivos</b>	⌚ Apreciar la belleza de una obra de arte. Observar y describir los detalles.
<b>Desarrollo</b>	Trabajaremos la contemplación de un cuadro, por ejemplo, Campo de amapolas, de Monet. Utilizamos un video proyector y proyectamos el cuadro en una pantalla o pared blanca, invitándoles a disfrutar de esta imagen. Para ello creamos un clima adecuado de calma y relajación, y acompañamos la proyección con una audición musical. Durante unos minutos dejamos a los niños que observen el cuadro en silencio. Después les pedimos que expresen libremente lo que les sugiere la imagen. A

	<p>continuación les planteamos algunas preguntas para guiar la expresión oral:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ¿Qué estación del año refleja el cuadro?</li> <li>– ¿Quiénes pueden ser los distintos personajes que aparecen?</li> <li>– ¿Qué relación hay entre ellos?</li> <li>– ¿Qué ocurriría si pudiéramos meternos dentro del cuadro?</li> </ul> <p>Observaciones. Podemos escoger cualquier otro alimento sencillo: una pasa, una mandarina, un fruto seco...</p>
<b>Recursos</b>	⌚ Un ambiente de calma, con los estudiantes sentados en el suelo en círculo. Figura de un cuadro.
<b>Tiempo</b>	35 minutos

<b>Sesión 5: Una piedra en el fondo del lago</b>	
<b>Objetivos</b>	⌚ Relajarse logrando un estado de serenidad y plena conciencia para luego concentrarse en el momento presente, apreciarlo y disfrutarlo.
<b>Desarrollo</b>	<p>Adoptamos una postura relajada, sentados en una silla o en el suelo, y comenzamos concentrándonos en nuestra propia respiración, observando tranquilamente nuestro cuerpo mientras pensamos: “inspiro” y “espiro”, al mismo tiempo que inhalamos y exhalamos. Continuamos este proceso durante un par de minutos. A continuación, imaginamos que estamos sentados sobre la hierba, a la orilla de un hermoso lago de aguas tranquilas.</p> <p>En nuestra mano tenemos una pequeña piedra, que vamos a lanzar suavemente sobre el lago. Visualizamos la piedra, su textura, su peso, cómo la arrojamos, e imaginamos cómo choca sobre la superficie del agua. La observamos hundiéndose lentamente, hasta que se queda inmóvil en el lecho del lago. Ahora vamos a identificarnos con esa piedrecita, como si nos hubiéramos convertido en ella. Somos un guijarro que descansa apaciblemente en el fondo de un hermoso lago de aguas serenas. Sentimos una profunda paz y un gozo inmenso. Ningún pensamiento acerca del pasado o del futuro nos preocupa. Solo existe esa piedra que somos nosotros y el lago que nos envuelve. Vigilamos nuestra respiración, siendo conscientes de ella. Si algo nos distrae, volvemos a tomar conciencia de la respiración y seguimos visualizándonos como un guijarro en el fondo de un lago. Nos mantenemos en este estado durante un mínimo de cinco minutos. El facilitador puede ir guiando el ejercicio, verbalizando en voz alta las instrucciones que acabamos de describir, con voz calmada e inspiradora, recreándose en los detalles y apelando a la imaginación de cada</p>

	estudiante.
<b>Recursos</b>	⌚ Ambiente de calma
<b>Tiempo</b>	35 minutos

## Sesión 6: Respirando con versos o palabras clave

<b>Objetivos</b>	⌚ Concentrarse en el momento presente, apreciarlo y disfrutarlo.
<b>Desarrollo</b>	<p>Se trata de una técnica clásica en la meditación zen, que consiste en asociar, tanto a la inhalación como a la exhalación, una imagen en forma de frase o de alguna palabra clave. Podemos escoger alguno de los poemas que figuran más abajo, y el procedimiento será el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mientras inspiramos, pensamos en el primer verso, concentrándonos en la imagen o sensación que describe esa frase.</li> <li>– A continuación espiramos, pensando en el segundo verso, concentrados en la imagen o sensación descritas.</li> <li>– Podemos practicar respirando y repitiendo mentalmente ambos versos durante cinco, diez, quince o más inhalaciones y exhalaciones.</li> <li>– A continuación, pasamos a los dos siguientes versos y repetimos el mismo proceso. Continuaremos así hasta finalizar el poema.</li> </ul> <p>Cuando ya tengamos algo de práctica con este ejercicio, podemos sustituir las frases por una palabra clave que las resume: “tranquilo”, “sonrío”, “presente”, “maravilloso”... Es muy importante realizar estos ejercicios con plena conciencia, viviendo con la mayor intensidad posible las imágenes que cada frase o palabra nos evoca, evitando caer en una repetición mecánica de palabras y en un mero inspirar y espirar sin más. Se trata de vivir plenamente en el presente y de disfrutar con la paz y tranquilidad que nos proporciona la combinación de la respiración, las imágenes y las sensaciones.</p> <p>Ejemplos de versos y palabras clave:</p> <p>⌚ I</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Al inspirar, estoy tranquilo. Tranquilo Al espirar, sonrío. Sonrío</li> <li>2. Al inspirar, vivo en el presente. Presente</li> <li>3. Al espirar, siento que es un momento maravilloso. Maravilloso</li> </ol> <p>⌚ II</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Al inspirar, soy consciente de mi inspiración. Inspiro Al espirar, soy consciente de mi espiración. Espiro</li> <li>2. Al inspirar, me lleno de energía. Energía Al espirar, me siento sano. Sano</li> <li>3. Al inspirar, me calmo. Calma Al espirar, me libero de las tensiones. Libre</li> </ol>

	<p>∅ III</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Al inspirar, mi respiración es profunda. Profunda Al espirar, mi respiración es lenta. Lenta</li> <li>2. Al inspirar, me siento cómodo. Comodidad Al espirar, siento paz. Paz</li> </ol> <p>∅ IV</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consciente de mi cuerpo, inspiro. Cuerpo Sonriendo a mi cuerpo, espiro. Sonrío</li> <li>2. Contemplando una montaña, inspiro. Montaña Sonriendo a la montaña, espiro. Sonrío</li> <li>3. Contemplando un río, inspiro. Río Sonriendo al río, espiro. Sonrío</li> <li>4. Contemplando el mar, inspiro. Mar Sonriendo al mar, espiro. Sonrío</li> <li>5. Contemplando un bosque, inspiro. Bosque Sonriendo al bosque, espiro. Sonrío</li> <li>6. Contemplando a mi familia, inspiro. Familia Sonriendo a mi familia, espiro. Sonrío</li> <li>7. Contemplando a mis amigos, inspiro. Amigos Sonriendo a mis amigos, espiro.</li> </ol> <p>Sonrío</p> <p>∅ V</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contemplando mis alimentos, inspiro. Alimentos Dando gracias por mis alimentos, espiro. Gracias</li> <li>2. Contemplando el agua que utilizo, inspiro. Agua Dando gracias por el agua, espiro. Gracias</li> <li>3. Contemplando mi ropa, inspiro. Ropa Dando gracias por mi ropa, espiro. Gracias</li> <li>4. Contemplando mi hogar, inspiro. Hogar Dando gracias por mi hogar, espiro. Gracias</li> </ol> <p>Observaciones: El facilitador puede guiar el ejercicio, recitando en voz alta el verso o la palabra clave que se van a utilizar. También podemos darles a los alumnos una copia de los versos escritos, o bien escribirlos en la pizarra o proyectarlos en una pantalla. Los ejemplos propuestos para esta actividad están inspirados en el libro “El florecer del loto”</p>
<b>Recursos</b>	∅ Ambiente de calma
<b>Tiempo</b>	35 minutos

<b>Sesión 7: Un mikado especial</b>	
<b>Objetivos</b>	∅ Habitúarse a sacar conclusiones y a tomar decisiones tras reflexionar y analizar todas las posibilidades
<b>Desarrollo</b>	El objetivo de esta actividad es el mismo del tradicional juego chino “mikado”: pensar antes de actuar y tener en cuenta las repercusiones de tomar una decisión precipitada. Se trataría de elaborar los “palillos” de este juego a base de tiras de papel de colores que luego se enrollan: cada rollito, según su color, tendría un mensaje diferente (pagar una prenda o realizar una orden) y un valor diferente (número de puntos); el rollito de

	<p>color blanco sería el mikado.</p> <p>El desarrollo de la actividad sería igual que en el juego chino: todos los rollitos de colores se esparcen en el espacio de juego realizando un movimiento circular. Posteriormente cada participante, por turno, tiene que intentar levantar un rollito pero sin que se mueva ninguno de los otros. A partir del momento en que levantamos el “mikado”, nos podemos ayudar de este para levantar los otros rollitos que se han quedado en la parte de abajo. Esto que parece algo muy simple, para obtener un buen resultado requiere que, previamente, antes de mover, nos hagamos las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⌚ ¿Cuál quiero mover?</li> <li>⌚ ¿Por qué?</li> <li>⌚ ¿Qué pasará si...?</li> </ul> <p>Los estudiantes se sentarán en el suelo formando un círculo. El facilitador será el encargado de esparcir los rollitos en el centro del círculo. Cada niño, respetando su turno, saldrá al centro y decidirá cuál quiere coger (recordando siempre las preguntas previas) y comprobando, de forma instantánea, el resultado. Si ha conseguido cogerlo sin mover ninguno de los otros, se lleva el rollito, lo abre, lee el mensaje que contiene (pagar una prenda o realizar una orden) y si lo consigue se lleva los puntos correspondientes a ese color. Si al levantar el rollito elegido movemos otros, perdemos el turno y no nos llevamos ese rollito. Gana quien haya conseguido más puntos. Recursos: Folios de colores y rotuladores.</p> <p>Observaciones: Hay que intentar que los niños tomen conciencia de que lo más importante no es conseguir el mayor número de puntos, sino pensar cuál es la estrategia más adecuada para que no tenga repercusiones negativas: pienso bien cuál es el que tengo que mover para evitar el desplazamiento de los otros, qué pasa si muevo el verde o el amarillo, etc. Como el resultado es inmediato, los niños se dan cuenta de las repercusiones que conlleva actuar sin pensar previamente, y esto es un aviso que nos indica la necesidad de cambiar en base a los resultados y a las pruebas existentes.</p>
<b>Recursos</b>	⌚ Un juego de Mikado.
<b>Tiempo</b>	35 minutos

<b>Sesión 8: Rincones de opinión</b>	
<b>Objetivos</b>	⌚ Habitúarse a tomar decisiones propias analizando previamente todas sus consecuencias.
<b>Desarrollo</b>	Con esta actividad se pretende que nuestros estudiantes aprendan a buscar soluciones “propias” a los problemas que surgen en su vida diaria, y no siempre sea necesaria la intervención de un adulto.

	<p>Siguiendo esta línea de actuación, tenemos que transmitirles la importancia de que la solución adoptada siempre hay que intentar que sea la más adecuada. Para ello, es necesario analizar y evaluar todas las consecuencias que cada una de estas soluciones conlleva, antes de precipitarnos y elegir la opción menos afortunada. En un primer momento, en gran grupo, planteamos a nuestros alumnos las siguientes preguntas:</p> <p>¿Qué problemas tenemos?</p> <p>¿Cuál es tu problema más importante en este momento?"</p> <p>Dejamos que los estudiantes se expresen y, ante cada una de las manifestaciones, el facilitador escucha a los chicos, apunta el problema en la pizarra y concluye diciendo: "Así que el problema es...". Posteriormente, una vez que todos los componentes del grupo clase se han manifestado y, recogidas todas las aportaciones, entre todos seleccionamos uno de los problemas.</p> <p>El estudiante que lo ha expresado se coloca en el centro y emite la frase: "Mi problema es...", y el resto se reparte en grupos pequeños, de manera que cada grupo se coloca en un rincón de la clase y, entre todos los miembros del equipo, tienen que decidir cuál es para ellos la solución más adecuada. Una vez decidida, la escriben en una hoja de papel y la muestran, para que el niño que ha planteado el problema mire en todas las direcciones y elija la que considera más apropiada. Mientras tanto, cada grupo intenta convencerle de que la suya es la mejor opción.</p> <p>Finalmente, cuando la elige, todos aplauden y se sientan en círculo, intentando analizar las consecuencias de haber seleccionado esa solución. Si los miembros del grupo, en general, consideran que no es la opción más adecuada, el alumno que ha planteado el problema elige otra de las opciones ofertadas; así hasta analizarlas todas. Si ninguna de las soluciones aportadas por los grupos es la más apropiada, volverán a juntarse los grupos para pensar otras cuatro soluciones, asignando cada vez un rincón diferente de la clase para la nueva solución.</p>
<b>Recursos</b>	☞ Hojas y rotuladores para escribir las "soluciones".
<b>Tiempo</b>	35 minutos

<b>Sesión 9: El elefante y los ciegos</b>	
<b>Objetivos</b>	☞ Comprender que hay muchos puntos de vista ante una misma situación.
<b>Desarrollo</b>	Contamos a los estudiantes la antigua y célebre parábola del elefante y los seis sabios ciegos. A continuación, reflexionamos sobre lo siguiente: los ciegos, tras tocar una parte del elefante, describían algo distinto cada uno. Nuestras percepciones, impresiones o conocimientos previos de algo, hacen que construyamos una imagen distinta de un mismo asunto, que no siempre se corresponde con la realidad. Realizamos un debate

	sobre el tema, tratando de llegar a la conclusión de que nuestras perspectivas sobre las cosas suelen ser parciales, y que es necesario saber conjugar nuestro punto de vista con el de los demás, para obtener una visión más ajustada de la realidad.
<b>Recursos</b>	⌚ Cuento “El elefante y los seis sabios”
<b>Tiempo</b>	35 minutos

<b>Sesión 10: Percepciones</b>	
<b>Objetivos</b>	⌚ Observar cómo una imagen es diferente según el punto de vista que adoptamos.
<b>Desarrollo</b>	Mostramos imágenes en una presentación PowerPoint. Las pasamos una a una y comentamos lo que muestran, cuántos objetos o personas aparecen, si es posible apreciar puntos de vista diferentes ante misma imagen, etc. Después, debatimos sobre lo observado, tratando de extrapolarlo a nuestro modo cotidiano de analizar la realidad: ¿hay un único punto de vista de lo que observamos, de lo que nos ocurre...?, ¿nuestra percepción es objetiva o no?, ¿cómo condiciona esto nuestras opiniones o decisiones?, etc.
<b>Recursos</b>	⌚ Presentación PowerPoint con imágenes sugerentes, con percepciones curiosas de la realidad o con ilusiones ópticas. En Internet pueden localizarse muchas presentaciones de este estilo.
<b>Tiempo</b>	35 minutos

<b>Sesión 11: ¿Qué ocurrirá?</b>	
<b>Objetivos</b>	⌚ Ampliar los puntos de vista de los estudiantes.
<b>Desarrollo</b>	<p>Sentados en círculo, o en gran grupo en U, contamos la siguiente historia: “Tengo una mascota, un perro llamado Canuto. Al sacar mi padre el coche del garaje, el perro se escapó y no ha vuelto a casa ni lo hemos encontrado”.</p> <p>A continuación preguntamos a los niños: ¿Qué piensan que le ocurrirá? Surgen respuestas diferentes, por ejemplo: lo atropellarán, vivirá en libertad... (No se censura ninguna opinión de los estudiantes). Ahora analizamos esos pensamientos y reflexionamos sobre las emociones que llevan asociadas.</p> <p>Estas son positivas o negativas y van unidas al pensamiento precedente.</p>

	<p>En la pizarra dibujamos un cuadro de doble entrada donde figuran: la situación narrada, los pensamientos y las emociones, para visualizar mejor la actividad. Situación Pensamiento Emoción Una vez cumplimentado el cuadro, les hacemos reflexionar sobre si se pueden transformar los pensamientos negativos en positivos, buscando pensamientos alternativos que mejoren el estado emocional que tenemos –reestructuración cognitiva.</p> <p>Observaciones: La actividad puede realizarse en grupos pequeños y proporcionar el cuadro de doble entrada en papel para rellenarlo. Cada equipo piensa en una situación y hace el ejercicio por escrito; luego, se pone en común en gran grupo.</p> <p>Esta actividad se puede plantear cuando en clase surjan distintas opciones ante un hecho, en el día a día. Por ejemplo: un estudiante no ha venido a clase; de las opciones barajadas, insistimos en los pensamientos positivos que refuerzan emociones positivas. Cuando uno de nuestros alumnos responda manifestando pensamientos negativos (por ejemplo, les planteamos una tarea y nos dicen: “No soy capaz”...), podemos hacerle pensar en otras opciones más positivas que mejoren su estado emocional.</p>
<b>Recursos</b>	☞ Pizarra y plantilla impresa en papel.
<b>Tiempo</b>	35 minutos

<b>Sesión 12: Taller de ideas sinónimas</b>	
<b>Objetivos</b>	☞ Favorecer el desarrollo de la “apertura mental” a través de la búsqueda de sinónimos.
<b>Desarrollo</b>	Con esta actividad, se pretende ayudar a nuestros estudiantes a ser conscientes y a darse cuenta de que las cosas podemos expresarlas de diferentes maneras, sin cambiar su significado. Esta “variedad” en la expresión nos exige previamente un análisis concienzudo de todos los matices y significados de dicha expresión, para evitar, en la medida de lo posible, conclusiones precipitadas. La búsqueda de sinónimos no solo proporciona fluidez y riqueza verbal, sino que además nos ayuda a conseguir agilidad mental y, como consecuencia de todo esto, resulta favorecida nuestra apreciada y deseada “apertura mental”. En un primer momento, se propone al alumnado la búsqueda de un tema o noticia de interés o de actualidad, que irá acompañada de su opinión personal. Esto puede plantearse al principio de la semana, y el viernes cada uno trae el tema o noticia elegida y expone ante los demás su opinión personal al respecto. Tras escuchar todas las intervenciones, en gran grupo, se elige el tema o la noticia que va a constituir nuestro proyecto de trabajo. Posteriormente, y teniendo en cuenta el tema objeto de nuestro interés, en pequeño grupo, tratamos de buscar y expresar:

	<p>1) Opiniones similares expresadas de otra manera: “las ideas sinónimas”.      2) Opiniones contrarias expresadas de diferentes maneras: “las ideas antónimas”.</p> <p>Todo el trabajo elaborado quedará recogido en una cartulina, a modo de cartel, que contenga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Noticia o tema de interés.</li> <li>–Opiniones personales: Ideas sinónimas / Ideas antónimas</li> <li>–Opiniones de otras personas recogidas en los diferentes medios de comunicación.</li> </ul>
<b>Recursos</b>	⌚ Búsqueda de temas o noticias en los medios de comunicación, Internet, redes sociales...
<b>Tiempo</b>	35 minutos

<b>Sesión 13: Cuadros</b>	
<b>Objetivos</b>	⌚ Desarrollar la imaginación ante estímulos visuales.
<b>Desarrollo</b>	<p>Elegimos un cuadro más o menos figurativo con alguna escena (un paisaje, unos personajes...).</p> <p>Al principio, los estudiantes no deben ver el cuadro completo; para ello, taparemos parcialmente la imagen, de manera que aparezca solo un fragmento muy reducido, y preguntaremos a los alumnos qué ven, pidiéndoles que vayan formulando hipótesis acerca de lo que representa el cuadro. A continuación, iremos destapando la imagen, ampliando progresivamente la parte visible; tras cada nueva ampliación de la imagen, volveremos a preguntarles qué creen que representa el cuadro. De esta manera cambian de punto de vista a medida que varía la imagen, hasta que al fin está a la vista todo el cuadro. Los niños van construyendo su relato a través de sus percepciones y de las intervenciones del grupo. Después, debatimos sobre lo observado, tratando de extrapolarlo a nuestro modo cotidiano de analizar la realidad: ¿hay un único punto de vista de lo que observamos, de lo que nos ocurre...?, ¿nuestra percepción es objetiva o no?, ¿cómo condiciona esto nuestras opiniones o decisiones?, etc.</p>
<b>Recursos</b>	⌚ Fotos de cuadros, figurativos o no, de calidad artística.
<b>Tiempo</b>	35 minutos

<b>Sesión 14: Me conecto a...</b>	
<b>Objetivos</b>	⌚ Ser consciente de la importancia de hacer juicios de valor adecuados.
<b>Desarrollo</b>	<p>Con esta actividad se pretende que la realidad del mundo global entre en clase, es decir, que los estudiantes sean conscientes de aquellas noticias que tienen una importante repercusión sobre todos, recopilen y busquen información sobre las mismas y se interesen por ellas. Gracias a todo esto, conseguiremos que se vayan formando sus propias opiniones, tras un proceso previo de conocimiento y descubrimiento de todas sus posibilidades y matices, y sentando las bases para la formación de un pensamiento crítico y cargado de juicio. Todo esto permitirá sentir la necesidad de actuar y conducirá a proponer acciones de intervención. Se pide al grupo clase que, durante una semana, pregunten en casa, se informen y busquen una noticia, que esté sucediendo en ese momento y que tenga repercusión para la Humanidad. Cada día les recordaremos que se interesen por el tema. A la semana siguiente, se llevan los temas seleccionados a la asamblea y, entre todos, se elige el que será objeto de estudio y análisis. Se establece un plan de trabajo con los siguientes rincones, cuyo contenido será:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>.Rincón 1: ¿qué ha sucedido?, ¿dónde?, ¿cuándo?</li> <li>.Rincón 2: ¿por qué?</li> <li>.Rincón 3: ¿qué pensamos? (juicios de valor).</li> <li>.Rincón 4: ¿qué podemos hacer para solucionarlo? ¿Qué puedes hacer tú?</li> </ul> <p>Se hará una puesta en común, distribuyendo y responsabilizando de cada rincón; durante 10 minutos analizan lo trabajado en su rincón y, posteriormente, cada grupo expone al resto toda la información recopilada. Finalmente, puede generarse un debate o intercambio de ideas.</p>
<b>Recursos</b>	⌚ Ambiente de calma.
<b>Tiempo</b>	35 minutos

<b>Sesión 15: ¿En qué rincón está la solución?</b>	
<b>Objetivos</b>	⌚ Comprender que todos los problemas tienen una o varias soluciones.
<b>Desarrollo</b>	Empezaremos la actividad planteando algún problema que nos haya surgido en clase. Un niño o niña que haya vivido la situación saldrá, se colocará en el centro y relatará los hechos. A continuación, entre todos realizaremos una lluvia de ideas, pensaremos y seleccionaremos cuatro

	<p>posibles consejos para ayudar a afrontar el problema. Para cada uno de los consejos que escojamos finalmente elaboraremos un cartel y lo colocaremos en un rincón distinto de la clase. Cada estudiante se dirigirá al rincón donde está el consejo que le parece mejor. El niño o niña que está en el centro elige a continuación el consejo que a él le parece más adecuado. Posteriormente hay que analizar y descubrir las consecuencias de haber elegido ese consejo o rincón y valorar si es el más adecuado.</p>
<b>Recursos</b>	∅ Estudiantes
<b>Tiempo</b>	35 minutos

<b>Sesión 16: Te aconsejo que...</b>	
<b>Objetivos</b>	∅ Ser capaz de dar consejos sabios y adecuados.
<b>Desarrollo</b>	<p>Los niños tienen que aprender a diferenciar entre lo que es adecuado y lo que no es adecuado hacer, así como también entre sentimientos y acciones, ya que ambos condicionan muchas veces la forma de actuar y de ver las cosas, desencadenando un comportamiento más o menos afortunado. Con esta actividad, se pretende que los estudiantes sean conscientes de la importancia de aconsejar a los demás, cuando comprobamos que su forma de actuar no es la idónea.</p> <p>Esto favorecerá un crecimiento adecuado, acompañado de una noción clara de lo que se debe hacer. Se plantearán diferentes situaciones utilizando el recurso de la dramatización: se explica la situación y se reparten los papeles de los protagonistas.</p> <p>El resto del grupo hace de público y tendrá que dar su opinión sobre cada una de las situaciones escenificadas, así como también proponer soluciones en forma de consejos: pensar frases que les dirían a sus compañeros para modificar su comportamiento o actuación. Las situaciones a representar podrían ser las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– María tira la construcción elaborada por Juan, porque ella quiere jugar con las piezas.</li> <li>– Pedro no quiere bajarse del columpio y hay una fila de niños esperando para subir.</li> <li>– Sandra viene enfadada de su casa y se pone a empujar en la fila.</li> <li>– Carolina pierde su globo y se lo quita a su compañera.</li> <li>– Alberto no quiere escuchar el cuento que el profesor está leyendo y molesta a los compañeros que quieren escuchar.</li> <li>– Eduardo coge la ficha de Nerea y se la raya porque a él no le sale bien y a Nerea sí.</li> <li>– Esther está contando una noticia muy importante para ella y la interrumpen constantemente sus compañeros.</li> </ul>

	<p>— ...</p> <p>Comentamos cada una de las acciones y pedimos a los niños que piensen la frase o consejo que utilizarían para demostrar que no han actuado de forma correcta: “No debes hacer eso porque molestan”, “Intenta portarte mejor”, “Es mejor no enfadarse”, “Hay que escuchar a los demás”... Finalmente, por grupos pequeños, con los consejos pensados por todos, se elaborarán carteles y se colocarán en la clase para recordarnos, cuando sea necesario, cómo debemos actuar.</p>
<b>Recursos</b>	☞ Papeles o cartulinas y rotuladores.
<b>Tiempo</b>	35 minutos

<b>Sesión 17: Decoramos con buenos consejos</b>	
<b>Objetivos</b>	☞ Estimular la elaboración de buenos consejos que nos sirvan a nosotros mismos y a los demás en situaciones problemáticas.
<b>Desarrollo</b>	<p>Esta actividad puede enmarcarse dentro de la acción tutorial. Consiste en hablar entre todos acerca de qué aspectos creemos que debe tener un buen consejo (ser breve, conciso, fácil de recordar, significativo...) y después recordar o elaborar frases sencillas que nos ayuden a afrontar con mayor sabiduría y éxito situaciones problemáticas. Para concretar mejor las frases, podemos sugerirles temas concretos: cómo resolver un conflicto entre personas, cómo afrontar situaciones que nos producen temor, cómo enfrentarse a las dificultades en la vida, etc.</p> <p>Esta actividad puede desarrollarse en pequeños grupos y después realizar una puesta en común.</p>
<b>Recursos</b>	☞ Ambiente de calma
<b>Tiempo</b>	35 minutos

<b>Sesión 18: Estudiantes mediadores</b>	
<b>Objetivos</b>	☞ Resolver de forma no violenta los conflictos con la intervención de un mediador o mediadora.
<b>Desarrollo</b>	<p>En la escuela y en la vida surgen conflictos que han de ser abordados. El centro puede optar por incluir en su Plan de Convivencia este modelo de resolución de conflictos: los “Estudiantes mediadores”.</p> <p>La mediación es un proceso estructurado de gestión de conflictos, es decir, para resolver disputas y conflictos, en el cual las personas enfrentadas por el conflicto se reúnen voluntariamente en presencia de</p>

	<p>una tercera persona neutral –el mediador o mediadora– y, por medio del diálogo, buscan salidas al problema conjuntamente e intentan llegar a un acuerdo.</p> <p>Es un servicio educativo que interviene en conflictos interpersonales en la escuela, ayudando a que las partes lleguen ellas mismas a un acuerdo. El proceso de mediación formal comprende varias fases.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Premediación o encuentros personales.</li> <li>2. Encuadre. Presentación. ¿Cómo empezar?</li> <li>3. Cuéntame. ¿Cómo escuchar? El pasado.</li> <li>4. Aclarar el problema. ¿Cómo situarlo? El presente.</li> <li>5. Proponer soluciones. ¿Cómo arreglarlo? El futuro.</li> <li>6. Llegar a un acuerdo. ¿Cómo finalizar?.</li> </ol>
<b>Recursos</b>	⌚ Ambiente de calma.
<b>Tiempo</b>	35 minutos

<b>Sesión 19: Consejos sabios</b>	
<b>Objetivos</b>	<p>⌚ Analizar ejemplos de consejos sabios y elaborar consejos propios.</p>
<b>Desarrollo</b>	<p>En primer lugar, vamos a analizar diversos pensamientos y frases célebres que encierran sabios consejos, como paso previo para que los propios alumnos puedan escribir posteriormente sus propuestas personales. Podemos traer a clase algunas frases célebres (se pueden encontrar con facilidad en Internet, por ejemplo en la página <a href="http://www.citasyrefranes.com">http://www.citasyrefranes.com</a>, del estilo de las siguientes:</p> <p>⌚ Solo sé que no sé nada. (Sócrates).</p> <p>⌚ La verdadera sabiduría está en reconocer la propia ignorancia. (Sócrates).</p> <p>⌚ No basta con alcanzar la sabiduría, es necesario saber utilizarla. (Marco Tulio Cicerón).</p> <p>⌚ Muchos habrían podido llegar a la sabiduría si no se hubieran creído ya suficientemente sabios. (Juan Luis Vives).</p> <p>⌚ La prueba más clara de la sabiduría es una alegría continua. (Michel de Montaigne).</p> <p>⌚ La mayor sabiduría que existe es conocerse a uno mismo. (Galileo Galilei).</p> <p>También podemos leer algún relato breve ilustrativo de la sabiduría; sería muy adecuado “La taza de té”, un conocido cuento zen que puede encontrarse en la siguiente dirección: <a href="http://www.cetr.net/modules.php?name=News&amp;file=article&amp;sid=1190">http://www.cetr.net/modules.php?name=News&amp;file=article&amp;sid=1190</a></p> <p>Leeremos las frases o los relatos en voz alta, con todo el grupo, y a continuación comentaremos entre todas nuestras impresiones: qué</p>

	consejos sabios encierra cada una de estas lecturas, cómo podemos aplicarlos a nuestra vida, etc. El paso siguiente consiste en que cada estudiante, a partir de los ejemplos analizados, escriba una frase o un breve relato que refleje un consejo sabio. Finalmente, podemos poner en común los escritos de los estudiantes, e incluso recopilarlos y elaborar un “libro de consejos sabios”.
<b>Recursos</b>	⌚ Frases o relatos seleccionados previamente.
<b>Tiempo</b>	35 minutos

<b>Sesión 20: El viajero del futuro</b>	
<b>Objetivos</b>	⌚ Comprenderse mejor a sí mismo. Ser capaz de darse consejos útiles para la propia vida.
<b>Desarrollo</b>	<p>Esta actividad está inspirada en una propuesta de Ben-Shahar que nosotros hemos adaptado para trabajar la fortaleza de Perspectiva. Se trata de pedir a los estudiantes que se imaginen a sí mismos dentro de 40 o 50 años: en ese momento, seguramente, habrán atesorado muchas experiencias y dispondrán de una mayor sabiduría para comprenderse a sí mismos y al mundo que les rodea. Les pediremos que escojan algún problema o dificultad que tengan en el momento actual, y que se imaginen que su “yo futuro” viaja en el tiempo y viene a darles un consejo. A continuación, deben escribir cuál es su problema y qué consejo se darían a sí mismos. La actividad finalizaría poniendo en común los escritos de los alumnos que deseen compartir sus aportaciones con el grupo.</p> <p>Observaciones: El hecho de imaginarse a sí mismos dentro de 40 o 50 años puede ayudar a los estudiantes a observarse de un modo más objetivo, favoreciendo que encuentren respuestas a sus problemas actuales. También les ayudará a valorar la madurez y la experiencia que el paso del tiempo nos aporta a los seres humanos.</p>
<b>Recursos</b>	⌚ Ambiente de calma.
<b>Tiempo</b>	35 minutos

<b>Sesión 21: Alegría para vivir</b>	
<b>Objetivos</b>	⌚ Valorar la importancia de transmitir alegría y bienestar para facilitar la comprensión del mundo que nos rodea, tanto a nosotros mismos como a los demás.
<b>Desarrollo</b>	Algo muy sencillo, pero no por ello menos importante, consiste en

regalar pequeñas dosis de alegría y bienestar a las demás personas, en forma de consejos, mensajes o frases, que nos ayuden a constatar y a tomar conciencia de la importancia de vivir de forma feliz, ya que es algo imprescindible para sortear los avatares que nos sorprenden en nuestra vida diaria y cotidiana.

La sonrisa permanente, la sensación de bienestar, la transmisión de alegría, en suma, la felicidad, debe formar parte de nuestra vida en cada momento, en cada paso, aunque en muchas ocasiones esta queda perdida y aparcada en el camino, hasta que alguien o algo nos ayuda a recordarla y a integrarla, poco a poco, en nuestra vida, siendo conscientes en esos momentos de su importancia y necesidad para facilitar la comprensión y el enriquecimiento del mundo en el que vivimos.

En un primer momento, en gran grupo, planteamos en clase la siguiente pregunta: ¿cómo podemos enriquecer y comprender mejor el mundo que nos rodea, y hacerlo más comprensible para los demás, adoptando una actitud alegre? Esta pregunta nos ayudará a introducir y centrar el tema que queremos trabajar. Dejaremos que, libremente, todos expresen sus opiniones.

Posteriormente, en grupos pequeños, les pediremos que piensen frases o mensajes que utilizarían: para ayudar a personas que están atravesando dificultades o momentos desagradables, para extraer los aspectos positivos de las experiencias negativas, para evocarnos hechos bonitos dignos de recordar, para dar ánimos a los que lo necesitan, para recordarnos la importancia de disfrutar y de ser felices, para mantener siempre una actitud optimista, para favorecer la importancia de un pensamiento positivo..., es decir, para hacer la vida más agradable a todas las personas y para no olvidar que la vida es una aventura que merece la pena ser vivida.

En un segundo momento, se realiza la puesta en común: un representante de cada equipo expone ante el grupo las frases, mensajes o consejos que ellos han seleccionado, por la importancia y conveniencia de su aplicación en la vida cotidiana.

Posteriormente, se pide a cada equipo que todas sus aportaciones queden plasmadas en un cartel y, con todos ellos, se compondrá un gran mural: “Dosis de alegría y bienestar”, que se colocará en un lugar visible del colegio.

En una tercera fase, se pide al alumnado que recopilen y busquen frases célebres o famosas que estén relacionadas con el tema que nos ocupa, así como el autor de las mismas. Estas frases se copiarán en carteles de colores y se colocarán alrededor del gran mural (servirán para complementarlo).

Finalmente, con todas las frases, mensajes o consejos aportados por los alumnos, y con todas las frases célebres encontradas, se puede elaborar el libro “Alegría para vivir”, que una vez confeccionado, irá rotando por las diferentes familias y se propondrá su enriquecimiento con las aportaciones familiares.

Observaciones: El nivel de profundización en la realización de esta actividad vendrá determinado por el nivel o ciclo en el que nos encontremos. En cualquier caso, con las adaptaciones necesarias, es una

	actividad adecuada para todos los alumnos. En la realización de esta actividad, además de frases, mensajes o consejos, podemos utilizar imágenes, materiales, etc., que aporten y transmitan alegría.
<b>Recursos</b>	☞ Materiales para elaborar los murales y el libro (lápices, rotuladores, cartulinas, pinturas...).
<b>Tiempo</b>	35 minutos

<b>Sesión 22: Buenos consejos</b>	
<b>Objetivos</b>	<p>☞ Ser capaz de dar consejos adecuados que ayuden a los demás a pensar y a ser prudentes en la toma de decisiones.</p>
<b>Desarrollo</b>	<p>Uno de los caminos más adecuados para poner en práctica nuestra “sabiduría”, consiste en ayudar a los demás a ser conscientes de la importancia de pensar a la hora de tomar decisiones o, simplemente, a la hora de enfrentarse a las diferentes situaciones que se nos presentan en nuestra vida cotidiana. La decisión más acertada y afortunada será aquella que vaya acompañada de una reflexión y un análisis de los diferentes significados y matices. En muchas ocasiones, uno mismo no es capaz de realizar este recorrido pero, si hay alguien que nos acompaña en este camino, la solución adecuada y sabia será más fácil de encontrar. Con esta actividad pretendemos alcanzar este objetivo en forma de “consejos adecuados”. En un primer momento, presentamos a los alumnos diferentes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Estropear el trabajo de otros compañeros.</li> <li>– No compartir las cosas propias con los demás (ropa, libros, películas, juegos...) – Ser capaz de “decir no” (asertividad). – Decir cosas de las que uno después se pueda arrepentir.</li> <li>– Imponer los propios criterios.</li> <li>– Utilizar la violencia como camino para resolver los problemas.</li> <li>– ...</li> </ul> <p>Una vez presentadas las diferentes situaciones, por grupos pequeños, analizarán una situación por grupo y responderán a la pregunta: ¿qué podemos hacer? La solución a dicha pregunta se expresará en forma de “consejos” (pensar, al menos, dos o tres consejos para cada una de las situaciones analizadas). Posteriormente, se realizará una puesta en común, en la que cada equipo expondrá ante los demás la situación analizada y los consejos más adecuados, según su criterio. El resto de los equipos podrán realizar aportaciones con otros consejos que no hayan surgido en el grupo de trabajo. Finalmente, entre todos, se seleccionarán los “consejos adecuados” y se plasmarán en carteles, cuya elaboración correrá a cargo del equipo que ha analizado cada situación. Dichos carteles se colocarán por el centro escolar y servirán de ayuda y recordatorio para actuar de forma adecuada y prudente a la hora de tomar</p>

	<p>decisiones. Además, con todos los consejos pensados y aportados por nuestros chicos, podemos elaborar el “Libro de los buenos consejos”, que permanecerá en la clase y podremos recurrir a él en las situaciones necesarias.</p> <p>Observaciones: Lo importante es que los consejos sean pensados por los propios estudiantes. Por tanto, es necesario mantener y respetar la autoría de los mismos y dotarles a todos de la misma importancia y respetabilidad. El planteamiento de esta actividad puede tener su origen en las múltiples situaciones que surgen de la vida diaria. De esta manera, la vivencia del hecho, así como la necesidad de resolverlo de la forma más adecuada, constituirán la motivación suficiente para garantizar el éxito de la actividad.</p>
<b>Recursos</b>	⌚ Ambiente de calma.
<b>Tiempo</b>	35 minutos

<b>Sesión 23: La semana de los valientes</b>	
<b>Objetivos</b>	⌚ Poner en práctica conductas asertivas (“eso no me gusta”, “yo no quiero hacer eso”, “no sé cómo se hace”, “me gusta así”...).
<b>Desarrollo</b>	<p>Cada estudiante tiene un dibujo con su silueta y su nombre, que colocaremos en un lugar visible del aula. La actividad consiste en fijar una serie de normas que potencien la asertividad y, cada vez que los niños las respeten, se les entregará un recorte de papel con una parte de su cuerpo para ir completando su propia silueta. La recompensa es la gratificación de ver el muñeco completo. Las normas que podemos consensuar con los estudiantes podrían ser:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Responder con una expresión del tipo “Eso no me gusta” cuando alguien les hace algo malo, en vez de reaccionar insultando o pegando al otro.</li> <li>2. No llorar ni enfadarse cuando algo nos sale mal.</li> <li>3. Expresarse sin temor y con decisión a la hora de hablar en público en la asamblea.</li> </ol>
<b>Recursos</b>	⌚ Papel con la silueta del estudiante
<b>Tiempo</b>	35 minutos

## Sesión 24: No puedo

<b>Objetivos</b>	⌚ Reconocer nuestras propias debilidades y tratar de superarlas.
<b>Desarrollo</b>	<p>A veces, nuestras debilidades están tan ancladas en nosotros mismos, las tenemos tan asumidas y aceptadas, que son pocos los esfuerzos que dirigimos para superarlas. En estos casos, actuamos de acuerdo con lo que pensamos y esto determina cómo sentimos, nos expresamos y actuamos.</p> <p>Por eso es muy importante el hecho de intentar superar las debilidades, porque aumenta la sensación de bienestar de uno mismo. Es conveniente reconocer y asumir nuestros aspectos a mejorar, pero es mucho más aconsejable tratar de superarlos, y este camino hay que iniciar lo desde muy temprano.</p> <p>Empezamos esta actividad recordando o evocando situaciones en las que decimos o pensamos que las cosas nos van a salir mal. Puede empezar el facilitador comentando algunas frases que ha escuchado a sus estudiantes: “No me va a salir”, “seguro que me sale mal”, “no sé hacerlo”. Les explicamos a los niños que estas expresiones nos hacen daño porque no nos dejan hacer las cosas, y además nos hacen sentir mal. A partir de ahí, los niños pueden expresar alguna frase de este tipo que suelen decirse ellos mismos (“No puedo, no sé hacerlo, me va a salir mal, seguro que no me sale...”) o que les dicen los demás (“Tú no sabes hacerlo, no te sale bien, no puedes hacerlo...”).</p> <p>Luego recordaremos el tema y, entre todos, decidiremos las expresiones que ya no vamos a utilizar y que vamos a intentar superar. Las escribiremos en tarjetas y, luego, se pueden meter en una caja y cerrarla, dejándola muy bien cerrada para que de allí no puedan escapar esas expresiones. Este hecho servirá para recordar que hemos de intentar superar nuestras debilidades. Cuando realicemos esta actividad intentaremos que los estudiantes tomen conciencia tanto del “no puedo” –utilizado por uno mismo– como del “no puedes” –utilizado hacia los demás, haciendo especial hincapié en las repercusiones en el estado de ánimo que generan en cada uno.</p> <p>Observaciones: En esta actividad la primera parte la dedicaremos a la comprensión del “no puedo” y el afán de superación. Y en una segunda parte escribiríamos las expresiones y las encerrariamos en una caja.</p>
<b>Recursos</b>	⌚ Cartulinas, rotuladores y caja.
<b>Tiempo</b>	35 minutos

## Sesión 25: Proponerse objetivos, disfrutando del camino y de la meta

<b>Objetivos</b>	⌚ Favorecer el trabajo diligente, disfrutando mientras se hace y cuando se acaba.
<b>Desarrollo</b>	Recordaremos a los estudiantes algunos ejemplos de personajes perseverantes que hemos presentado previamente en cuentos y fábulas, y les plantearemos que podemos ser como ellos e imitarles. Aprovecharemos ocasiones en que todos los estudiantes, realizar una construcción con bloques en equipo...), y crearemos un “clima de grupo”, recordándoles que, cuando nos proponemos una tarea, procuramos cumplirla bien y no dejarla sin terminar. Iremos animando sus avances y, cuando todos hayan terminado, les haremos sentir el gozo por haber acabado, contemplaremos el trabajo hecho y nos diremos “¡Qué bien!”, “¡Ha quedado muy bonito!”, “¡Prueba superada!”, o exclamaciones por el estilo.
<b>Recursos</b>	⌚ Cuentos y fábulas.
<b>Tiempo</b>	35 minutos

## Sesión 26: Mimando a nuestras plantas

<b>Objetivos</b>	⌚ Responsabilizarse de una tarea y llevarla a cabo con dedicación.
<b>Desarrollo</b>	Consiste en sembrar unas semillas e ir observando y cuidando las plantas que van naciendo de ellas. Cada estudiante puede tener la suya y responsabilizarse de su cuidado: regarla, vigilar que tenga luz adecuada, ponerle más cantidad de tierra, quitar las hojas secas que se van cayendo... Esta actividad fortalece a que los niños perseveren en una tarea a lo largo de un periodo de tiempo más o menos largo, haciéndoles sentir responsables y fomentando además su autonomía personal. Observaciones: Podemos lograr una mayor vinculación personal de los alumnos si introducimos aspectos afectivos, como comparar a una planta con una persona, en el sentido de que ambas necesitan cuidados y protección, y de ahí que hablemos de “mimar” a nuestras plantas, dedicándoles todo nuestro afecto. Si a alguien se le muere, algún compañero le puede regalar una de las suyas).
<b>Recursos</b>	⌚ Semillas, vasos y pequeños maceteros.
<b>Tiempo</b>	35 minutos

<b>Sesión 27: Cuentos y dramatizaciones sobre la sinceridad</b>	
<b>Objetivos</b>	<p>⌚ Valorar la sinceridad y comprender las consecuencias negativas de las mentiras.</p>
<b>Desarrollo</b>	<p>Utilizaremos cuentos y fábulas en los que los protagonistas sean un ejemplo de mentirosos y se vea el efecto negativo de sus embustes. “Pinocho” y “El pastor mentiroso” son dos ejemplos clásicos que pueden ser muy útiles. Podemos realizar las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leer el cuento a nuestros alumnos.</li> <li>2. Plantear un debate acerca de la sinceridad y la mentira. Estimularemos a los estudiantes para que participen y den su opinión, utilizando preguntas de este estilo: – ¿Qué mentiras dice este personaje en el cuento?</li> <li>⌚ ¿Qué es una mentira?</li> <li>⌚ ¿Por qué creéis que dice mentiras ese personaje?</li> <li>⌚ ¿Qué le pasa por decir mentiras?</li> <li>⌚ ¿Qué pasa cuando uno dice la verdad?</li> <li>⌚ ...</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Dramatizar el cuento y escenificarlo en clase.</li> <li>4. Inventar algún cuento parecido y expresarlo mediante diversos procedimientos: dibujo, dramatización, escribir entre todos una frase sencilla –un eslogan– que nos anime a decir la verdad...</li> </ol>
<b>Recursos</b>	<p>⌚ Cuentos y fábulas cuyos protagonistas sean ejemplos de mentirosos</p>
<b>Tiempo</b>	35 minutos

<b>Sesión 28: Sé decir la verdad</b>	
<b>Objetivos</b>	<p>⌚ Ser capaz de actuar con sinceridad y asumir la responsabilidad de los propios actos. Identificar y nombrar los propios sentimientos y asumir la responsabilidad de los mismos.</p>
<b>Desarrollo</b>	<p>Los niños tienen que habituarse desde pequeños a tomar conciencia de su responsabilidad en las diferentes acciones y situaciones que se les presentan en la vida diaria, siendo capaces de mostrarse sinceros ante situaciones en las que hemos actuado de forma equivocada, en situaciones injustas o cuando se producen malentendidos. Tenemos que transmitirles el mensaje de que “toda persona es responsable de sus actos” (buenos o menos buenos). También tenemos que enseñarles que, ante situaciones que crean injustas o equívocas, es</p>

	<p>importante que ellos sean capaces de pedir aclaraciones, así como también cuando no están de acuerdo. Pero hemos de transmitirles la idea de que por encima de todo prevalece la verdad y la sinceridad. La actividad consiste en tomar como punto de partida una situación cotidiana (la cercanía y vivencia son aspectos importantes para centrarse y motivarse por la actividad) y presentarla al grupo clase mediante imágenes secuenciadas o bien evocando situaciones similares que han ocurrido en clase alguna vez.</p> <p>La historia podría ser la siguiente: Carlos ha sido castigado injustamente por la maestra. Le han visto en el recreo empujando a Sara y ahora está castigado sin poder jugar en los rincones, una actividad que le encanta. Está muy enfadado y repite de forma constante: “Yo no he sido”. Sara está preocupada porque sabe que, en el recreo, ella le ha quitado un cromo de fútbol y Carlos, para recuperarlo, le ha empujado. Carlos quiere contarle la verdad a la maestra, pero está seguro de que si lo hace le llamarán “acusica o chivato” y, además, Sara se enfadará con él. (Es importante elegir nombres de niños que no tengamos en clase, para evitar similitudes y comparaciones). Una vez contada la historia, la maestra propondrá al grupo clase la siguiente pregunta: “¿Cómo podemos ayudar a Carlos?”</p> <p>Posteriormente, en pequeños grupos, analizarán y decidirán cómo se podría solucionar esta situación, y cuál sería la mejor manera de aclarar el malentendido. Es importante hacerles caer en la cuenta de que en esta situación también hay otra protagonista a tener en cuenta: Sara. ¿Qué tendría que hacer Sara? Además, hay que hacer especial hincapié en que, por encima de todo, tenemos que ser sinceros para que triunfe la verdad. Finalmente, se realizará una puesta en común en la que cada grupo escenificará con títeres o marionetas la solución que consideran más adecuada.</p> <p>Observaciones: Podemos ayudar a los estudiantes comentándoles alguna situación en la que personas adultas han actuado de forma equivocada o casos en los que no estamos de acuerdo con su forma de proceder. Asimismo, es importante reconocer ante los alumnos nuestros propios errores: de esta manera, los niños toman conciencia de que los mayores también se equivocan, al igual que ellos, pero no pasa nada si lo reconocemos.</p>
<b>Recursos</b>	⌚ Historia de Carlos.
<b>Tiempo</b>	35 Minutos

<b>Sesión 29: ¿Cómo te sientes?</b>	
<b>Objetivos</b>	⌚ Identificar y nombrar los propios sentimientos y asumir la responsabilidad de los mismos.
<b>Desarrollo</b>	Una de nuestras funciones en la escuela consiste en ayudar a nuestros

estudiantes a que aprendan a observarse, a tomar conciencia de sus emociones y sentimientos, puesto que todos ellos tienen un valor y un significado. Poner nombre a las emociones y a los sentimientos permite a nuestros chicos apropiarse y responsabilizarse de ellos, y esto se consigue a través de un proceso que implica:

- Ser capaz de expresar los sentimientos y las emociones de un modo adecuado.

- Advertir y ser consciente de sus emociones.

- Controlar progresivamente dichas emociones y sentimientos. Los sentimientos y las emociones son los habitantes de nuestro corazón.

De ahí la importancia de apropiarnos de ellos y asumir las responsabilidades que conllevan. Teniendo en cuenta este aspecto, iniciaremos la actividad sentándonos en círculo y preguntando a nuestros chicos cómo se sienten en el momento presente: alegres, tristes, asustados, cansados, enfadados, sorprendidos... Cada uno expresará su situación en ese momento utilizando un adjetivo: alegre, asustado, contento, enfadado... En esta primera parte de la actividad es importante comprobar y asegurarnos de que todos los niños reconocen bien las distintas emociones, por la expresión de la cara, sus gestos, actitudes, etc. Otra opción es colocar a los niños por parejas y que cada uno haga al otro la pregunta: "¿Cómo te sientes?" (Esta opción es más adecuada para alumnos más mayores). Posteriormente, a cada uno de los niños, le proponemos imaginar cómo se sentiría en situaciones concretas: ¿Cómo te sientes cuando...?:

- Ⓐ Tienes miedo a la oscuridad y se va la luz.
- Ⓐ Alguien te ha empujado en la fila.
- Ⓐ No te dejan subir al columpio.
- Ⓐ Te dicen que eres muy guapo.
- Ⓐ Alguien se esconde detrás de la puerta y grita cuando entras.
- Ⓐ Tu abuelito está enfermo.
- Ⓐ Un niño de clase no te invita a su cumpleaños.
- Ⓐ Tu mascota ha desaparecido.
- Ⓐ Ha nacido tu hermanito.
- Ⓐ No haces bien un trabajo.
- Ⓐ Tienes que ir al médico.
- Ⓐ Te culpan de algo que no has hecho.
- Ⓐ Tus padres se van de viaje.
- Ⓐ Tienes pesadillas por la noche.
- Ⓐ Te pierdes en unos grandes almacenes.
- Ⓐ ...

Se trata de que los niños expresen la emoción o el sentimiento que les invade en estas situaciones concretas de forma plástica (pintando con diferentes materiales, dibujando...). Posteriormente, explicarán ante el grupo clase el significado de su representación gráfica y expresarán el adjetivo correspondiente a la emoción o el sentimiento, con el que pondrán título al trabajo realizado. Estos trabajos los colocaremos en un

	lugar visible de la clase y recurriremos a ellos cuando se presenten estas situaciones a lo largo de la vida diaria (servirán para habituarnos a identificarlos, nombrarlos e intentar controlarlos).
<b>Recursos</b>	☞ Cartulinas, plumones y colores.
<b>Tiempo</b>	35 minutos

## **Sesión 30: Refranes sobre la verdad y la mentira**

<b>Objetivos</b>	Investigar acerca de los refranes y reflexionar sobre la sinceridad.
<b>Desarrollo</b>	<p>La sabiduría popular que atesoran los refranes es muy rica, y por ello constituye una fuente muy interesante a la que podemos acudir para trabajar muchos valores que nos parecen necesarios en la educación. En el tema que nos ocupa, la honestidad, existen muchos refranes conocidos: Antes se coge a un mentiroso que a un cojo. Diciendo las verdades perderás las amistades. La verdad es como la rosa: siempre tiene sus espinas. La verdad es como el aceite: siempre sale a flote. ... Para iniciar esta actividad, les pediremos a nuestros alumnos que realicen una recopilación de refranes sobre la verdad y la mentira, a partir de los siguientes recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Preguntando a su familia o en el barrio a personas mayores que conozcan refranes sobre el tema.</li> <li>☞ Consultando libros en la biblioteca del colegio.</li> <li>☞ Acudiendo a páginas concretas de Internet.</li> </ul> <p>Este trabajo lo pueden realizar en pequeños grupos y, posteriormente, los mismos equipos se encargan de redactar un listado de al menos cinco refranes sobre el tema. Una vez realizado, ponemos en común con toda la clase los refranes encontrados. Cada grupo debe exponer los suyos, explicando qué significan. Esta dinámica se puede finalizar con un pequeño debate acerca de la verdad y la mentira, tratando de ver las consecuencias positivas y negativas, respectivamente, que traen a nuestras vidas.</p>
<b>Recursos</b>	<p>Información procedente de la familia o de personas del barrio, libros de refranes de la biblioteca del colegio y páginas de Internet; una página interesante: <a href="http://www.citasyrefranes.com">www.citasyrefranes.com</a></p> <p>Láminas con imágenes, o bien situaciones inventadas por la maestra. Títeres o marionetas.</p>

**Tiempo**

35 minutos

## Sesión 31: Cada día me siento mejor

<b>Objetivos</b>	<p>⌚ Tomar conciencia de lo importante que es para nuestro bienestar valorar y cuidar las relaciones con las personas con las que nos relacionamos diariamente.</p>
<b>Desarrollo</b>	<p>Sería conveniente, antes de realizar esta actividad de acercamiento y valoración de todas las relaciones que mantenemos con personas que forman parte de nuestra vida diaria, haber desarrollado otras actividades para trabajar esta fortaleza del amor con personas mucho más próximas y cercanas en nuestra vida, familia, amigos, etc.</p> <p>Ahora el objetivo será mejorar, a través de nuestra amistad y cariño, las relaciones que mantenemos diariamente. Para llevar a cabo esta actividad, agruparemos a los niños por parejas y les pediremos que elaboren una lista conjunta en la que aparezcan todas las personas con las que se relacionan durante un día cualquiera, incluidos familiares. Son válidas también las relaciones que se den solo en un miembro de la pareja; por ejemplo, uno puede ver por la mañana diariamente a su abuela y otro no.</p> <p>Después llenarán una plantilla según el modelo adjunto, poniéndose de acuerdo en lo que van a escribir: Persona ¿Cómo puedo manifestarle más amistad y cariño? Mamá, Le diré buenos días y le daré un abrazo; Abuela, la saludaré y le preguntaré qué tal ha dormido Vecino, Conserje, Profesor...</p> <p>Seguidamente se realizará una puesta en común de lo elaborado por todas las parejas y se registrarán en un listado único para toda la clase, a la vez que se debaten las aportaciones de las diferentes parejas.</p> <p>Finalmente, se puede dar un plazo de tiempo, por ejemplo durante una semana, y al final del mismo dedicar una sesión de trabajo a comentar cómo se sienten los niños al haber puesto en práctica las mejoras en sus conductas planteadas en las sesiones anteriores. Diariamente se hará un recordatorio de la plantilla.</p> <p>Un aspecto básico para iniciar y desarrollar relaciones cercanas con otras personas es valorar a los demás y sentirse valorado por ellos. Nos referimos no solo a los miembros del núcleo familiar, sino también a otras personas con las que nos relacionamos habitualmente o que forman parte de nuestro entorno. Las conductas de valorar y ser valorado comportan alegría, bienestar y satisfacción, aspectos indispensables para</p>

	<p>fomentar la capacidad de amar y ser amado.</p> <p>En un primer momento, se colocarán todos de pie formando un círculo. Uno de los estudiantes tiene una pelota y debe expresar la frase “Me gusta de ti...” (Nombrando una cualidad positiva del compañero al que se refiere) y luego le lanza la pelota a la persona elegida. Hay que procurar que la pelota recaiga en todos los miembros del grupo clase al menos una vez, intentando que se reconozcan cualidades positivas de todos, no solo de los más populares o de nuestros mejores amigos. El juego se realizará hasta completar la ronda.</p> <p>Al final, realizamos una puesta en común, gracias a la cual podemos descubrir que todos nos sentimos valorados, y este puede ser el punto de partida para iniciar unas relaciones más cercanas, cargadas de cariño, amistad y amor. Esta actividad también puede realizarse con la expresión “Me gusta de mí...”</p>
<b>Recursos</b>	⌚ Hojas bond y plumones.
<b>Tiempo</b>	⌚ 35 minutos

<b>Sesión 32: Somos estupendos</b>	
<b>Objetivos</b>	⌚ Tomar conciencia de la importancia de valorar a los demás y sentirse valorado por ellos, para favorecer el desarrollo de relaciones más cercanas.
<b>Desarrollo</b>	<p>Un aspecto básico para iniciar y desarrollar relaciones cercanas con otras personas es valorar a los demás y sentirse valorado por ellos. Nos referimos no solo a los miembros del núcleo familiar, sino también a otras personas con las que nos relacionamos habitualmente o que forman parte de nuestro entorno. Las conductas de valorar y ser valorado comportan alegría, bienestar y satisfacción, aspectos indispensables para fomentar la capacidad de amar y ser amado. En un primer momento, se colocarán todos de pie formando un círculo. Uno de los alumnos tiene una pelota y debe expresar la frase “Me gusta de ti...” (Nombrando una cualidad positiva del compañero al que se refiere) y luego le lanza la pelota a la persona elegida. Hay que procurar que la pelota recaiga en todos los miembros del grupo clase al menos una vez, intentando que se reconozcan cualidades positivas de todos, no solo de los más populares o de nuestros mejores amigos. El juego se realizará hasta completar la ronda. Al final, realizamos una puesta en común, gracias a la cual podemos descubrir que todos nos sentimos valorados, y este puede ser el punto de partida para iniciar unas relaciones más cercanas, cargadas de</p>

	cariño, amistad y amor. Esta actividad también puede realizarse con la expresión “Me gusta de mí...”
<b>Recursos</b>	◎ Una pelota.
<b>Tiempo</b>	◎ 35 minutos

<b>Sesión 33: Puedo hacerlo mejor</b>	
<b>Objetivos</b>	◎ Ser menos impulsivo y más cauteloso a la hora de actuar en diferentes situaciones.
<b>Desarrollo</b>	Planteamos una actividad que suele hacerse de forma habitual en las aulas para la resolución de determinados conflictos y para detectar algunos comportamientos no asertivos de los alumnos de estas edades. Se trata de analizar situaciones que no favorecen la convivencia (desacuerdos, peleas, disputas, etc.), siguiendo un esquema que potencie y facilite una toma de decisiones cada vez mejor y más reflexiva por parte del alumnado. Ante una situación conflictiva, plantearemos a los alumnos que analicen el hecho siguiendo esta secuencia: ¿qué ha sucedido?, ¿qué pasó antes?, ¿qué pasó después?, ¿cuándo he sido impulsivo?, ¿qué podría haber hecho de forma reflexiva?, ¿cómo puedo actuar en el futuro ante una situación parecida? Se trata de llegar finalmente a la conclusión de que “puedo hacerlo mejor”
<b>Recursos</b>	◎ Ambiente de calma
<b>Tiempo</b>	◎ 35 minutos

<b>Sesión 34: Puedo expresarlo mejor</b>	
<b>Objetivos</b>	◎ Ser menos impulsivo y más cauteloso a la hora de expresar verbalmente opiniones, juicios, etc.
<b>Desarrollo</b>	Esta actividad es muy semejante a la anterior, pero en este caso, en vez de incidir en las conductas en general, hacemos hincapié en las formas de expresarse adecuadas y alternativas ante determinadas situaciones concretas y en el comportamiento habitual de los estudiantes. Se trata de

	<p>analizar situaciones que no favorecen la convivencia, siguiendo la misma secuencia explicada en la actividad anterior, y tratando de encontrar modos de expresarse menos impulsivos y más reflexivos.</p> <p>Como en el caso anterior, la actividad se puede realizar de forma oral o escrita.</p>
<b>Recursos</b>	⌚ Hojas bond y plumones.
<b>Tiempo</b>	⌚ 35 minutos

<b>Sesión 35: Un día cualquiera</b>	
<b>Objetivos</b>	⌚ Favorecer un comportamiento habitual prudente para evitar riesgos innecesarios.
<b>Desarrollo</b>	<p>Para introducir la actividad, se puede hablar de qué es una conducta prudente y qué es una conducta temeraria, sus características y sus posibles consecuencias. Se utilizarán como ejemplos conductas habituales en los niños de estas edades: llevar las zapatillas desatadas, bajar en fila corriendo por las escaleras, empujar a un compañero, jugar con unas tijeras, realizar movimientos bruscos con la mochila, dar patadas al mobiliario, hacer un mal uso de algunos materiales de aula como un compás, utilizar de forma inapropiada la pizarra digital, etc.</p> <p>Después se acuerda un tiempo concreto, por ejemplo, un día o una semana, en el que todos observarán conductas temerarias e imprudentes que se desarrollan en el colegio y las anotarán en una ficha preparada para este fin, en la que reflejarán la conducta concreta y los posibles riesgos que conlleva. En la última sesión de la tarde o de la semana, por parejas o en pequeños grupos, pondrán en común las fichas y acordarán las conductas prudentes correspondientes a cada una de las conductas temerarias.</p> <p>Al final, se hará una puesta en común con un portavoz de cada grupo y se realizará un mural para la clase con todas las conductas apropiadas.</p>
<b>Recursos</b>	⌚ Hojas bond y plumones.
<b>Tiempo</b>	35 Minutos

<b>Sesión 36: ¡Tengo que esperar!</b>	
<b>Objetivos</b>	⌚ Practicar la capacidad de esperar para conseguir algo.

<b>Desarrollo</b>	<p>Esperar es una capacidad que supone un gran esfuerzo, sobre todo en los niveles de Educación Infantil. Si conseguimos que nuestros alumnos aprendan a esperar y a frenar su impulsividad, nos daremos cuenta de que conseguirán con mayor facilidad otros objetivos que se propongan. Por todo esto, la actividad que vamos a proponer es muy sencilla, y va dirigida a esperar y controlar la impulsividad muy propia de estas edades.</p> <p>En grupo pequeño (cuatro alumnos), los niños se sientan alrededor de la mesa. Hay que explicarles que vamos a colocar en el centro de la mesa algo que les gusta mucho pero que está totalmente prohibido coger hasta que suene la señal. El jugador que lo coja antes de tiempo queda eliminado y no obtiene la recompensa. En el centro se coloca algo apetecible y deseado (cuentos, juguetes, chucherías, cromos, pegatinas...).</p> <p>Con la ayuda de un temporizador, los alumnos deberán esperar a una señal sonora para poder coger el objeto deseado de los que hemos colocado en el centro de la mesa. Al final, cuando ha pasado el tiempo y suena la alarma, obtenemos la recompensa.</p> <p><b>Observaciones:</b> Algunos niños pasarán un mal rato por la espera, se levantarán de la silla, se moverán, pero se sugiere no reprocharles nada a no ser que cojan algo del centro antes de que suene la señal. Lo importante es que los niños más impulsivos aprendan (aunque sea mediante la imitación de los compañeros) que controlarse y esperar tiene su recompensa.</p>
<b>Recursos</b>	⌚ Temporizador, golosinas, cromos, juguetes, pegatinas, cuentos...
<b>Tiempo</b>	35 Minutos





# **Casos Clínicos**

## **ÍNDICE**

<b>CASO 1 .....</b>	1
<b>ANAMNESIS.....</b>	1
<b>EXAMEN MENTAL .....</b>	11
<b>INFORME PSICOMÉTRICO .....</b>	16
<b>INFORME PSICOLÓGICO.....</b>	23
<b>PLAN PSICOTERAPÉUTICO .....</b>	30
<b>APÉNDICE</b>	
<b>CASO 2 .....</b>	47
<b>ANAMNESIS.....</b>	47
<b>EXAMEN MENTAL .....</b>	59
<b>INFORME PSICOMÉTRICO .....</b>	66
<b>INFORME PSICOLÓGICO.....</b>	78
<b>PLAN E INFORME PSICOTERAPÉUTICO .....</b>	88
<b>APÉNDICE</b>	

**CASO 1**  
**ANAMNESIS**

**I. Datos de filiación:**

Nombres y apellidos : W.V.C  
Fecha de nacimiento : 14/02/1979  
Edad : 38 años  
Sexo : Masculino  
Lugar de nacimiento : Puno  
Grado de instrucción : Superior  
Estado civil : Conviviente  
Ocupación : Cocinero  
Religión : Católica  
Informante : El paciente  
Lugar de evaluación : Centro de salud de Cerro Colorado  
Fecha de evaluación : 19/08/2017  
Evaluadora : Yasmin Inés, Espino Tapia

**II. Motivo de consulta**

El paciente llega a consulta ya que refiere sentirse “deprimido” y “ansioso” luego de haber terminado una relación de 16 años con su pareja (conviviente).

### **III. Historia de la enfermedad:**

El paciente refiere que su problema se dio desde el inicio de la relación, en el enamoramiento (08 de marzo de 1999), con la que hasta hace poco fue su conviviente y madre de sus dos menores hijos. Siempre hubo problemas de celos y maltrato psicológico, a lo cual el paciente empezó a sentir que no era tratado bajo una relación de respeto y amor- características que él buscaba -.

Hubo más de una etapa de separación, lo cual no duraba un tiempo prolongado, aproximadamente una semana, hasta que repentinamente su pareja quedó embarazada de su primera hija (setiembre del 2000), siendo él su primera pareja sexual.

En esta época, él se encontraba estudiando para ser técnico en computación mientras trabajaba como cocinero, teniendo que abandonar la carrera técnica para trabajar de lleno, para así cubrir con las necesidades económicas que demandaba su bebé, tomando posteriormente la decisión mutua de convivir, a fin de formar una familia (diciembre del 2000), sin embargo los problemas no mejoraron, por el contrario, él empezó a sentir mucha presión y “menospicio” por parte de su pareja, ya que era insultado con más frecuencia por no “tener el dinero suficiente”, “una carrera profesional” o por su madre de la sierra.

Al nacer su hija, el paciente se dio cuenta que su pareja empezó a sentir más celos, inseguridad, lo ridiculizaba constantemente y se volvió dominante, a raíz de esto el paciente intentó mejorar la relación “doblegándose” a los requerimientos que ella pedía.

Dos años después (octubre 2002) su conviviente queda embarazada por segunda vez, a lo cual las exigencias económicas van en aumento y por los problemas se hacen recurrentes junto con las discusiones, pasando de los insultos a los golpes

por parte de su pareja, a lo cual él no puede asimilar de manera inmediata cómo es que va empeorando la relación, con el nacimiento de su hija la relación ya se encuentra totalmente resquebrajada, sintiéndose muchas veces como un “banco” por ser sólo una fuente de ingresos económicos sin preocuparse por sus sentimientos o necesidades.

Es en este periodo donde empiezan los sentimientos de “inferioridad”, de sentir pena sin motivo aparente, “ansiedad” cuando veía que a fin de mes no contaría con la cantidad de dinero que esperaba, y “depresión” al ver cómo era tratado por su pareja.

Por un deseo de aumentar sus ingresos económicos, deciden mutuamente abrir un negocio de snack (octubre del 2014), momento en que ve una mejoría parcial en su relación de pareja, debido a que ella se hace cargo en su totalidad del negocio, disminuyendo las discusiones y peleas.

Pasados dos meses, el paciente empieza a percibir a su pareja muy alejada, se niega a tener relaciones sexuales con él y empieza a ser indiferente, por lo que surgen sentimientos de inseguridad y miedo a perder la relación que tenían, sin mostrarlo o verbalizarlo.

Por este motivo, el paciente empieza a tomar bebidas alcohólicas con frecuencia, llegando a tener discusiones muy frecuentes por ello, siendo motivo para que en una ocasión los vecinos lleguen a intervenir, llamando a serenazgo por los gritos (noviembre del 2015 ),luego de este acontecimiento su pareja decide romper la relación definitivamente, él se niega y busca de “todas las maneras posibles” persuadir a su pareja de esta decisión, terminando finalmente por separarse en “mutuo acuerdo” por conciliación, sin embargo el paciente aún guarda la esperanza de regresar con su pareja y “seguir siendo la familia que solían ser”

razón por la cual ha decidido vivir en un cuarto alquilado a unas cuadras de la casa que antes fue compartida , estando siempre pendiente del celular por si ella necesita algo, acudiendo inmediatamente cuando esto ocurre, incluso en más de una ocasión al recibir el llamado de ella mientras trabaja, él tiene que dejar inmediatamente lo que esté haciendo en ese momento para acudir a casa a ver a sus menores hijos o ayudarla en lo que ella necesite.

Ya han pasado 8 meses desde la separación y hasta ahora no han tenido ningún tipo de reconciliación a lo que él se muestra más “deprimido”, “ansioso” ,” triste” y “culpable” por no ver una solución a su problema.

#### **IV. Antecedentes personales:**

##### **Periodo del desarrollo**

###### **▪ Etapa pre-natal**

Refiere no tener ningún conocimiento de cómo fue la esta etapa de gestación ya que su madre nunca se lo comentó. Walter es el menor de dos hermanos, producto de un embarazo no planificado por ambos padres. Con respecto del tiempo de gestación fue de 9 meses.

###### **▪ Etapa natal**

Nació por parto eutócico, sin complicaciones, al nacer tuvo un peso aproximado de 3.500 Kg., y una talla de 41 cm.

## **Primera infancia**

- **Etapa post-natal**

Walter no conoce a detalle la historia sobre esta etapa, más su hermano le comentó que era un niño que lloraba poco y dormía casi todo el tiempo. Su mamá se encargó de él todo el primer año, llevándolo a los puestos que tenía, nunca presentó problemas de salud adicionales a gripes y dolores estomacales.

## **Etapa escolar**

A los 5 años ingresa al nivel inicial y no presenta dificultad alguna. A la edad de 6 años ingresa al nivel primario al colegio 71001 Almirante Miguel Grau. A los 12 años cursa sus estudios secundarios en la Institución Educativa Pública Emblemática Glorioso Colegio Nacional de San Carlos, tuvo buen rendimiento académico, aunque en ocasiones irresponsable con las tareas y asistencias debido a que trabajaba y estudiaba.

A la edad de 19 años decide residir en la ciudad de Arequipa, por motivos de trabajo lo cual es aprovechado para iniciar estudios para ser técnico en computación en el Instituto De Educación Superior Tecnológico Hipólito Unanue, la cual no es culminada satisfactoriamente debido a la llegada de su primer hijo.

## **Desarrollo y función sexual**

- Aspecto psicosexual y Matrimonio

Era tímido, por lo que tenía muy pocos amigos, a la edad de 8 años aprendió a diferenciar sus órganos sexuales, sin embargo, nunca recibió una educación sobre sexualidad en su hogar, por lo que se informó de ello en el colegio a la edad de 8 años aproximadamente.

Su atracción por el sexo opuesto empezó a los 13 años, tuvo su primera enamorada a los 17 años, debido a su timidez, con la cual tuvo su primera experiencia sexual. Tres años después conoce a su segunda pareja y madre de sus dos hijos.

- Aspecto Fisiológicos

Menciona no haber estado muy interesado desde que era adolescente por las relaciones sexuales, por lo cual se sentía diferente a sus amigos, los cuales si tenían mucho interés. Se masturbó por primera vez a los 16 años, experiencia que lo hizo sentir incómodo y avergonzado, a la edad de 17 años tuvo su primera relación sexual, situación que si le agrado. Los periodos en los cuales ha tenido pareja menciona haber llevado una vida sexual “activa”, llegando a tener relaciones 2 a 3 veces por semana, siendo su estado de ánimo un factor influyente, ya que cuando se sentía estresado o preocupado su “interés” disminuía, prefiriendo descansar. Con su ex pareja esta situación de estrés y preocupación fue muy frecuente en el periodo de relación, pasando su interés a las relaciones sexuales e “intimidad” a segundo plano.

#### Historia de la recreación de la vida

Desde niño siempre le gustó estar sólo, quedarse en casa y descansar o ver televisión, sin embargo, cuando estaba con su hermano prefería salir a caminar, visitar amigos, salir a jugar futbol y luego quedarse en la cancha tomando cerveza mientras conversaban. Cuando decidió venir a Arequipa a vivir, continuaba saliendo a jugar futbol o salir a caminar a parques con sus parejas.

### **Actividad laboral**

El paciente siempre presentó gusto por la cocina, debido a lo cual actualmente trabaja de cocinero, además disfruta de la música a la que considera el único medio que lo relaja y aleja de sus problemas.

### **Servicio militar**

No realizó servicio militar.

### **Religión**

Actualmente profesa la religión católica, sin embargo no asiste a misa ni se confiesa hace muchos años.

### **Hábitos e influencias nocivas o tóxicas**

Menciona tener problemas para mantener un horario de alimentación oportuno, ya que come “cada que le alcanza el tiempo”, produciéndose días donde puede comer más de 6 veces y otros donde solo se alimenta una vez.

### **Antecedentes mórbidos personales**

- **Enfermedades y accidentes**

Menciona nunca haber tenido un accidente “fuerte” en la infancia ni en la juventud, más allá de golpes jugando futbol.

- **Personalidad pre mórbida**

Walter refiere siempre haber sido una persona callada, solitaria excepto cuando su hermano lo invitaba a fiestas o partidos de futbol, cuando presentaba tristeza o cólera

“se la guardaba” y no le comentaba a nadie para no preocuparlos, lo cual menciona que lo hizo “fuerte”.

## V. Antecedentes familiares

- Composición familiar

Walter es el hijo menor de 2 hermanos, mamá y papá viven en la ciudad de Puno, su hermano y él en Arequipa pero separados, ya que su hermano tiene una familia ya conformada.

Hasta hace 8 meses vivía con su pareja y sus dos menores hijas, pero actualmente vive sólo en un cuarto alquilado.

- Dinámica familiar

Actualmente la dinámica familiar no es la que Walter esperaría, ya que no se encuentra en comunicación frecuente con sus padres que viven en otra ciudad (Puno), por lo cual el siente que no recibe de su apoyo “como siempre”, su hermano es distante por los múltiples compromisos familiares y laborales que presenta, por otro lado la relación con su ex pareja es distante pero demandante, ya que pese a no vivir juntos, ni tener comunicación a sus actividades diarias o el de sus hijas, las llamadas son constantes cada vez que se necesita dinero o algo se malogra en casa, siendo el paciente quien acude para apoyar y una vez que la situación es resuelta, vuelve a ser excluido de la vida de sus ex pareja y sus hijas( de 15 y 13 años).

- Condición socioeconómica

Actualmente vive en una vivienda alquilada, trabaja como cocinero en un restaurante, recibe un sueldo mínimo, que muchas veces no es lo suficiente debido a lo exigido por

la ex conviviente, la cual trabaja en el negocio fundado por ambos, cuenta con los servicios básicos de agua, desagüe y luz.

- Antecedentes patológicos

Menciona que el papá consume alcohol con mucha frecuencia, y pese a ser una persona ya de edad continúa con la misma conducta, por otro lado la madre actualmente está pasando por un periodo de “depresión”, ya que sólo para en casa, come poco y llora constantemente.

### **Resumen**

El paciente refiere no tener ningún conocimiento de cómo fue la etapa de gestación, ya que su madre nunca se lo comentó, es el hijo menor de 2 hermanos, con respecto al desarrollo psicomotor fue normal, refiere no haber tenido enfermedades graves durante la niñez, así mismo recuerda que desde muy pequeño tuvo que ser independiente.

Tuvo muy pocos amigos, pues en la escuela era una persona muy tímida. Su papá consumía y consume bebidas alcohólicas con mucha frecuencia, no presentó dificultad alguna respecto al rendimiento académico, aunque en ocasiones era irresponsable con las tareas y asistencias debido a que trabajaba y estudiaba. Su atracción por el sexo opuesto empezó a los 13 años, tuvo su primera enamorada a los 17 años, debido a su timidez, con la cual tuvo su primera experiencia sexual, a la edad de 19 años decide residir en la ciudad de Arequipa, por motivos de trabajo y estudio, es en este periodo donde conoce a su segunda pareja y madre de sus dos hijas, es durante todo el periodo de esta relación que se inicia el “maltrato psicológico” hacia el paciente, insultos por parte de ambos y la agresión física por parte de la ex pareja en reiteradas ocasiones, hasta antes de la separación de ambos. Actualmente el paciente tiene dos hijas (de 15 años y 13 años), vive en la ciudad de Arequipa en un cuarto alquilado debido a la

separación con su conviviente, trabaja como cocinero en un restaurante, recibe un sueldo mínimo, que muchas veces no es lo suficiente debido a lo exigido por su anterior compromiso, la cual trabaja en el negocio fundado por ambos, cuenta con los servicios básicos de agua, desagüe y luz.

## **EXAMEN MENTAL**

### **I. Datos de filiación**

Nombres y apellidos : W.V.C  
Fecha de nacimiento : 14/02/1979  
Edad : 37 años  
Sexo : Masculino  
Lugar de nacimiento : Puno  
Grado de instrucción : Técnico Incompleto  
Estado civil : Conviviente  
Ocupación : Cocinero  
Religión : Católico  
Informante : El paciente  
Lugar de evaluación : Centro de salud de Cerro Colorado  
Fecha de evaluación : 26/08/2017

### **II. Motivo de consulta**

El paciente llega a consulta ya que refiere sentirse “deprimido” y “ansioso” luego de haber terminado una relación de 16 años con su pareja.

### **III. Porte, comportamiento y actitud**

Paciente W.V.C aparenta tener la edad que menciona, es de tez trigueña, estatura promedio, contextura delgada, cabello negro. Presentó un aseo y arreglo personal adecuados, se aprecia su vestimenta en buen estado. Mostrándose colaborador con la

evaluadora, comprendiendo y logrando concretar objetivos, mantiene una postura encorvada, marcha lenta, su expresión refleja preocupación e incomodidad. Denota tristeza, se comunica con un tono de voz bajo y no manteniendo contacto ocular.

#### **IV. Atención, conciencia y orientación**

- **Atención:**

Durante la evaluación el paciente mostro un predominio de la atención voluntaria sobre la involuntaria, ya que prestaba atención a la entrevista y a cada pregunta que se le hacía, suprimiendo los distractores que se encontraban alrededor como ruidos y gritos propios del pasillo del centro de salud o la presencia constante de la enfermera para dejar documentos. Se mantuvo atento durante toda la entrevista, sin dificultades para responder a las preguntas que se le realizaba.

- **Conciencia:**

Responde a los estímulos presentados de manera adecuada como las preguntas abiertas que se le hizo durante el reporte, tiempo de reacción lento que se observa al aplicársele las pruebas, comprende, interpreta y responde adecuadamente durante toda la entrevista, mostrando en todo momento un estado de vigilia.

- **Orientación:**

Su orientación espacial es adecuada discriminando así su esquema corporal, su orientación le permite el reconocimiento de la hora, día mes y año; así como también sus datos personales y familiares, orientado en persona, espacio y tiempo.

## V. Lenguaje

En relación al lenguaje expresivo, el paciente se expresa correctamente, así como posee una buena dicción. Presenta un adecuado reconocimiento de los objetos mostrados y reproducción del lenguaje escrito. Posee un adecuado lenguaje comprensivo que se muestra al responder las preguntas, no presentando ningún problema en la resolución. Durante la evaluación del paciente se observó que el ritmo y velocidad de la entonación fue normal sin embargo el tono de voz fue bajo.

## VI. Pensamiento

El curso del pensamiento del paciente es fijo, manteniendo el control y secuencia de sus ideas. En relación al contenido posee una estructura adecuada, presentando lógica y continuidad al expresarse, no presenta dificultades al realizar las abstracciones de sus pensamientos e ideales.

## VII. Percepción

Percibe con fiel apego a la realidad los diferentes estímulos presentes.

## VIII. Memoria

La memoria a largo y corto plazo se encuentran conservados, su memoria semántica se encuentra conservado al reconocer, diferenciar y clasificar objetos, el paciente puede referir hechos autobiográficos importantes ocurridos durante la niñez, adolescencia y juventud, recuerda las actividades que se realizó en la mañana del día de la evaluación, con cierta dificultad puede recordar y reproducir en un breve lapso de tiempo series de palabras, objetos y números (memoria de trabajo).

## **IX. Funciones intelectuales**

El paciente posee un aceptable nivel de conocimientos generales, una correcta capacidad de razonamiento y juicio, siguiendo un rigor lógico en el pensamiento y analizando las acciones secuencialmente para llegar a respuestas finales, sin embargo en este último tarda más del tiempo esperado para verbalizarlo. Explica e interpreta negativamente diversas situaciones del curso de su vida.

## **X. Afectividad y estado de animo**

El paciente denota tristeza, ansiedad por su situación conyugal, existe concordancia entre lo que dice y expresa, reflejado en su expresión facial, su corporalidad y sudoración en manos.

## **XI. Conciencia de la enfermedad**

Tiene parcial conciencia de su problema ya que reconoce que tiene un problema al no querer separarse de su conviviente, pero no lo considera grave, motivo por el cual quiere regresar con ella.

## **XII. Resumen**

El paciente aparenta tener la edad que menciona, es de tez trigueña, estatura promedio, contextura delgada, cabello negro. Con un aseo y arreglo personal adecuados, Mostrándose colaborador con la evaluadora, comprendiendo y logrando concretar objetivos, mantiene una postura encorvada, marcha lenta, su expresión refleja preocupación e incomodidad. Denota tristeza, se comunica con un tono de voz bajo y

no manteniendo contacto ocular. Se mantuvo atento durante toda la entrevista no presentando dificultades para responder a las preguntas que se le realizaba, Responde a los estímulos presentados de manera adecuada, tiempo de reacción lento, comprende, interpreta y responde adecuadamente, orientado en persona, espacio y tiempo. En relación al lenguaje expresivo, el paciente se expresa correctamente, posee una buena dicción y reproducción del lenguaje escrito. Posee un adecuado lenguaje comprensivo. Tono de voz fue bajo. El curso del pensamiento del paciente es fijo, manteniendo el control y secuencia de sus ideas. En relación al contenido posee una estructura adecuada, con respecto a la memoria a largo y corto plazo se encuentran conservadas, su memoria semántica se encuentra conservada. Así mismo posee un aceptable nivel de conocimientos generales, una correcta capacidad de razonamiento y juicio, siguiendo un rigor lógico en el pensamiento y analizando las acciones secuencialmente para llegar a respuestas finales, explica e interpreta acertadamente diversas situaciones, su pensamiento abstracto es óptimo.

## **INFORME PSICOMÉTRICO**

### **I. Datos de filiación**

Nombres y apellidos : W.V.C  
Fecha de nacimiento : 14/02/1979  
Edad : 37 años  
Sexo : Masculino  
Lugar de nacimiento : Puno  
Grado de instrucción : Técnico Incompleto  
Estado civil : Conviviente  
Ocupación : Cocinero  
Religión : Católica  
Informante : El paciente  
Lugar de evaluación : Centro de salud de Cerro Colorado  
Fecha de evaluación : 26/08/2017

### **II. Observaciones generales**

El paciente se muestra colaborador, interesado en realizar de la mejor manera las pruebas aplicadas, por lo que no puso oposiciones, presentó vocabulario normal y se expresaba correctamente sin hacer uso de jergas. No tuvo problemas para entender las preguntas e indicaciones que se le hizo.

### **III. Técnicas e instrumentos utilizados**

#### **Técnicas**

- Observación

- Entrevista
- Aplicación de pruebas psicométricas y proyectivas

### **Instrumentos**

- Cuestionario Revisado De Personalidad De Eysenck EPQ-R
- Test Proyectivo de Karen Machover-La Figura Humana
- Test Del Dibujo Del Árbol
- Test De La Figura Compleja De Rey- Osterrieth
- Test De Inteligencia No Verbal TONI-2
- Escala de Hamilton para la Depresión

## **IV. Análisis e interpretación de las pruebas aplicadas**

### **Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck EPQ-R**

#### **Resultados cuantitativos**

					E	N	P
L	PD	4	16	10	10		
T		3	5	6	47		

#### **Resultados cualitativos**

- L (SINCERIDAD)

Sincero e inconformista.

- **E (Extraversión)**

Reservado, discreto, socialmente inhibido, tranquilo aficionado a los libros y distante excepto con los amigos íntimos. Tiende a planificarlo todo, desconfía de los impulsos momentáneos, se toma las cosas de cada día con seriedad y le gusta un modo de vida ordenado. Mantiene sus sentimientos bajo control, rara vez se comporta de una manera agresiva y no pierde los nervios fácilmente, es fiable, algo pesimista y otorga gran valor a las normas éticas.

- **N (Emotividad-Neurotismo)**

Aprendiz de ansioso y con humor deprimido, probablemente duerme mal y sufre de varios trastornos psicosomáticos.

- **P (Psicoticismo)**

Impulsivo, creativo un poco socializador, le gusta las cosas inusuales, extrañas y no le preocupa el peligro.

### **Test Proyectivo de Karen Machover-La Figura Humana**

Se halla muy alerta en cuanto a todos los detalles, presenta fuertes deseos y luchas interiores por ser socialmente fuerte y poderoso, sin lograr serlo en realidad, por otro lado, hay indicios de latencia de tipo de paranoide, temores de castración a causa de prácticas onanistas, Incapacidad para entender racionalmente y coordinar los impulsos a través de una conducta adecuada. Representan a la madre productiva y dominante, así mismo presenta Problemas sexuales.

## Test de La Figura Compleja de Rey- Osterrieth

### Resultados cuantitativos

#### COPIA

##### Tipo

Tipo	Percentil	Nivel
I: construcción sobre la armadura	75	N

##### Puntos

Puntaje Directo	Percentil	Nivel
34	80	S

##### Tiempo

Tiempo	Percentil	Nivel
5 minutos	25-10	I

#### REPRODUCCION DE MEMORIA

##### Tipo

Tipo	Percentil	Nivel
I: construcción sobre la armadura	50-26	N

##### Puntos

Puntaje Directo	Percentil	Nivel
30	100-76	S

### Tiempo

Tiempo	Percentil	Nivel
5 minutos	25-10	I

### Resultados cualitativos

#### **COPIA**

Presenta buena atención y cuidado se presenta en personas normales.

#### **MEMORIA**

Muestra cuidado y atención en desmedro de la rapidez, actitud puntillosa; posibilidad de bradipsiquia se presenta en personas normales.

### **Test de inteligencia no verbal TONI-2**

Walter obtuvo un puntaje total de 21 puntos, presentando un coeficiente intelectual de 108, asignándosele una categoría nivel promedio de inteligencia, teniendo la capacidad para aprender y comprender de forma adecuada.

### **Escala de Hamilton para la depresión**

#### Análisis cuantitativo

Pd: 14

Clasificación: depresión moderada

#### Análisis cualitativo

Persona con dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral y doméstica, además de la pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa por los recientes problemas experimentados, ciertas dificultades en el sueño y pérdida de apetito. Síntomas presentes desde el momento de la separación (8 meses).

- **Test del dibujo del árbol**

### Análisis cuantitativo

Segmento → AB      194mm

Segmento → CD      28mm

Edad cronológica → 37 años

### **Cálculo IW**

$$\frac{\text{AB}}{\text{Edad Cronológica}} = \frac{194\text{mm}}{37} = 5.24$$

### **Cálculo EC**

$$\text{EC} = \frac{\text{CD}}{\text{IW}} = \frac{28 \text{ mm}}{37} = 5.3$$

### Análisis cualitativo

Walter se caracteriza por presentar un equilibrio entre introversión lo que indica que es una persona distante con personas desconocidas excepto con los amigos íntimos, se advierte seguridad en sí mismo y realismo por otro lado se observa una relación adecuada con las personas con las que se interrelaciona, serenidad de ánimo, control, reflexión, por lo que no responde inmediatamente a las agresiones sufridas por su esposa, así mismo presenta tendencia a la contradicción por lo que cree que a pesar de sufrir agresiones de parte de su esposa él cree que esta es una gran mujer.

Por otro lado, probablemente a la edad de 5 años, Walter puede haber sufrido un hecho traumatizante bien el plano social o en el plano familiar.

## Resumen

Según los datos obtenidos el paciente se caracteriza por ser reservado, discreto, socialmente inhibido, tranquilo, distante con personas extrañas, excepto con los amigos íntimos. Mantiene sus sentimientos bajo control, rara vez se comporta de una manera agresiva y no pierde los nervios fácilmente, por otro lado, es ansioso y con humor deprimido, probablemente duerme mal, presenta fuertes deseos y luchas interiores por ser socialmente fuerte, sin lograr serlo en realidad, posibles temores de castración a causa de prácticas onanistas.

Presenta buena atención y cuidado; posibilidad de bradipsiquia, presenta un coeficiente intelectual de 108, con una categoría nivel promedio de inteligencia, teniendo la capacidad para aprender y comprender de forma adecuada.

Es una persona con dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral y doméstica, además de la pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad e ideas de culpa. Por otro lado, probablemente a la edad de 5 años, Walter puede haber sufrido un hecho traumatizante bien el plano social o en el plano familiar.

## **INFORME PSICOLÓGICO**

### **I. Datos de filiación**

Nombres y apellidos : W.V.C  
Fecha de nacimiento : 14/02/1979  
Edad : 37 años  
Sexo : Masculino  
Lugar de nacimiento : Puno  
Grado de instrucción : Técnico Incompleto  
Estado civil : Conviviente  
Ocupación : Cocinero  
Religión : Católica  
Informante : El paciente  
Lugar de evaluación : Centro de salud de Cerro Colorado  
Fecha de evaluación : 02/09/2017

### **II. Motivo de consulta**

El paciente llega a consulta ya que refiere sentirse “deprimido” y “ansioso” luego de haber terminado una relación de 16 años con su pareja.

### **III. Técnicas e instrumentos utilizados**

#### **Técnicas**

- Observación
- Entrevista
- Aplicación de pruebas Psicométricas y proyectivas

### **Instrumentos**

- Cuestionario Revisado De Personalidad De Eysenck EPQ-R
- Test Proyectivo de Karen Machover-La Figura Humana
- Test De La Figura Compleja De Rey- Osterrieth
- Test De Inteligencia No Verbal TONI-2
- Escala de Hamilton para la Depresión
- Test Del Dibujo del Árbol

### **IV. Antecedentes personales y familiares**

El paciente refiere no tener ningún conocimiento de cómo fue la esta etapa de gestación ya que su madre nunca se lo comentó, es el hijo menor, con respecto al desarrollo psicomotor fue normal, refiere no haber tenido enfermedades graves durante la niñez. Así mismo recuerda que desde muy pequeño tuvo que ser independiente debido a que sus padres trabajaban desde muy temprano hasta altas horas de la noche, a lo cual sólo era cuidado por su hermano 4 años mayor que él, que por su parte se dedicaba al estudio y a salir con sus amigos.

Tuvo muy pocos amigos, pues en la escuela era una persona muy tímida y cuando estaba en casa le daba cierto temor salir excepto cuando salía con su hermano a jugar futbol. Su padre consumía y consume bebidas alcohólicas con mucha frecuencia, No presento dificultad alguna con respecto al rendimiento académico, aunque en ocasiones fue irresponsable con las tareas y asistencias debido a que trabajaba y estudiaba, a los 19 años decide residir en la ciudad de Arequipa, por motivos de trabajo y estudio. Su atracción por el sexo opuesto empezó a los 13 años, tuvo su primera enamorada a los 17

años, debido a su timidez, con la cual tuvo su primera experiencia sexual. Tres años después conoce a su segunda pareja y madre de sus dos hijos. Actualmente vive en la ciudad de Arequipa en una casa alquilada debido a la separación con su conviviente, trabaja como cocinero en un restaurante, recibe un sueldo mínimo, que muchas veces no es lo suficiente debido a lo exigido por su ex conviviente, la cual trabaja en el negocio fundado por ambos, cuenta con los servicios básicos de agua, desagüe y luz.

## V. Observaciones conductuales

Paciente W.V.C aparenta tener la edad que menciona, es de tez trigueña, estatura promedio, contextura delgada, cabello negro. Presentó un aseo y arreglo personal adecuados, se aprecia su vestimenta en buen estado. Mostrándose colaborador con la evaluadora, comprendiendo y logrando concretar objetivos, mantiene una postura encorvada, marcha lenta, su expresión refleja preocupación e incomodidad. Denota tristeza, se comunica con un tono de voz bajo y no manteniendo contacto ocular.

Se mostró un predominio de la atención voluntaria sobre la involuntaria, ya que prestaba atención a la entrevista y a cada pregunta que se le hacía.

Responde a los estímulos presentados de manera adecuada como las preguntas abiertas que se le hizo durante el rapport.

En relación al lenguaje expresivo, el paciente se expresa correctamente, así como posee una buena dicción. Posee un adecuado lenguaje comprensivo que se muestra al responder las preguntas. Durante la evaluación del paciente se observó que el ritmo y velocidad de la entonación fue normal sin embargo el tono de voz fue bajo.

El paciente denota tristeza, ansiedad por su situación conyugal, existe concordancia entre lo que dice y expresa, reflejado en su expresión facial, su corporalidad y sudoración en manos.

## **VI. Análisis e interpretación de los resultados obtenidos**

### **• Cognitivo**

Presenta un coeficiente intelectual de 108, con una categoría nivel promedio de inteligencia, teniendo la capacidad para aprender y comprender de forma adecuada, por lo que a pesar de ciertas irresponsabilidades en el colegio este presento un rendimiento académico bueno, llegando a estudiar para ser técnico en computación la cual no culmino debido al embarazo de su pareja. Presenta buena atención con posibilidad de bradipsiquia, ya que durante la evaluación psicométrica y la observación pertinente el paciente presenta buena atención, pero enlentecida.

### **• Afectivo**

Según los datos obtenidos el paciente se caracteriza por ser reservado, discreto, distante con personas extrañas, excepto con los amigos íntimos.

Mantiene sus sentimientos bajo control, rara vez se comporta de una manera agresiva, motivo por el que no reacciona de manera inmediata ante insultos y agresiones sufridos de parte de su ex pareja. Por otro lado, es ansioso y con humor deprimido, probablemente duerme mal, esto debido a la separación ya que aún guarda la esperanza de reconciliarse con la mamá de sus hijas.

Presenta fuertes deseos y luchas interiores por ser socialmente fuerte, sin lograr serlo en realidad; esto por el hecho de ser del sexo masculino y por miedo a que no lo acepten socialmente debido a su problema de violencia y

separación, motivo por el cual aún no se atreve a comunicarles el hecho a su familia.

Presenta ideas de culpa ya que se siente responsable del término de la relación y que sus hijas no puedan tener un hogar conformado por padre y madre. Por otro lado, probablemente a la edad de 5 años, Walter puede haber sufrido un hecho traumatizante bien en el plano social o en el plano familiar, hecho que no fue confirmado con la entrevista, ya que se resistió a hablar de ello cambiando de tema o regresando a preguntas anteriores.

- **Volitivo**

Actualmente presenta dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral y doméstica, debido a la pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ya que siempre fue rechazado por su pareja debido a que no contaba con el trabajo y estudios que eran exigidos por ella.

Refiere que no le gusta salir y prefiere quedarse en casa durmiendo o trabajando horas extras.

## **VII. Conclusión diagnostica**

**Diagnóstico Psicológico:** En relación a los síntomas que presenta el paciente junto con sus conductas, se observa que presenta un estado de ánimo disminuido, preocupación e inseguridad a situaciones específicas, dependencia e incapacidad de disfrutar actividades del día a día. Infiriendo que presenta un diagnóstico de episodio depresivo moderado.

**Diagnóstico Nosológico:** CIE 10 F32.1 Episodio depresivo moderado, debido a que el paciente manifiesta criterios que confirman este diagnóstico como humor depresivo, perdida de la capacidad de interesarse, disminución de la atención, pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, trastornos del sueño en ciertas ocasiones y pérdida de apetito.

## VIII. Pronóstico

**Favorable:** Debido a la edad del paciente, la gravedad del cuadro depresivo es moderada ya que puede llegar a ser tratado en la mayor prontitud posible llegando atenuar en gran medida los sentimientos y sensaciones negativas del paciente, puede ser mejorada con un adecuado tratamiento psicológico, además del apoyo de sus hijos, con el que cuenta.

## IX. Recomendaciones

- Realizar terapia psicológica Gestalt, desde un punto de vista del “aquí y ahora”, se buscará que el individuo se haga responsable de sí mismo y construya la confianza para ayudarse en las situaciones más difíciles.
- Construir una respuesta apropiada a su depresión, una respuesta que incluirá ingredientes físicos, corporales, afectivos, emocionales, representacionales, motores, mentales, relacionales, etcétera, que crearán una forma adecuada al contexto en que surge, a fin de resolver la dificultad que se atraviesa del mejor modo posible y de acuerdo con la capacidad de que se dispone.

- Disminuir su sensación de ansiedad, haciéndolo consciente de los pocos beneficios que esto le genera y trabajar en el manejo de ello mediante la relajación y la canalización mediante otras acciones.

9 de Setiembre del 2017

---

**Yasmin Inés Espino Tapia**

## **PLAN PSICOTERAPÉUTICO**

### **1. Datos de filiación**

- Nombres y apellidos : W.V.C
- Edad : 37 años
- Fecha y lugar de nacimiento : 14/02/1979 Puno
- Grado de instrucción : Técnica Incompleta
- Dirección actual : Calle Arequipa 512 Cerro Viejo-Cerro Colorado.
- Referido por : Psicóloga del Centro de Salud de Cerro Colorado
- Examinado por : Yasmin Inés, Espino Tapia

### **2. Diagnóstico**

**Diagnóstico Psicológico:** En relación a los síntomas que presenta el paciente junto con sus conductas, se observa que presenta un estado de ánimo disminuido, preocupación e inseguridad a situaciones específicas, dependencia e incapacidad de disfrutar actividades del día a día. Infiriendo que presenta un diagnóstico de episodio depresivo moderado.

**Diagnóstico Nosológico:** CIE 10 F32.1 Episodio depresivo moderado, debido a que el paciente manifiesta criterios que confirman este diagnóstico como humor depresivo, perdida de la capacidad de interesarse, disminución de la atención, pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, trastornos del sueño en ciertas ocasiones y pérdida de apetito.

### 3. Objetivo general

Llevar a la persona desde una ampliación consciente de la experiencia que está viviendo, pasando por la asimilación de recursos propios y/o aprendizaje de habilidades que le permitan dar respuestas a las circunstancias presentes, es decir generando responsabilidad sin recurrir a juegos o manipulaciones, un camino de la dependencia al auto apoyo.

### 4. Descripción del plan terapéutico

- Se realizarán 8 sesiones por un lapso de 45 min cada sesión, una vez a la semana.
- Las técnicas a utilizar serán:
  - **Expresivas.-** Su objetivo es reunir energía suficiente para fortalecer el contenido del darse cuenta y consisten en solicitar al paciente que repita un gesto, una postura corporal, un movimiento o un exclamación o que los exagere con la intención que el paciente entre en contacto con alguna emoción o creencia oculta.
  - **Supresivas.-** Sirven para dejar de hacer lo que el individuo esté actuando con el objeto de descubrir la experiencia que se oculta detrás de una determinada actividad.
  - **Integrativas.-** Es una combinación de las dos anteriores cuyo objetivo es el de integrar las partes alienadas del individuo, entre ellas se encuentran las fantasías guiadas y la asimilación de lo introyectado. (Salamá 2007)

Es a través del uso de estas técnicas que se va manejando al paciente con depresión, ubicando el momento presente de la situación que se está viviendo en ese momento, dándole importancia a la vivencia fenomenología de la experiencia subjetiva, dando énfasis en las sensaciones corporales, los gestos, las posturas, los rasgos faciales, el rubor, los temblores involuntarios, etc.

## 5. Técnica terapéutica a utilizar

- **Modelo:** Gestalt

### AUTOBIOGRAFÍA

- **Objetivo:** Conseguir que le paciente se identifique en espacio y tiempo desde que nació hasta la actualidad, con la finalidad de hacerle notar que en el mundo el cumple un rol, un espacio y un tiempo, siendo su estilo y proyecto de vida de suma importancia.
- **Descripción:** Se le pedirá al paciente que para la sesión lleve muchas fotos de cuando era niño y del mismo modo de sus familiares más querido y padres, posteriormente realizará una línea del tiempo de toda su vida hasta la actualidad, remarcando cuales el considera que fueron los momentos más importantes de estas. Luego se le preguntará que logró observar de este ejercicio y si considera que los años que lleva vivimos lo han sido en plenitud, y si no es así preguntar qué es lo que espera para que esta situación cambie.
- **Tiempo de la sesión:** 45 minutos

- **Materiales a utilizar:** Fotografías, goma, papeles, plumones y un papelote, regla.

### **MIRARSE A TRAVÉS DEL ESPEJO**

- **Objetivo:** Ayudar al paciente a tener una verdadera percepción de sí mismo, analizando en su corporalidad y como luce su estado de ánimo y como es que está desarrollándose, igualmente reconocer sus cualidades y valores, al igual de los pensamientos que no lo ayudan.
- **Descripción:** Se sienta al paciente y se le pide que respire profundamente con los ojos cerrados, se baja el nivel de intensidad de la luz (tenue), aún debe mantener los ojos cerrados, se le pide que nuevamente respire profundamente unas tres veces a modo de relajación, una vez listo el paciente debe abrir los ojos y encontrarse frente al espejo, iniciando así a describir la apariencia que observa, verbalizar lo que le gusta de la imagen que ve y las cosas que no le agradan, seguidamente se le debe hacer consciente de la importancia de su existencia y de los logros que pudiera tener si considera como importante sus necesidades.
- **Tiempo de la sesión:** 45 minutos
- **Materiales a utilizar:** Espejo, silla, luz tenue.

## SILLA VACÍA

- **Objetivo:** Verbalizar y exteriorizar sus sentimientos hacia el mismo y a las personas que considera pudieron haberle lastimado en alguna situación.
- **Descripción:** Se le pide al paciente que se siente en una de la sillas, dejando la otra que se encuentra justo al frente, posteriormente se hace un pequeño rapport y se le explica que por esta ocasión conoceremos un poco más de él, es así como se le pide que cierre los ojos y empiece a recordarse y verbalice que no le gusta de él y que pensamientos tienen otros acerca de él, cuando lo tenga todo en mente se le pide que lo diga como si fuera la persona que considera lo que critica cambiando de silla y de esta forma comportándose como dicha persona.

Después de un periodo se le pide que respire profundo y abra los ojos, aclarándole que son sentimientos reprimidos que él se permite soltar.

- **Tiempo de la sesión:** 45 minutos
- **Materiales a utilizar:** Tres sillas

## COLLAGE DE FLORES CON MATERIALES DE VERDAD

- **Objetivo:** Verbalizar los sentimientos que vienen a él con frecuencia y que aumentan su nivel de depresión
- **Descripción:** Una sesión antes se le pide al paciente que lleve todo el material necesario para hacer un collage y una vez que lo tiene se menciona que a su creatividad en una hoja haga una representación de una flor con mucha vitalidad, hermosa y otra que esté muerta. Cuando ha culminado se le pide que represente con su corporalidad como es que estas flores cobrarían vida y que sensaciones vienen a él, mostrando así sus sentimientos y emociones cuando él se encuentra en ambas situaciones. De esta forma le permitimos reconocer los sentimientos que surgen de él.
- **Tiempo de la sesión:** 45 minutos
- **Materiales a utilizar:** hojas blancas, goma, pincel, hojas secas, frescas, flores de estación.

## TÉCNICA DEL BOTÓN

- **Objetivo:** Enseñar al paciente a controlar los estados de ansiedad que pueden suscitarse bajo ciertas circunstancias.
- **Descripción:** Mediante un análisis se le pide al paciente que reconozca cuales son los eventos que lo llenan de ansiedad y como es que su cuerpo lo expresa y que toque esa parte del cuerpo, luego de ello se le pide relajarse y se procede a

pedirle que con los ojos cerrados recuerde uno o dos eventos que le causen mucha tranquilidad, armonía y serenidad, cuando tenga esta tarea resuelta le pedimos que abra los ojos y que imagine que en alguna parte de su cuerpo tiene un botón que puede utilizar en cualquier momento, y es así que cuando tenga un evento que le cause ansiedad oprima este botón y recuerde esos eventos que le causan tranquilidad. Así como aprenderá a manejar estas situaciones a posterior.

- **Tiempo de la sesión:** 45 minutos

- **Materiales a utilizar:** Una silla

## EL CONTRATO

- **Objetivo:** Motivar al paciente hacer un plan de contingencia para progresivamente ir olvidando las ideas rumiantes.

- **Descripción:** Después de todo lo avanzado, se le pide al paciente que piense cuáles son sus proyectos a futuro y que quiere alcanzar en la esfera familiar, social y personal para de esta manera disuadir los pensamientos rumiantes que se encuentran instalados en él y permitir que se desarrolle otra área mediante la actividad que vaya aplicar en estas esferas.

- **Tiempo de la sesión:** 45 minutos

- **Materiales a utilizar:** Un folder, hojas, lapiceros.

## 6. Tiempo de Ejecución

8 sesiones de 45 min cada sesión

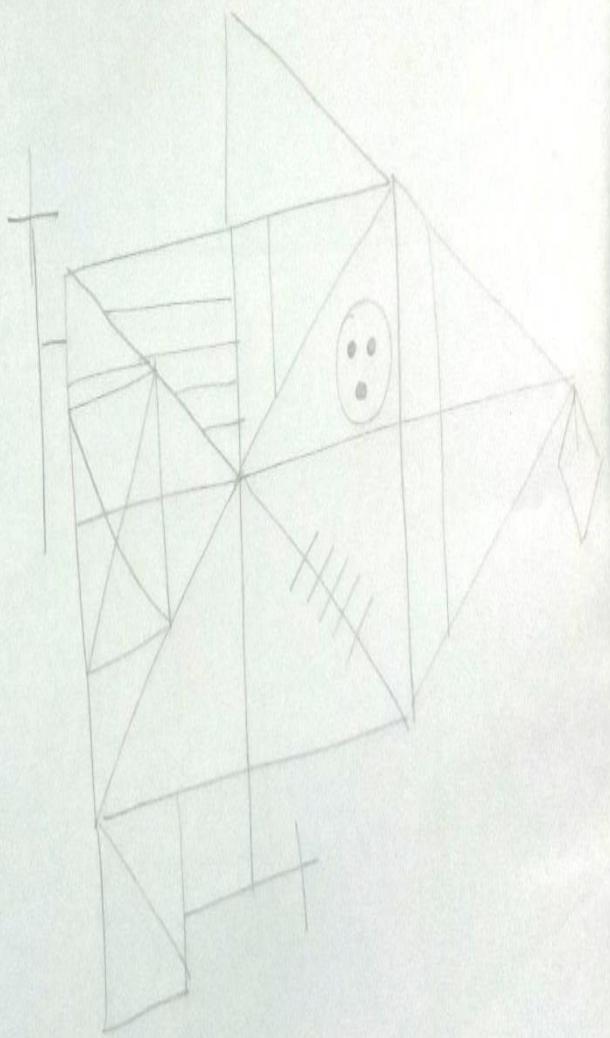
## 7. Logros Obtenidos

- Lograr que el paciente tenga una autopercepción adecuada, conociendo en integridad sus cualidades, y su potencial.
- Reforzar la autovalía.
- Realizar un plan de vida, con metas y nuevos objetivos.
- Permitir la socialización.
- Enseñar técnicas para reducir la ansiedad.

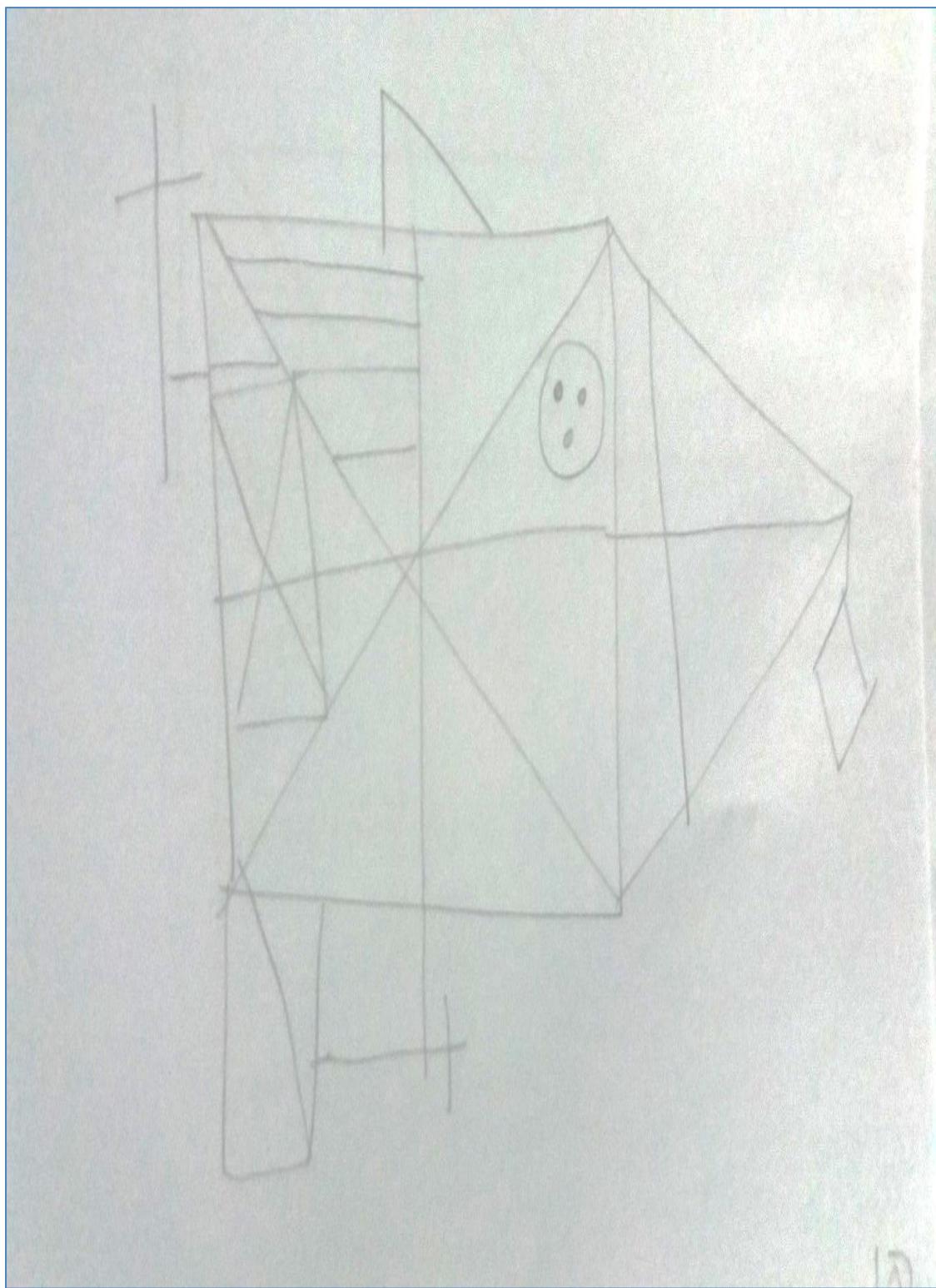
## 8. CAMBIOS DE ACTITUDES Y/O COMPORTAMIENTOS

- Ser una persona más segura
- Tener actividad en su día a día
- Manejar la ansiedad
- Vitalidad durante el día
- Mejorar la comunicación con su entorno
- Disipar preocupaciones y sensación de tristeza.

## APÉNDICE



Cosez





TONI-2		Test of Nonverbal Intelligence					
		FORMA A HOJA DE RESPUESTAS Y FORMA DE REGISTRO					
		Sección II. Perfil de los resultados de la Prueba					
TONI-2 COCIENTE	Form A	Form B	RESULTADOS DE OTRAS MEDIDAS				
	84 = 100 SD = 15		1	2	3	4	5
	100	.	.	.	.	.	.
	105	.	.	.	.	.	.
	110	.	.	.	.	.	.
	115	.	.	.	.	.	.
	120	.	.	.	.	.	.
	125	.	.	.	.	.	.
	130	.	.	.	.	.	.
	135	.	.	.	.	.	.
TONI-2 Cociente		Rango del percentil		SEM			
Sección III. Datos de Pruebas adicionales							
Nombre	Fecha de aplicación	Cociente equiv.					
Sección I. Datos de Identificación							
Nombre del examinado: L.V.C.							
Nombre del padre o tutor del examinado:							
Colegio: _____ Grado: _____							
Nombre del Examinador: _____							
Título del Examinador: _____							
Fecha de Evaluación: Año _____ Mes _____							
Fecha de Nacimiento: Año _____ Mes _____							
Edad Actual: _____							
Sección IV. Condiciones de Evaluación							
¿Quién retiró al sujeto? Personas							
¿Cuál fue el motivo de referencia? Problema depresión							
¿Con quién se discutió la referencia del examinado?							
Por favor describa las condiciones de evaluación para el TONI - 2 completando o revisando las categorías expuestas debajo.							
Administración Grupal (G) ó Individual (I)							
Variables de Ubicación: Interferente (I) ó No interferente (N)							
Nivel de ruido							
Interrupciones, distracciones							
Luz, temperatura							
Privacidad							
Otros _____							
Variables de Evaluación: Interferente (I) ó No interferente (N)							
Comprensión del contenido de la prueba							
Comprensión del formato de la prueba							
Nivel de Energía							
Actitud frente a la prueba							
Salud							
Rapport							
Otros _____							

Section VI. Responses to the TOSI-2 Form A.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
101	102	103	104	105	106	107	108	109	110
111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126	127	128	129	130
131	132	133	134	135	136	137	138	139	140
141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
151	152	153	154	155	156	157	158	159	160
161	162	163	164	165	166	167	168	169	170
171	172	173	174	175	176	177	178	179	180
181	182	183	184	185	186	187	188	189	190
191	192	193	194	195	196	197	198	199	200
201	202	203	204	205	206	207	208	209	210
211	212	213	214	215	216	217	218	219	220
221	222	223	224	225	226	227	228	229	230
231	232	233	234	235	236	237	238	239	240
241	242	243	244	245	246	247	248	249	250
251	252	253	254	255	256	257	258	259	260
261	262	263	264	265	266	267	268	269	270
281	282	283	284	285	286	287	288	289	290
291	292	293	294	295	296	297	298	299	300
301	302	303	304	305	306	307	308	309	310
311	312	313	314	315	316	317	318	319	320
321	322	323	324	325	326	327	328	329	330
331	332	333	334	335	336	337	338	339	340
341	342	343	344	345	346	347	348	349	350
351	352	353	354	355	356	357	358	359	360
361	362	363	364	365	366	367	368	369	370
371	372	373	374	375	376	377	378	379	380
381	382	383	384	385	386	387	388	389	390
391	392	393	394	395	396	397	398	399	400
401	402	403	404	405	406	407	408	409	410
411	412	413	414	415	416	417	418	419	420
421	422	423	424	425	426	427	428	429	430
431	432	433	434	435	436	437	438	439	440
441	442	443	444	445	446	447	448	449	450
451	452	453	454	455	456	457	458	459	460
461	462	463	464	465	466	467	468	469	470
471	472	473	474	475	476	477	478	479	480
481	482	483	484	485	486	487	488	489	490
491	492	493	494	495	496	497	498	499	500
501	502	503	504	505	506	507	508	509	510
511	512	513	514	515	516	517	518	519	520
521	522	523	524	525	526	527	528	529	530
531	532	533	534	535	536	537	538	539	540
541	542	543	544	545	546	547	548	549	550
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560
561	562	563	564	565	566	567	568	569	570
571	572	573	574	575	576	577	578	579	580
581	582	583	584	585	586	587	588	589	590
591	592	593	594	595	596	597	598	599	600
601	602	603	604	605	606	607	608	609	610
611	612	613	614	615	616	617	618	619	620
621	622	623	624	625	626	627	628	629	630
631	632	633	634	635	636	637	638	639	640
641	642	643	644	645	646	647	648	649	650
651	652	653	654	655	656	657	658	659	660
661	662	663	664	665	666	667	668	669	670
671	672	673	674	675	676	677	678	679	680
681	682	683	684	685	686	687	688	689	690
691	692	693	694	695	696	697	698	699	700
701	702	703	704	705	706	707	708	709	710
711	712	713	714	715	716	717	718	719	720
721	722	723	724	725	726	727	728	729	730
731	732	733	734	735	736	737	738	739	740
741	742	743	744	745	746	747	748	749	750
751	752	753	754	755	756	757	758	759	760
761	762	763	764	765	766	767	768	769	770
771	772	773	774	775	776	777	778	779	780
781	782	783	784	785	786	787	788	789	790
791	792	793	794	795	796	797	798	799	800
801	802	803	804	805	806	807	808	809	810
811	812	813	814	815	816	817	818	819	820
821	822	823	824	825	826	827	828	829	830
831	832	833	834	835	836	837	838	839	840
841	842	843	844	845	846	847	848	849	850
851	852	853	854	855	856	857	858	859	860
861	862	863	864	865	866	867	868	869	870
871	872	873	874	875	876	877	878	879	880
881	882	883	884	885	886	887	888	889	890
891	892	893	894	895	896	897	898	899	900
901	902	903	904	905	906	907	908	909	910
911	912	913	914	915	916	917	918	919	920
921	922	923	924	925	926	927	928	929	930
931	932	933	934	935	936	937	938	939	940
941	942	943	944	945	946	947	948	949	950
951	952	953	954	955	956	957	958	959	960
961	962	963	964	965	966	967	968	969	970
971	972	973	974	975	976	977	978	979	980
981	982	983	984	985	986	987	988	989	990
991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000

### ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

#### IDENTIFICACIÓN : W.C.V.

Selecctionar, para cada ítem, la puntuación que mejor define las características del paciente.

##### **1.- Humor deprimido (Tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)**

###### **a. Ausente**

1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.

2. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente.

3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.

4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea

###### **2.- Sensación de culpabilidad**

###### **a. Ausente**

1. Se culpa a sí mismo, creyendo haber decepcionado a la gente.

2. Ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones.

3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.

4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

###### **3.- Suicidio.**

###### **a. Ausente.**

1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida.

2. Desearía ceter muerte o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.

3. Ideas de suicidio o amenazas.

4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica como

###### **4) 4.- Insomnio precoz.**

###### **a. No tiene dificultades para dormirse.**

1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.

2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.

###### **5.- Insomnio medio.**

###### **a. No hay dificultad.**

1. El paciente se queja de estar inquieto

###### **6.- Insomnio tardío.**

###### **a. No hay dificultad.**

1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.

a. No puedo volver a dormirme si no levanta de la cama.

7. Trabajo y actividades:

a. No hay dificultad.

i. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones.

a. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desasertación, indecisión y vacilación (sentido que debe esforzarse en su trabajo o actividades).

g. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. En el hospital clasificar en 3 si el paciente no dedica por lo menos 3 horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones.

4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar en 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar éstas sin ayuda.

8.- Inhibición (Lentitud de pensamiento y de palabra; facultad de concentración empeorada; actividad motora disminuida).|

a. Palabras o pensamiento normales.

i. Ligero retraso en el diálogo.

a. Evidente retraso en el diálogo.

g. Diálogo difícil.

4. Torpeza absoluta.

9.- Agitación.

a. Ninguna.

i. "Juega" con sus manos, cabellos, etc.

a. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.

10.- Ansiedad psíquica.

a. No hay dificultad.

i. Tensión subjetiva e irritabilidad.

a. Preocupación por pequeñas cosas.

g. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.

4. Temores excesivos sin preguntarlos.

11.- Ansiedad somática Síntomas fisiológicos

12.- Hipochondría.

a. No la hay.

i. Preocupado por sí mismo (cooperativamente).

a. Preocupado por su salud.

g. Se lamenta constantemente. Solicitud ayudas, etc.

a. Ausentes.

Ligeras.

Graves.

Otros síntomas (especificar)

Ausentes.

Ligeras.

Graves.

**TOTAL 17 ítems:**

1 incluyendo 14

1 ansiedad/somatización



**CASO 2**  
**ANAMNESIS**

**I. Datos de filiación**

<b>Nombre</b>	: R.D.A.
<b>Edad</b>	: 78 años
<b>Sexo</b>	: Masculino
<b>Lugar y fecha de nacimiento</b>	: Cuzco, 10 de mayo de 1939
<b>Estado civil</b>	: Divorciado
<b>Nº de hijos</b>	: 6
<b>Grado de instrucción</b>	: Secundaria Completa
<b>Ocupación actual</b>	: Jubilado
<b>Composición familiar</b>	: Vive solo
<b>Informante</b>	: Paciente
<b>Fecha de evaluación</b>	: 12/05/2017
<b>Examinador</b>	: Luis Miguel, Yerba Vilca

**II. Motivo de consulta**

Paciente acude a consultorio de Centro del adulto Mayor-CAM porque quiere dejar de tener miedo a los perros y perder el miedo al momento de hablar en público. Primera situación le causa incomodidad reflejada en los momentos en los que transita por la calle, si ve un perro, desvía su ruta cruzando al otro extremo de la calle para alejarse lo más posible de este. En cuanto a segundo problema, manifiesta que “a veces sudo y me pongo nervioso cuando tengo que hablar frente a todos”, esta situación se da en algunas

ocasiones puesto que es coordinador del taller de taichí al cual pertenece y por la misma situación del puesto se ve en la necesidad de dar anuncios, organizar las reuniones y

### **III. Historia de la enfermedad o problema actual**

**Tiempo:** En cuanto al miedo a los perros este se da desde que tenía 6 años. Y miedo a hablar en público desde hace 1 año.

**Forma de inicio:** Miedo a perros se da porque uno lo mordió en la espalda cuando era niño y miedo a hablar en público se da por su puesto de coordinador del taller taichí.

**Síntomas principales:** En ambos casos manifiesta nerviosismo, físicamente representado en sensación de sudor y leve temblor.

**Relato:** Paciente tiene temor a los perros desde los 6 años de edad, que madre lo mandó a comprar unos vivires a tienda que se encontraba a 2 cuadras de vivienda, esto durante la mañana cerca de 7:30 am; paciente fue corriendo y es cuando un perro de tamaño medio de 50 cm de altura aproximadamente de color blanco y negro, apareció por detrás y le muerde en la zona baja de la espalda, zona lumbar, provocándole una herida poco profunda pero que llega a sangrar, que le dejó una cicatriz de un poco más de 2 cm de longitud, perro lo persiguió por cerca de media cuadra. En ese momento se sintió temeroso, se puso a llorar y fue a la tienda; en ese lugar dueño le pregunta el porqué de llanto, paciente cuenta lo sucedido y dueño le da aviso de que tiene mancha de sangre en su polo y le dice que regresé a su casa para que lo puedan curar, paciente regresó asustado a casa, luego madre lo ve sollozando y le pregunta razón de su estado, paciente relata lo sucedido y madre le cura herida con agua oxigenada. Después madre va a increparle lo acontecido a dueño de perro, sin embargo este no hace nada al respecto y perro continua molestando a las personas que pasaban por la

calle. A la edad de 22 años paciente es atacado por otro perro, de color negro y amarillo, grande cerca de 80 cm de altura, de pelaje abundante, ataque fue cuando paciente salía de su trabajo y caminaba por una calle poco transitada, era de tarde entre 2:00 pm y 2:30 pm, el perro le rompió el pantalón, ataque no duro más de 5 segundos, tras calmarse por el susto paciente ve a dueño de perro, se da cuenta que es amigo un compañero de trabajo y va a increparle por lo sucedido, pide que mate al perro, dueño se niega y ofrece pagarle por el pantalón, que regresará al día siguiente, paciente regresa y dueño le dice que no tiene dinero en ese momento, que no había cobrado su sueldo y que regrese otro día, paciente molesto se va, regresó al día siguiente y no le pagan por pantalón, enfadado pasado 2 días averigua donde trabaja dueño de perro y va a reclamarle llevando el pantalón como evidencia, este le dice que le pagará pero que espere a que le paguen sueldo, paciente enfadado se retira y no vuelve a reclamar pago de pantalón. En cuanto a miedo a hablar en público, esto aparece desde hace un año, paciente es elegido como coordinador de taller de taichí, y como tal tiene que realizar coordinaciones, poner a votación asuntos propios de taller, y tomar la palabra para organizar al grupo, es en estas situaciones que paciente se siente nervioso, llegando a sentir que suda y que se da en él un leve temblor, dificultándole la labor de coordinador, causándole incomodidad para desempeñar este papel.

#### **IV. Antecedentes personal y social**

##### **• Periodo del desarrollo**

No refiere datos de etapa pre natal y natal. En cuanto a etapa post natal solo puede referir datos desde 5 años.

- **Personalidad pre-mórbida**

Hasta hace unos años paciente se caracterizaba por ser de pensamiento cerrado, no aceptando fácilmente los puntos de vista de otras personas, más tosco en su trato con los demás, tendencia a exasperarse fácilmente.

## V. Capacidad funcional

- **Hábitos**

Paciente fumó y bebió desde los 18 años hasta los 23 años, haciéndolo de forma ocasional, cuando había alguna fiesta o evento similar, consumo de ambas sustancias fue moderado, no consumió ni consume drogas. Realiza ejercicio a diario, taichí los lunes, miércoles y viernes; gimnasia terapéutica los martes y jueves, además de asistir a taller de cómputo los miércoles, jueves y viernes.

- **Sueño**

No tiene problemas para conciliar el sueño, no hay presencia de terrores nocturnos, pesadillas. No toma pastillas para dormir. Sueño es regular teniendo una duración aproximada de 8 horas.

- **Aseo**

Paciente puede asearse solo, no requiere ayuda de ningún tipo.

- **Apetito**

Actualmente apetito de paciente es bueno, no tiene dificultad para alimentarse, es capaz preparar sus propios alimentos y también suele almorzar en Centro del Adulto Mayor de donde es miembro.

- **Movilización**

Es independiente, puede desplazarse distancias cortas y largas por sí mismo.

- **Intereses**

Intereses de paciente están centrados en las actividades que realiza en Centro del Adulto Mayor (CAM), participa de gimnasia terapéutica, taller de cómputo y principalmente del taller de taichí del cual es coordinador.

- **Vida social**

En cuanto a vida social, esta se representa principalmente por las amistades que tiene en Centro del Adulto Mayor, con las cuales guarda buena relación, participa activamente de los eventos celebrados, como día de la madre, del padre y festividades similares. Ha tenido discusiones con Asistente social de CAM por temas relacionados a situación física del inmueble donde está ubicado CAM y sobre deberes que asistente tiene con los miembros de CAM.

- **Ocupación anterior**

Paciente fue tesorero de oficina de correos y telégrafo del Estado, actual SERPOST, cargo que desempeñó durante 24 años aproximadamente tanto en Cuzco como en Arequipa, antes ocupó el cargo de dependiente cerca de 8 a 10 años, tuvo el puesto de

mensajero en un inicio por 2 a 3 años, empezó a trabajar en esta institución desde los 18 años. Durante adolescencia trabajo como ayudante en taller de tío desde los 12 a 13 años. No trabajo ni de niño ni durante su infancia.

- **Religión**

Paciente se identifica con religión católica.

## **VI. Antecedentes familiares**

- **Matrimonio**

Actualmente paciente está divorciado de primer compromiso. Paciente conoció a primer compromiso cuando tenía 24 años y ella 20, en Club de Tiro, enamoramiento duró cerca de 1 año, relación tuvo una duración de 18 a 20 años aproximadamente. Producto de relación tienen 4 hijos y 1 hija. Separación se produce a razón de que esposa abandona hogar en reiteradas ocasiones, siendo los lapsos más largos hasta ese momento de entre 8 a 10 días, donde ella refirió ir a Camaná sin dar más motivos, es entonces que esposa abandona hogar por cerca de más 2 meses para regresar con bebé recién nacido. Paciente sospecha de infidelidad y pide divorcio, ella se lo da y se separan. Segundo compromiso de paciente se da cuando tenía 55 años y ella 57, la conoció a través de programa de radio de Arequipa Correo de Corazón, Enamoramiento dura cerca de 3 a 4 meses, más adelante empiezan a convivir por 4 a 5 años. No tuvieron hijos, mas segunda pareja ya tenía una hija la cual es aceptada por paciente, es esta misma que luego mantiene relación con hombre desconocido y se embaraza dando a luz a una mujer, entonces Paciente y pareja deciden recibirla y darle sus apellidos porque hija tenía cerca de 20 años y consideraron que era muy joven para hacerse cargo

de crianza de menor y además se suma situación de que pareja de hija no acepta la paternidad y la abandona.

- **Hijos**

Paciente tiene con primer compromiso 5 hijos, 4 varones y 1 mujer y con segundo compromiso acepta a hija y da apellido a nieta.

- **Nietos**

Por parte de hijos de primer compromiso tiene 4 nietos. La relación con ellos es neutra dado que actualmente no guarda mucho contacto con resto de la familia. Aquí resaltamos a Salome, D.G. que biológicamente es nieta de paciente y políticamente ocupa lugar de hija.

Parentesco/ Primer Compromiso	Nombre	Edad	Ocupación	Grado de Instrucción	Vive
Hijo	Guido, D.M.	53	Ing. Mecánico	Superior	Sí
Hijo	Oscar, D.M.	51	Empleado Sedapar	Superior	Sí
Hijo	Aldo, D.M.	47	Ing. Minas	Superior	Sí
Hija	Nadia, D.M.	44	Diseñadora Gráfica	Técnico	Sí
Hijo	Omar, D.M.	32	Policía	Técnico	Sí

Parentesco/Segundo Compromiso	Nombre	Edad	Ocupación	Grado de Instrucción	Vive
Hija	María, D.G.	32	Ama de Casa	Sec. completa	Sí
Nieta/Hija	Salome .D.G.	55	Ama de Casa	Sec. completa	Sí

**• Dinámica familiar**

En cuanto a la dinámica familiar resaltamos que actualmente paciente vive solo, por lo que no guarda mucho contacto con hijos, sin embargo establecemos que con hijos de primer compromiso tiene buena relación 3 hijos, lo reciben en sus hogares e invitan ocasionalmente a festejar, 1 hijo regular, guarda saludo mas no conversa mucho con él, mala con hijo que se sospecha fue producto de infidelidad, guarda saludo mas no conversan; 1 hija buena conversa e invita ocasionalmente a visitar. Con hija de segundo compromiso la relación es buena mantiene contacto telefónico y visita eventualmente; lo mismo es con nieta/hija.

**• Condición socioeconómica**

Paciente vive solo es un apartamento pequeño de 1 solo ambiente de 4 m x 6 m, material noble, desde 5 a 6 años aproximadamente, cuenta con servicios básicos de luz, agua y desagüe. Vivienda es alquilada. Económicamente depende de él mismo, recibe una pensión de s/1.000 soles, no tiene ningún otro ingreso

**Resumen**

Paciente acude a consultorio de CAM porque quiere dejar de tener miedo a perros y perder miedo al hablar en público. Temor a perros se da desde 6 años de edad, madre lo mandó a comprar vivires a tienda a 2 cuadras de distancia, cerca de 7:30 am; paciente fue corriendo y es cuando perro de tamaño medio, 50 cm de altura aproximadamente de

color blanco y negro, apareció por detrás y le muerde en la zona baja de la espalda, zona lumbar, provocándole herida poco profunda que llega a sangrar, dejó cicatriz de poco más de 2 cm de longitud, perro lo persiguió cerca de media cuadra. Se sintió temeroso, lloró y fue a tienda; dueño pregunta el porqué de llanto, paciente cuenta lo sucedido y dueño le da aviso de que tiene mancha de sangre en su polo y le dice que regresé a casa para que lo curaren, paciente regresó asustado; madre lo ve sollozando y pregunta razón de su estado, paciente relata lo sucedido y madre le cura herida con agua oxigenada. Madre increpa a dueño de perro, sin embargo, este no hace nada al respecto y perro continúa molestando a las personas que pasaban por calle. A los 22 años es atacado por otro perro, de color negro y amarillo, grande, 80 cm de altura, pelaje abundante, ataque fue cuando salía de trabajo y caminaba por calle poco transitada, entre 2:00 pm y 2:30 pm, perro le rompió pantalón, ataque no duro más de 5 segundos, tras calmarse por susto paciente ve a dueño de perro, se da cuenta que es amigo un compañero de trabajo y le increpó lo sucedido, pide que mate a perro, dueño se niega y ofrece pagarle por pantalón, que regresará al día siguiente, esto hasta en 2 ocasiones y no le pagan por pantalón, enfadado pasado 2 días averigua donde trabaja dueño de perro y va a reclamarle llevando el pantalón como evidencia, este dice que le pagará pero que espere a que le paguen sueldo, paciente enfadado se retira y no vuelve a reclamar pago de pantalón. En cuanto a miedo a hablar en público, esto aparece desde hace un año, paciente es elegido como coordinador de taller de taichí, tiene que realizar coordinaciones, poner a votación asuntos propios de taller, y tomar la palabra para organizar al grupo, en estas situaciones paciente se siente nervioso, llegando a sentir que suda y un leve temblor, dificultándole labor de coordinador, causándole incomodidad para desempeñar este papel.

Hasta hace unos años paciente se caracterizaba por ser de pensamiento cerrado, no aceptando fácilmente los puntos de vista de otras personas, más tosco en trato con los demás, tendencia a exasperarse fácilmente. Paciente fumó y bebió desde los 18 años hasta los 23 años, moderadamente, de forma ocasional, en alguna fiesta o evento similar, no consumió ni consume drogas. Durante la semana realiza ejercicio a diario, taichí, gimnasia terapéutica, además de asiste a taller de cómputo.

En cuanto a Capacidad funcional; puede asearse solo. Apetito es bueno, no dificultad para alimentarse, capaz de preparar sus propios alimentos y también suele almorzar en CAM. Sueño regular, de 8 horas. No terrores nocturnos, no pesadillas. No toma pastillas para dormir. Independiente para movilizarse. Intereses están centrados en actividades que realiza en CAM, participa de gimnasia terapéutica, taller de cómputo y principalmente de taller de taichí del cual es coordinador.

En cuanto a vida social, resaltan amistades en CAM, buena relación, participa activamente de los eventos celebrados. Ha tenido discusiones con Asistenta social de CAM por temas relacionados a situación física del inmueble y sobre deberes que asistenta tiene con miembros de CAM.

En su actividad laboral, actualmente jubilado, fue tesorero de oficina de correos y telégrafo del Estado, actual SERPOST, durante 24 años tanto en Cuzco como Arequipa, antes ocupó cargo de dependiente, 8 a 10 años, tuvo puesto de mensajero en un inicio, 2 a 3 años, empezó a trabajar en esta institución desde los 18 años. Durante adolescencia trabajo como ayudante en taller de tío desde los 12 a 13 años. No trabajo ni de niño, ni durante infancia. Paciente se identifica con religión católica.

Actualmente paciente está divorciado de primer compromiso. La conoció cuando tenía 24 años y ella 20, en Club de Tiro, enamoramiento duró 1 año, relación duró 18 a 20 años. Tiene 4 hijos y 1 hija con ella. Separación se produce porque esposa abandona

hogar en reiteradas ocasiones, hasta por 8 a 10 días, ella refirió ir a Camaná sin dar más motivos, es entonces que esposa abandona hogar por más de 2 meses para regresar con bebé recién nacido. Paciente sospecha infidelidad y pide divorcio, ella se lo da y se separan. En segundo compromiso tenía 55 y ella 57 años, la conoció a través de programa de radio de Arequipa Correo de Corazón, enamoramiento dura 3 a 4 meses, empiezan a convivir por 4 a 5 años. No tuvieron hijos, segunda pareja ya tenía una hija la cual es aceptada por paciente, es esta misma que luego mantiene relación con hombre desconocido y se embaraza dando a luz a una mujer, entonces Paciente y pareja deciden recibirla y darle sus apellidos porque hija tenía 20 años y consideraron que era muy joven para hacerse cargo de crianza de menor, además se suma situación de que pareja de hija no acepta la paternidad y la abandona. Paciente tiene con primer compromiso 5 hijos, 4 varones y 1 mujer y con segundo compromiso acepta a hija y da apellido a nieta. Por parte de hijos de primer compromiso tiene 4 nietos. Relación es neutra dado que no guarda mucho contacto con resto de la familia. Aquí resaltamos a Salome, D.G. que biológicamente es nieta de paciente y políticamente ocupa lugar de hija.

En cuanto a la dinámica familiar, actualmente paciente vive solo, por lo que no guarda mucho contacto con hijos, sin embargo establecemos que con 3 hijos de primer compromiso tiene buena relación, lo reciben en sus hogares e invitan ocasionalmente a festejar, 1 hijo relación regular, guarda saludo mas no conversa mucho con él, mala con 1 hijo que se sospecha fue producto de infidelidad, guarda saludo mas no conversan; 1 hija relación buena, conversa e invita ocasionalmente a visitarla. Con hija de segundo compromiso la relación es buena mantiene contacto telefónico y visita eventualmente; lo mismo es con nieta/hija.

Paciente vive en un apartamento pequeño de 1 solo ambiente de 4 m x 6 m, material noble, desde 5 a 6 años aproximadamente, cuenta con servicios básicos de luz, agua y

desagüe. Vivienda es alquilada. Económicamente depende de él mismo, recibe una pensión de s/1.000 soles, no tiene ningún otro ingreso.

## EXAMEN MENTAL

### I. Datos de Filiación

<b>Nombre</b>	: R.D.A.
<b>Edad</b>	: 78 años
<b>Sexo</b>	: Masculino
<b>Lugar y fecha de nacimiento</b>	: Cuzco, 10 de mayo de 1939
<b>Estado civil</b>	: Divorciado
<b>Nº de hijos</b>	: 6
<b>Grado de instrucción</b>	: Secundaria Completa
<b>Ocupación actual</b>	: Jubilado
<b>Informante</b>	: Paciente
<b>Fecha de evaluación</b>	: 12/05/2017
<b>Examinador</b>	: Luis Miguel, Yerba Vilca

### II. Porte, comportamiento y actitud

Paciente es un adulto mayor de 78 años, aparenta su edad, mide cerca de 1.65m, tez morena, cabello blanco, contextura gruesa; viste buzo de taichí y polera de taichí, de color azul y blanco respectivamente, casaca azul y zapatillas blancas; guarda buen aliento e higiene. Expresión facial es de seriedad, no tiene cicatrices, marcas o tatuajes a simple vista. Tono de voz es adecuado, se pudo entender y oír con facilidad cuanto dijo. Postura erguida. Marcha normal, no cojeaba, andar no rígido. No tics, leve temblor en manos, mas no es impedimento para escribir o tomar objetos. Durante examen se muestra cooperador.

Al momento de indagar sobre motivo de consulta, mostró preocupación por dificultades que le causa temor que siente, su tono de voz permanece normal, mas en

ocasiones de dar su relato titubeaba al hablar, mantuvo mirada fija ante evaluador durante casi todo el tiempo, agachando la cabeza por instantes de 1 a 2 segundos, discurso fue acompañado con movimientos sutiles de mano izquierda.

Actitud ante entrevistador fue de confianza y respeto, mostró apertura para relatar problema.

### **Atención, conciencia y orientación**

#### **a. Atención**

Atención sostenida, no dificultades para concentrarse, mantuvo atención al momento de ser evaluado, atendiendo y respondiendo coherentemente a las preguntas que se le hacían a lo largo de entrevista.

#### **b. Conciencia o estado de alerta**

Mantuvo estado de alerta y de atención durante evaluación, volteó la cabeza hacia la derecha cuando se hizo un chasquido con los dedos de mano izquierda.

#### **c. Orientación: Tiempo, espacio, lugar, persona y personas**

**Tiempo:** Ubicado en tiempo, respondió bien al momento de identificar día de la semana, mes año y estación; si era de día o de noche.

**Lugar y Espacio:** Ubicado en espacio y lugar, responde bien a nombre del edificio, piso, lugar donde vive, ciudad, región y país.

**Con respecto a su persona:** Refirió bien su nombre, edad, estado laboral y estado civil.

**Con respecto a otras personas:** Reconoció a personal profesional de CAM e integrantes del mismo.

### **III. Lenguaje**

**Velocidad:** Normal. Mantiene ritmo al hablar

**Aceleración:** No aceleración.

**Retardo asociado a estado ánimo:** No retardo motor.

**Cantidad:** No verborrea, no disminuida, no ausente.

**Relación del curso del lenguaje con los objetivos:** Discurso dirigido y coherente con tema de conversación.

**Anormalidades de la estructura intrínseca del curso del lenguaje:** No fuga de ideas, ideas se expresan coherentemente, no desorden en asociación lógica, no bloqueo súbito, no perseverancia de sonidos, palabras o frases. No neologismos, ni ecolalia.

### **IV. Pensamiento (curso y contenido)**

**Por el curso:** Adecuado, no fuga de ideas, inhibición, perseveración, disgragación, incoherencia, bloqueos. Esto se evidenció en los momentos en que paciente respondió a preguntas realizadas durante evaluación referidas al motivo de consulta.

**Por el contenido:** No ideas delirantes de matiz paranoide, depresivo, místico, si fóbicas relacionadas con el miedo a los perros y en menor medida a hablar en público.

### **V. Percepción**

No alucinaciones en ninguna de las modalidades que se pueda presentar ya sean visuales, olfativas, gustativas, táctiles cenestésicas, del esquema corporal o motrices.

## VI. Memoria

**Memoria remota:** Recuerda hechos cronológicos de su historia personal, relaciones familiares, compromisos, amistades, aspectos de identidad personal, nombre y edad de hijos, padres, hermanos, escolaridad, residencia e historia laboral.

**Memoria reciente:** Fue capaz de recordar datos recientes de poca cantidad de información, pudo relatar lo que hizo desde que se levantó hasta momento de evaluación, más no detalló todo su accionar.

**Memoria fotográfica:** Logró recordar serie de 3 números y decirlos en orden inverso, lo mismo con figura de cubo que se pidió reproducir.

**Memoria conceptual:** Fue capaz de dar interpretación a un refrán.

**Alteraciones:** No hipermeña, amnesia, paramnesia, fabulaciones deja vu o jamais vu.

## VII. Funcionamiento intelectual

**Concentración y atención:** No realizó esfuerzo en centrarse en una determinada parte de su experiencia, de antemano reconoce que recuerda o no determinado hecho.

**Lectura y escritura:** Logró leer texto extenso y escribir una oración corta.

**Capacidad visoespacial:** Fue capaz copiar figura de un cubo.

**Pensamiento abstracto:** Pudo establecer relaciones entre conceptos como categoría de 2 frutas, colores y relación entre animales, en este caso la relación que pueden guardar un perro y un gato.

### **VIII. Estado de ánimo y afectos**

Paciente permaneció con actitud seria la mayor parte del tiempo, mas fue en el momento de relatar evento traumático donde un perro lo mordió de niño que titubea un poco al relatar hecho, siendo concordante entre lo que relata y la emoción de miedo que expresa. Siente ansiedad cada vez que se encuentra con un perro en la calle y prefiere alejarse lo más de este para continuar su camino. También siente miedo al momento de hablar en público, siente que sudá y se pone nervioso.

### **IX. Compresión y grado de incapacidad del problema o enfermedad**

Paciente es consciente de sus problemas, sabe que su miedo a los perros le causa dificultades al momento de transitar por la calle. Y que su temor al hablar en público dificulta que desarrolle de forma óptima su rol de coordinador del taller de taichí. Por último, está dispuesto a seguir tratamiento, orientación y consejería.

## Resumen

Paciente es un adulto mayor de 78 años, aparenta su edad, mide 1.65 m, tez morena, cabello blanco, contextura gruesa; viste buzo y polera de taichí, de color azul y blanco respectivamente, casaca azul y zapatillas blancas; guarda buen aliño e higiene. Expresión facial es de seriedad, no tiene cicatrices, marcas o tatuajes a simple vista. Tono de voz es adecuado, se pudo entender y oír con facilidad cuanto dijo. Postura erguida. Marcha normal. No tics, leve temblor en manos, mas no es impedimento para escribir o tomar objetos.

Al momento de indagar sobre motivo de consulta, mostró preocupación por dificultades que le causa temor que siente, tono de voz permanece normal, mas en ocasiones de dar su relato titubeaba al hablar, mantuvo mirada fija ante evaluador durante casi todo el tiempo, agachando la cabeza por instantes de 1 a 2 segundos, discurso acompañado con movimientos sutiles de mano izquierda. Actitud ante entrevistador de confianza y respeto, mostró apertura para relatar problema.

Atención sostenida, sin dificultades para concentrarse, atendió y respondió coherentemente a las preguntas de entrevista. Mantuvo estado de alerta. Orientado en tiempo, espacio, lugar, persona y personas. Habla presente, sin aceleración. No retardo motor. No verborrea. Discurso direccionado y coherente con tema de conversación. No fuga de ideas, ideas se expresan coherentemente, no desorden en asociación lógica, no bloqueo súbito, no perseverancia de sonidos, palabras o frases. No neologismos, ni ecolalia.

En cuanto a curso y contenido de pensamiento, no fuga de ideas, no inhibición, ni perseveración, no disgragación, no incoherencia, ni bloqueos. Por el contenido, no

ideas delirantes de matiz paranoide, depresivo o místico, si fóbicas relacionadas con el miedo a los perros y en menor medida a hablar en público.

Percepción adecuada, no alucinaciones en ninguna de las modalidades que se pueda presentar ya sean visuales, olfativas, gustativas, táctiles cenestésicas, del esquema corporal o motrices.

En cuanto a memoria remota, recuerda hechos cronológicos de su historia personal, relaciones familiares, compromisos, amistades, aspectos de identidad personal, nombre y edad de hijos, padres, hermanos, escolaridad, residencia e historia laboral. Y en lo concerniente a memoria reciente, fue capaz de recodar datos recientes de poca cantidad de información. Memoria fotográfica y memoria conceptual adecuada. No hipermnesia, amnesia, paramnesia, fabulaciones deja vu o jamais vu. Funcionamiento Intelectual, concentración y atención, no realizó esfuerzo al centrarse en una determinada parte de su experiencia, de antemano reconoce que recuerda o no determinado hecho.

Lectura y escritura, logró leer texto extenso y escribir una oración corta. Capacidad visoespacial normal. Pensamiento abstracto, estableció relaciones entre conceptos, categoría y relación.

Estado de ánimo y afectos, actitud sería la mayor parte del tiempo, al momento de relatar evento traumático donde un perro lo mordió de niño titubea un poco, concordancia de relato y emoción de miedo. Siente ansiedad cada vez que se encuentra con un perro en la calle y al hablar en público, siente que sudá y se pone nervioso. Paciente es consciente de sus problemas, sabe que su miedo a los perros le causa dificultades al momento de transitar por la calle. Y que su temor al hablar en público dificulta que desarrolle de forma óptima su rol de coordinador del taller de taichí. Por último, está dispuesto a seguir tratamiento, orientación y consejería.

## INFORME PSICOMÉTRICO

### **I. Datos de filiación**

<b>Nombre y apellidos</b>	: R.D.A.
<b>Edad cronológica</b>	: 78 años
<b>Fecha de nacimiento</b>	: 10 de mayo de 1939
<b>Lugar de nacimiento</b>	: Cuzco
<b>Grado de instrucción</b>	: Secundaria Completa
<b>Estado civil</b>	: Divorciado
<b>Ocupación</b>	: Jubilado – Empleado Público
<b>Religión</b>	: Católica
<b>Informante</b>	: Paciente
<b>Lugar de evaluación</b>	: Consultorio de psicología de Centro del Adulto Mayor
<b>Fechas de evaluación</b>	: 10/05/2017; 17/05/2017; 02/06/2017, 16/06/2017 y 23/06/2017
<b>Examinador</b>	: Luis Miguel, Yerba Vilca

### **II. Observaciones generales**

Paciente mostró buena disposición para realizar las pruebas, se le indicó la importancia de estas y que serían con el fin de ayudarlo. A lo largo del periodo de evaluación, en cada una de las sesiones, paciente siguió todas las instrucciones llegando a comprenderlas y ejecutarlas de forma correcta al momento de evaluarlo. No hubo ninguna otra ocurrencia durante la evaluación.

### **III. Instrumentos utilizados**

#### **❖ Test de cribado o tamizaje**

- ✓ Test de Pfeiffer
- ✓ Índice de Katz
- ✓ Test de Yesavage
- ✓ Test de Gijón
- ✓ Autopercepción de salud Escala EQ 5D
- ✓ Mini Mental State Exploration (MMSE)

#### **❖ Test de evaluación clínica**

- ✓ Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI- MINI MULT
- ✓ Test de Inteligencia TIG-1
- ✓ Análisis Caracterológico de René Le Senne
- ✓ Test Proyectivo de La Persona Bajo la Lluvia

### **IV. Interpretación de los Instrumentos**

#### **A. Test de Pfeiffer**

**Análisis Cuantitativo:** Se obtuvo un puntaje de 0.

Deterioro Cognitivo (DC)	Criterios de Errores (E)
NO DC	0 – 2 E

**Análisis Cualitativo:** La puntuación nos indica que no hay presencia de Deterioro Cognitivo.

### B. Índice de Katz

**Análisis cuantitativo:** Obtiene una puntuación de 0.

Nº	ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
1	Bañarse		X
2	Vestirse		X
3	Uso de Servicios Higiénicos		X
4	Movilizarse		X
5	Continencia		X
6	Alimentarse		X

**Análisis Cualitativo:** Paciente es Independiente, no requiriendo supervisión, dirección o ayuda personal activa en ninguna de las actividades básicas de la vida diaria.

### C. Test de Yesavage

**Análisis Cuantitativo:** Paciente obtiene una puntuación de 02.

CATEGORÍA	PUNTAJE
Normal	0-5

**Análisis Cualitativo:** Paciente no presenta signos de depresión, más se puede resaltar que en ocasiones piensa que el resto de personas está en mejor situación que él y tiene miedo de que le pueda suceder algo malo como un accidente o un ataque cardiaco.

### D. Test de Gijón

**Análisis Cuantitativo:** Paciente obtiene un total de 10 puntos.

AMBITO	PUNTAJE OBTENIDO
Situación Familiar	4
Situación Económica	3
Vivienda	1
Relaciones Sociales	1
Apoyo Social	1
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>

**Análisis Cualitativo:** Paciente vive solo y tiene hijos con vivienda próxima a donde reside, económicamente recibe una pensión, vivienda es adecuada, cubriendo los servicios básicos de agua, luz y desagüe; mantiene relaciones sociales con la comunidad y requiere de apoyo de entidad social como CAM.

#### E. Autopercepción de Salud Escala EQ 5D

**Análisis Cuantitativo:** Paciente obtiene combinación 11112.

CATEGORÍA	RANGO
Movilidad	1
Cuidado personal	1
Actividades cotidianas	1
Dolor/malestar	1
Ansiedad/ depresión	2

**Análisis Cualitativo:** Paciente no presenta problemas en cuanto a su movilidad, en cuanto a su cuidado personal no requiere ayuda para su aseo personal, no tiene dificultades para realizar actividades cotidianas. Por último, se considera con un estado de ansiedad moderada.

#### F. Mini Mental State Exploration (MMSE)

**Análisis Cuantitativo:** Paciente obtiene un puntaje de 29/30 en MMSE.

DOMINIO	PUNTAJE
Orientación	10/10

Fijación – Recuerdo Inmediato	03/03
Atención y Cálculo	05/05
Memoria	02/03
Nominación	02/02
Comprensión	03/03
Lectura	01/01
Dibujo-Habilidades Visoespaciales	01/01
<b>TOTAL MMSE</b>	<b>29/30</b>

**Análisis Cualitativo:** La puntuación obtenida en el MMSE nos indica que no hay signos de Deterioro Cognitivo, paciente posee una adecuada capacidad cognitiva.

#### G. Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI- MINI MULT

	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	3	6	2	3	3	5	4	3	5	6	6
Puntaje Equivalente	8	16	7	8	18	18	16	10	13	18	18
Añadir K			7	+4			+3		+7	+7	+1
Puntaje Directo Corregido	8	16	7	12	18	18	19	10	20	25	19
Puntaje T	63	80	40	52	53	53	50	56	44	55	55

**Análisis Cuantitativo:** Paciente obtiene combinación L+/- , F+ y K-y una puntuación Pt (44).

**Análisis Cualitativo:** Paciente tiene cierta tendencia a mostrar una imagen favorable de sí mismo; posee una fuerte tensión interna ante gran número de conflictos, esto puede llevarle a enfrentar esta situación con una sensación de impotencia por la incapacidad para encontrar soluciones válidas y eficaces.

#### H. Test de inteligencia TIG-1

**Análisis Cuantitativo:** Paciente obtiene un puntaje de 8.

Categoría	Puntaje
Normal Promedio	8

**Análisis Cualitativo:** Paciente tiene una Inteligencia Normal Promedio que indica una adecuada capacidad para la deducción de las relaciones, en dar sentido a un material desorganizado y confuso que facilitan la captación de una estructura compleja.

#### I. Análisis Caracterológico de René Le Senne

**Análisis Cuantitativo:** De acuerdo a los Factores Constitutivos de Emotividad E (55), Actividad A (70) y Resonancia S (70), paciente obtiene la Fórmula E-A-S que corresponde el Tipo Pasional. En cuanto a las Propiedades Complementarias, tenemos Campo de Conciencia C/C (20) Estrecho, Forma de Inteligencia C/F (70) Teórico, Naturaleza del Objeto hacia el cual se Dirige la Atención Av. (50) Alocéntrico, Afectividad Af. (60) Afectuoso y Tendencia a la Acción TT (50) Diplomático.

	FACTORES CONSTITUTIVOS			PROPIEDADES COMPLEMENTARIAS				
	E	A	S	C/C	C/D	Av.	Af.	TT
PUNTAJE	55	70	70	20	70	50	60	50

**Análisis Cualitativo:** Paciente tiene una actitud enérgica y constante, sentimientos y pasiones muy fuertes esto influye en su comportamiento, pudiendo reaccionar con una ira y enfado duraderos que lo llevan al rencor. Testarudo en ocasiones. Su amistad es fiel, le cuesta olvidar una ofensa y perdonar. Posee capacidad de organización y mando. Inteligencia amplia, fecunda imaginación, honrado y digno de confianza.

Capta pocas cosas, pero bien y de forma completa. Prefiere lo preciso, claro y determinado. Unilateral, rígido. Suele agotársele el interés por la persona con quien conversa, tiene tendencia a la rigidez, propenso a despistarse y a la monotonía. Por tipo de inteligencia, es teórico, descompone los elementos del que se componen los hechos para examinarlos por separado. Su centro de interés está fuera de sí mismo. Su trato hacia los demás es amable, gusta de permanecer dentro del grupo. Es prudente en su obrar, luchando por lo que es justo con democracia.

Posee rigor lógico en el pensamiento, eficaz en la ejecución de tareas, es agradecido, no olvida los favores que le hacen. Dificultad para recibir órdenes de alguien con un cargo superior al propio. Sus críticas pueden ser severas, no consiente ser vencido por nadie. Es exigente con las demás personas.

### J. Test proyectivo de la persona bajo la lluvia

**Análisis Cuantitativo:** Se pueden encontrar los siguientes indicadores.

Recursos Expresivos	Descripción
1. Dimensiones	Dibujo mediano: Persona bien ubicada en el espacio.
2. Emplazamiento	Margen Izquierdo: Representa el pasado, lo inconsciente y preconsciente; lo materno y lo primario. Introversión, encerrarse en uno mismo. Pesimismo, debilidad, depresión, fatiga, desaliento, pereza, agotamiento. Lo que queda sin resolver, lo traumático.
3. Trazos	Líneas fragmentadas o esbozadas: Ansiedad, timidez, falta de confianza en sí mismo. En algunos casos representan enfermedad orgánica.
4. Presión	Presión débil - Ejecutado con lentitud: Representa ansiedad, timidez, ocultamiento, falta de sinceridad, desubicación, rasgos depresivos.
5. Tiempo	Velocidad Normal: Dibujo espontáneo y continuo.
6. Secuencia	Esperada: Comenzó por la cabeza, continuó por el cuerpo, no dibujo el paraguas y terminó con la lluvia.
7. Movimiento	Rigidez: Encerrado y protegido del mundo. Despersonalizado. Se siente amenazado por el entorno. No adaptado, no tiene libertad para actuar.
8. Sombreados	No hay sombreados.

Contenido	Descripción
1. Orientación de la persona	Con orientación dubitativa: Ambivalencia. Tendencias obsesivas o paranoides. Falta de decisión. Incoordinación.
2. Posturas	Ninguno
3. Borrados	Ninguno
4. Repaso de líneas, tachaduras, líneas incompletas	Repasso de líneas, tachaduras, líneas incompletas: Alto monto de ansiedad. Le resulta difícil planificar la tarea. Bajo nivel de

	tolerancia a la frustración.
5. Detalles de accesorios y su ubicación	Lluvia: Hostilidad del medio a la cual debe enfrentarse el sujeto. Lluvia en un solo lugar: Solamente sobre el sujeto.
6. Vestimenta	Botones: Inmadurez, dependencia, carácter obsesivo, preocupación por lo social, preocupación somática. Corbata: Signo Sexual. Debilidad.
7. Paraguas como Defensa	Sin Paraguas: Falta de defensas.
8. Reemplazo del paraguas por otros elementos	Ninguno
9. Partes del cuerpo	Ojos como puntos: Retraimiento. Inseguridad. Boca es una línea cóncava única: Pasivo, complaciente. Una línea conexa única: amargura. Orejas: Preocupación por críticas y opiniones de otros. Puede reflejar deficiencia de la audición, alucinaciones auditivas. Mano dibujada en forma inconclusa: Sentimiento de culpa. Dedos tipo garra: Forma aguerrida de enfrentar el mundo. Agresión, egocentrismo, posesividad. Pies pequeños: Inseguridad de mantenerse en pie, de alcanzar metas. Piernas llenas o gruesas: Sentimiento de inmovilidad.
10. Identidad Sexual	Esperado: Paciente dibuja figura masculina.
11. Dibujo de un personaje y no de una persona	Ninguno

Conflictos en el Dibujo	Signo en el Dibujo
1. La Neurosis Fóbica	Ninguno
2. La Neurosis Histérica	Ninguno
3. La neurosis obsesiva	Ninguno
4. Depresión	Ninguno
5. Melancolía	Ninguno
6. Psicótico	Ninguno
7. Psicosis Maniaco-Depresivo	Ninguno
8. Paranoia	Ninguno

9. Enfermedades Psicosomáticas	Brazos cortos, omisión de nariz.
10. Epilepsia	Ninguno
11. Alcoholismo	Ninguno

Mecanismos de Defensa	Signo en el Dibujo
1. Desplazamiento	Ninguno
2. Regresión	Ninguno
3. Anulación	Ninguno
4. Aislamiento	Dibujo pobre, aislado.
5. Represión	Ninguno
6. Inhibición	Ninguno
7. Defensas Maniacas	Ninguno

**Análisis Cualitativo:** Paciente está bien ubicado en el espacio. Su pensamiento suele dirigirse hacia el pasado, lo inconsciente y preconsciente; lo materno y lo primario. Posiblemente tenga algún evento que quedó sin resolver o traumático.

Denota en ocasiones ansiedad, timidez, falta de confianza en sí mismo. Se siente encerrado, a veces amenazado por su entorno. No tiene libertad para actuar. Tendencias obsesivas o paranoides. Bajo nivel de tolerancia a la frustración, preocupación por lo social, preocupación somática. Falta de defensas, retraimiento, inseguridad. Preocupación por críticas y opiniones de otros. Sentimiento de culpa.

Tiene una forma aguerrida de enfrentar el mundo. Agresión, egocentrismo, posesividad. Inseguridad para mantenerse en pie de alcanzar metas.

## V. Resumen

Paciente sin presencia de Deterioro Cognitivo, posee una adecuada capacidad cognitiva. Es independiente, no requiere supervisión, dirección o ayuda personal activa en ninguna de las actividades básicas de la vida diaria. No signos de depresión, se puede resaltar que en ocasiones piensa que el resto de personas está en mejor

situación que él, tiene miedo de que le pueda suceder algo malo como accidente o ataque cardiaco.

Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima a donde reside, económicamente, recibe una pensión, vivienda es adecuada, cubriendo servicios básicos de agua, luz y desagüe; mantiene relaciones sociales con comunidad y requiere de apoyo de entidad social como CAM.

No hay problemas en su movilidad, en cuanto a cuidado individual no requiere ayuda para su aseo personal, no dificultades para realizar actividades cotidianas. Se considera con un estado de ansiedad moderada.

Tendencia a mostrar una imagen favorable de sí mismo; fuerte tensión interna ante gran número de conflictos, esto puede llevarle a enfrentar esta situación con una sensación de impotencia por la incapacidad para encontrar soluciones válidas y eficaces.

Paciente posee una Inteligencia Normal Promedio que indica una adecuada capacidad para la deducción de las relaciones, en dar sentido a un material desorganizado y confuso que facilitan la captación de una estructura compleja.

Posee una actitud enérgica y constante, sentimientos y pasiones muy fuertes, esto influye en su comportamiento, pudiendo reaccionar con ira y enfado duraderos que llevan al rencor. Testarudo en ocasiones. Su amistad es fiel, le cuesta olvidar una ofensa y perdonar. Posee capacidad de organización y mando. Honrado y digno de confianza.

Capta pocas cosas, pero bien y de forma completa. Prefiere lo preciso, claro y determinado. Unilateral, rígido. Suele agotársele el interés por la persona con quien conversa, propenso a despistarse y a la monotonía. Teórico, descompone los elementos del que se componen los hechos para examinarlos por separado. Centro de interés está fuera de sí mismo. Trato hacia los demás es amable, gusta de permanecer dentro del grupo. Prudente en su obrar, luchando por lo que es justo con democracia. Rigor lógico

en el pensamiento, eficaz en ejecución de tareas, agradecido, no olvida los favores que le hacen. Dificultad para recibir órdenes de alguien con un cargo superior al propio. Sus críticas pueden ser severas, no consiente ser vencido por nadie. Exigente con las demás personas.

Pensamiento suele dirigirse hacia el pasado, lo materno y lo primario. Posible evento que quedo sin resolver o traumático. Denota en ocasiones ansiedad, timidez, falta de confianza en sí mismo. Se siente encerrado, a veces amenazado por su entorno. No tiene libertad para actuar. Tendencias obsesivas o paranoides. Bajo nivel de tolerancia a la frustración, preocupación por lo social, preocupación somática. Falta de defensas, retraimiento, inseguridad. Preocupación por críticas y opiniones de otros. Sentimiento de culpa.

Tiene una forma aguerrida de enfrentar el mundo. Agresión, egocentrismo, posesividad. Inseguridad para mantenerse en pie y de alcanzar metas.

## INFORME PSICOLÓGICO

### **I. Datos de Filiación**

<b>Nombre y apellidos</b>	: R.D.A.
<b>Sexo</b>	: Masculino
<b>Edad cronológica</b>	: 78 años
<b>Fecha de nacimiento</b>	: 10 de mayo de 1939
<b>Lugar de nacimiento</b>	: Cuzco
<b>Grado de instrucción</b>	: Secundaria Completa
<b>Estado civil</b>	: Divorciado
<b>Ocupación</b>	: Jubilado – Empleado Público
<b>Religión</b>	: Católica
<b>Informante</b>	: Paciente
<b>Lugar de evaluación</b>	: Consultorio de psicología de Centro del Adulto Mayor
<b>Fechas de evaluación</b>	: 10/05/2017, 17/05/2017, 02/06/2017, 16/06/2017, 21/06/2017 y 23/06/2017
<b>Examinador</b>	: Luis Miguel, Yerba Vilca

### **II. Motivo de consulta**

Paciente acude a consultorio de CAM porque quiere dejar de tener miedo a los perros y perder el miedo al momento de hablar en público. Primera situación le causa incomodidad reflejada en los momentos en los que transita por la calle, si ve un perro, desvía su ruta cruzando al otro extremo de la calle para alejarse lo más posible de este. En cuanto a segundo problema, manifiesta que “a veces sudo y me pongo nervioso cuando tengo que hablar frente

a todos”, esta situación se da en algunas ocasiones puesto que es coordinador del taller de taichí al cual pertenece y por la misma situación del puesto se ve en la necesidad de dar anuncios, organizar las reuniones y dirigirlas.

### **III. Técnicas e instrumentos utilizados**

- Observación
- Entrevista
- Pruebas Psicométricas

#### **❖ Test de Cribado o Tamizaje**

- ✓ Test de Pfeiffer
- ✓ Índice de Katz
- ✓ Test de Yesavage
- ✓ Test de Gijón
- ✓ Autopercepción de salud Escala EQ 5D
- ✓ Mini Mental State Exploration (MMSE)

#### **❖ Test de evaluación clínica**

- ✓ Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI- MINI MULT
- ✓ Test de Inteligencia TIG-1
- ✓ Análisis Caracterológico de René Le Senne
- ✓ Test Proyectivo de La Persona Bajo la Lluvia

### **IV. Antecedentes personales y familiares**

Paciente solicita ayuda psicológica porque quiere dejar de tener miedo a perros y perder miedo al hablar en público. Temor a perros se da desde 6 años de edad, madre lo mandó a comprar vivires a tienda a 2 cuadras de distancia de casa, alrededor de 7:30 am; paciente fue corriendo y es cuando perro de tamaño medio, 50 cm de altura aproximadamente de color

blanco y negro, apareció por detrás y le muerde en la zona baja de la espalda, zona lumbar, provocándole herida poco profunda que llega a sangrar, dejó cicatriz de poco más de 2 cm de longitud, perro lo persiguió cerca de media cuadra. Se sintió temeroso, lloró y fue a tienda; dueño pregunta el porqué de llanto, paciente cuenta lo sucedido y dueño le da aviso de que tiene mancha de sangre en su polo y le dice que regresé a casa para que lo curaren, paciente regresó asustado; madre lo ve sollozando y pregunta razón de su estado, paciente relata lo sucedido y madre le cura herida con agua oxigenada. Madre increpa a dueño de perro, sin embargo, este no hace nada al respecto y perro continúa molestando a las personas que pasaban por esa calle. A los 22 años es atacado por otro perro, de color negro y amarillo, grande, 80 cm de altura aprox., pelaje abundante, ataque fue cuando salía de trabajo y caminaba por calle poco transitada, entre 2:00 pm y 2:30 pm, perro le rompió pantalón, ataque no duro más de 5 segundos, tras calmarse por susto paciente ve a dueño de perro, se da cuenta que es amigo un compañero de trabajo y le increpó lo sucedido, pide que mate a perro, dueño se niega y ofrece pagarle por pantalón, que regresará al día siguiente, esto hasta en 2 ocasiones y no le pagan por pantalón, enfadado pasado 2 días averigua donde trabaja dueño de perro y va a reclamarle llevando el pantalón como evidencia, este dice que le pagará pero que espere a que le paguen sueldo, paciente enfadado se retira y no vuelve a reclamar pago de pantalón. En cuanto a miedo a hablar en público, esto aparece desde hace un año, paciente es elegido como coordinador de taller de taichí, tiene que realizar coordinaciones, poner a votación asuntos propios de taller, y tomar la palabra para organizar al grupo, en estas situaciones paciente se siente nervioso, llegando a sentir que suda y un leve temblor, dificultándole labor de coordinador, causándole incomodidad para desempeñar este papel.

Paciente no refiere datos de etapa pre natal y natal. En cuanto a etapa post natal solo puede referir datos desde 5 años aproximadamente. Hasta hace unos años paciente se caracterizaba por ser de pensamiento cerrado, no aceptando fácilmente los puntos de vista de otras

personas, más tosco en trato con los demás, tendencia a exasperarse fácilmente. Paciente fumó y bebió desde los 18 años hasta los 23 años, moderadamente, de forma ocasional, en alguna fiesta o evento similar, no consumió ni consume drogas. Durante la semana realiza ejercicio a diario, taichí, gimnasia terapéutica, además de asiste a taller de cómputo.

En cuanto a Capacidad funcional; puede asearse solo. Apetito es bueno, no dificultad para alimentarse, capaz de preparar sus propios alimentos y también suele almorzar en CAM. Sueño regular, de 8 horas. No terrores nocturnos, no pesadillas. No toma pastillas para dormir. Independiente para movilizarse. Intereses están centrados en actividades que realiza en CAM, participa de gimnasia terapéutica, taller de cómputo y principalmente de taller de taichí del cual es coordinador.

En su vida social, resaltan amistades en CAM, buena relación, participa activamente de los eventos celebrados. Ha tenido discusiones con asistenta social de CAM por temas relacionados a situación física del inmueble y sobre deberes que asistenta tiene con miembros de CAM.

En su actividad laboral, actualmente jubilado, fue tesorero de oficina de correos y telégrafo del Estado, actual SERPOST, durante 24 años tanto en Cuzco como Arequipa, antes ocupó cargo de dependiente, 8 a 10 años, tuvo puesto de mensajero en un inicio, 2 a 3 años, empezó a trabajar en esta institución desde los 18 años. Durante adolescencia trabajo como ayudante en taller de tío desde los 12 a 13 años. No trabajo ni de niño, ni durante infancia. Paciente se identifica con religión católica.

Actualmente paciente está divorciado de primer compromiso. La conoció cuando tenía 24 años y ella 20, en Club de Tiro, enamoramiento duró 1 año, relación duró 18 a 20 años. Tiene 4 hijos y 1 hija con ella. Separación se produce porque esposa abandona hogar en reiteradas ocasiones, hasta por 8 a 10 días, ella refirió ir a Camaná sin dar más motivos, es entonces que esposa abandona hogar por más de 2 meses para regresar con bebé recién nacido. Paciente

sospecha infidelidad y pide divorcio, ella se lo da y se separan. En segundo compromiso tenía 55 y ella 57 años, la conoció a través de programa de radio de Arequipa Correo de Corazón, enamoramiento dura 3 a 4 meses, empiezan a convivir por 4 a 5 años. No tuvieron hijos, segunda pareja ya tenía una hija la cual es aceptada por paciente, es esta misma que luego mantiene relación con hombre desconocido y se embaraza dando a luz a una mujer, entonces Paciente y pareja deciden recibirla y darle sus apellidos porque hija tenía 20 años y consideraron que era muy joven para hacerse cargo de crianza de menor, además se suma situación de que pareja de hija no acepta la paternidad y la abandona. Paciente tiene con primer compromiso 5 hijos, 4 varones y 1 mujer y con segundo compromiso acepta a hija y da apellido a nieta. Por parte de hijos de primer compromiso tiene 4 nietos. Relación es neutra dado que no guarda mucho contacto con resto de la familia. Aquí resaltamos a Salome, D.G. que biológicamente es nieta de paciente y políticamente ocupa lugar de hija.

En cuanto a la dinámica familiar, actualmente paciente vive solo, por lo que no guarda mucho contacto con hijos, sin embargo establecemos que con 3 hijos de primer compromiso tiene buena relación, lo reciben en sus hogares e invitan ocasionalmente a festejar, 1 hijo relación regular, guarda saludo mas no conversa mucho con él, mala con 1 hijo que se sospecha fue producto de infidelidad, guarda saludo mas no conversan; 1 hija relación buena, conversa e invita ocasionalmente a visitarla. Con hija de segundo compromiso la relación es buena mantiene contacto telefónico y visita eventualmente; lo mismo es con nieta/hija.

Paciente vive en un apartamento pequeño de 1 solo ambiente de 4 m x 6 m, material noble, desde 5 a 6 años aproximadamente, cuenta con servicios básicos de luz, agua y desagüe. Vivienda es alquilada. Económicamente depende de él mismo, recibe una pensión de s/1.000 soles, no tiene ningún otro ingreso.

## V. Observaciones conductuales

Paciente es un adulto mayor de 78 años, aparenta su edad, mide 1.65 m, tez morena, cabello blanco, contextura gruesa; viste buzo y polera de taichí, de color azul y blanco respectivamente, casaca azul y zapatillas blancas; guarda buen aliño e higiene. Expresión facial es de seriedad, no tiene cicatrices, marcas o tatuajes a simple vista. Tono de voz es adecuado, se pudo entender y oír con facilidad cuanto dijo. Postura erguida. Marcha normal. No tics, leve temblor en manos, mas no es impedimento para escribir o tomar objetos.

Al momento de indagar sobre motivo de consulta, mostró preocupación por dificultades que le causa temor que siente, tono de voz permanece normal, mas en ocasiones de dar su relato titubeaba al hablar, mantuvo mirada fija ante evaluador durante casi todo el tiempo, agachando la cabeza por instantes de 1 a 2 segundos, discurso acompañado con movimientos sutiles de mano izquierda. Actitud ante entrevistador de confianza y respeto, mostró apertura para relatar problema.

Atención sostenida, sin dificultades para concentrarse, atendió y respondió coherentemente a las preguntas de entrevista. Mantuvo estado de alerta. Orientado en tiempo, espacio, lugar, persona y personas. Habla presente, sin aceleración. No retardo motor. No verborrea. Discurso dirigido y coherente con tema de conversación. No fuga de ideas, ideas se expresan coherentemente, no desorden en asociación lógica, no bloqueo súbito, no perseverancia de sonidos, palabras o frases. No neologismos, ni ecolalia.

En cuanto a curso y contenido de pensamiento, no fuga de ideas, no inhibición, ni perseveración, no disgragación, no incoherencias, ni bloqueos. Por el contenido, no ideas delirantes de matiz paranoide, depresivo o místico, si fóbicas relacionadas con el miedo a los perros y en menor medida a hablar en público.

Percepción adecuada, no alucinaciones en ninguna de las modalidades que se pueda presentar ya sean visuales, olfativas, gustativas, táctiles cenestésicas, del esquema corporal o motrices.

En cuanto a memoria remota, recuerda hechos cronológicos de su historia personal, relaciones familiares, compromisos, amistades, aspectos de identidad personal, nombre y edad de hijos, padres, hermanos, escolaridad, residencia e historia laboral. Y en lo concerniente a memoria reciente, fue capaz de recodar datos recientes de poca cantidad de información. Memoria fotográfica y memoria conceptual adecuada. No hipermnesia, amnesia, paramnesia, fabulaciones deja vu o jamais vu. Funcionamiento Intelectual, concentración y atención, no realizó esfuerzo al centrarse en una determinada parte de su experiencia, de antemano reconoce que recuerda o no determinado hecho.

Lectura y escritura, logró leer texto extenso y escribir una oración corta. Capacidad visoespacial normal. Pensamiento abstracto, estableció relaciones entre conceptos, categoría y relación.

Estado de ánimo y afectos, actitud seria mayor parte del tiempo, al momento de relatar evento traumático donde un perro lo mordió de niño titubea un poco, concordancia de relato y emoción de miedo. Siente ansiedad cada vez que se encuentra con un perro en la calle y al hablar en público, siente que sudá y se pone nervioso. Paciente es consciente de sus problemas, sabe que su miedo a los perros le causa dificultades al momento de transitar por la calle. Y que su temor al hablar en público dificulta que desarrolle de forma óptima su rol de coordinador del taller de taichí. Por último, está dispuesto a seguir tratamiento, orientación y consejería.

## **VI. Análisis e interpretación de los resultados**

Paciente sin presencia de Deterioro Cognitivo, adecuada capacidad cognitiva. Es independiente, no requiere supervisión, dirección o ayuda personal activa en ninguna actividad básica de la vida diaria. No signos de depresión, en ocasiones piensa que resto de personas está en mejor situación que él, tiene miedo de que le pueda suceder algo malo como accidente o ataque cardiaco.

Vive solo, tiene hijos con vivienda próxima a donde reside, económicamente, recibe una pensión, vivienda es adecuada, cubre servicios básicos de agua, luz y desagüe; mantiene relaciones sociales con comunidad y requiere de apoyo de entidad social como CAM.

No problemas en su movilidad, en cuanto a cuidado individual no requiere ayuda para aseo personal, no dificultades para realizar actividades cotidianas. Se considera con un estado de ansiedad moderada.

Tendencia a mostrar una imagen favorable de sí mismo; fuerte tensión interna ante gran número de conflictos, esto puede llevarle a enfrentar esta situación con una sensación de impotencia por la incapacidad para encontrar soluciones válidas y eficaces.

Paciente posee una Inteligencia Normal Promedio que indica una adecuada capacidad para la deducción de las relaciones en dar sentido a un material desorganizado y confuso que facilitan la captación de una estructura compleja.

Posee una actitud energética y constante, sentimientos y pasiones muy fuertes, esto influye en su comportamiento, pudiendo reaccionar con ira y enfado duraderos que llevan al rencor.

Testarudo en ocasiones. Su amistad es fiel, le cuesta olvidar una ofensa y perdonar. Posee capacidad de organización y mando. Honrado y digno de confianza.

Capta pocas cosas, pero bien y de forma completa. Prefiere lo preciso, claro y determinado. Unilateral, rígido. Suele agotársele el interés por la persona con quien conversa, propenso a

despistarse y a la monotonía. Teórico, descompone los elementos del que se componen los hechos para examinarlos por separado. Centro de interés fuera de sí mismo. Trato hacia los demás amable, gusta de permanecer dentro del grupo. Prudente en su obrar, luchando por lo que es justo con democracia. Rigor lógico en el pensamiento, eficaz en ejecución de tareas, agradecido, no olvida los favores que le hacen. Dificultad para recibir órdenes de alguien con un cargo superior al propio. Sus críticas pueden ser severas, no consiente ser vencido por nadie. Exigente con las demás personas.

Pensamiento suele dirigirse hacia el pasado, lo materno y lo primario. Posible evento que quedo sin resolver o traumático. Denota en ocasiones ansiedad, timidez, falta de confianza en sí mismo. Se siente encerrado, a veces amenazado por su entorno. No tiene libertad para actuar. Tendencias obsesivas o paranoides. Bajo nivel de tolerancia a la frustración, preocupación por lo social, preocupación somática. Falta de defensas, retraimiento, inseguridad. Preocupación por críticas y opiniones de otros. Sentimiento de culpa.

Tiene una forma aguerrida de enfrentar el mundo. Agresión, egocentrismo, posesividad. Inseguridad para mantenerse en pie y de alcanzar metas.

## VII. Diagnóstico o conclusión

**Diagnóstico psicológico:** Debido a los síntomas que presenta paciente y los rasgos observados durante la entrevista, muestra ansiedad, preocupación, e inseguridad a situaciones específicas, tiene una inteligencia promedio que no le es suficiente para afrontar en su totalidad estas situaciones. Por estos síntomas podríamos deducir que presenta un diagnóstico de Trastornos de ansiedad fóbica.

**Diagnóstico nosológico:** CIE 10 F40 Trastornos de ansiedad fóbica. Dado que cumple con Pautas para el diagnóstico a) Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones

primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas, como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas. b) Esta ansiedad se limita o predomina en al menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o viajar solo. c) La evitación de la situación fóbica es, o ha sido, una característica destacada.

### **VIII. Pronóstico**

**Favorable**, dado que paciente tiene buena dispuesto a seguir tratamiento psicoterapéutico y compromiso para realizar las distintas actividades durante la terapia.

### **IX. Recomendaciones**

- ✓ Psicoterapia Individual: Para mejorar su autoestima y pueda aprender mecanismos que le faciliten emplear sus capacidades y talentos para afrontar dificultades de forma adecuada.
- ✓ Continuar con Actividad Física: Tanto taichí y gimnasia terapéutica, dado que estimulan un estado calma y/o relajación.
- ✓ Asistir a CAM: Para que continúe manteniendo contacto social y tenga la oportunidad de hablar en público ya sea como coordinador de taichí o dando un discurso en alguna festividad del centro.

#### **Fecha**

**13/07/2017**

## **PLAN E INFORME PSICOTERAPÉUTICO**

### **I. Datos de filiación**

- **Nombre y apellidos** : R.D.A.
- **Edad cronológica** : 78 años
- **Fecha de nacimiento** : 10 de mayo de 1939
- **Lugar de nacimiento** : Cuzco
- **Grado de instrucción** : Secundaria Completa
- **Estado civil** : Divorciado
- **Ocupación** : Jubilado – Empleado Público
- **Religión** : Católica
- **Informante** : Paciente
- **Lugar de evaluación** : Consultorio de psicología de  
Centro del Adulto Mayor
- **Examinador** : Luis Miguel, Yerba Vilca

### **II. Diagnóstico**

**Diagnóstico Psicológico:** Debido a los síntomas que presenta paciente y los rasgos observados durante la entrevista, muestra ansiedad, preocupación, e inseguridad a situaciones específicas, tiene una inteligencia promedio que no le es suficiente para afrontar en su totalidad estas situaciones. Por estos síntomas podríamos deducir que presenta un diagnóstico de Trastornos de ansiedad fóbica.

**Diagnóstico Nosológico:** CIE 10 F40 Trastornos de ansiedad fóbica. Dado que cumple con Pautas para el diagnóstico a) Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas, como por ejemplo ideas delirantes u

obsesivas. b) Esta ansiedad se limita o predomina en al menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o viajar solo. c) La evitación de la situación fóbica es, o ha sido, una característica destacada.

### **III. Psicoterapia**

Se empleará el modelo cognitivo conductual para trabajar CIE 10 F40 Trastornos de Ansiedad Fóbica. Dado que se postula que la ansiedad fóbica está asociada con una predisposición en el procesamiento de información referente al peligro-amenaza que implica determinado objeto o situación. No es el objeto, evento o situación lo que el sujeto teme, sino la anticipación de las consecuencias que puede tener la situación. (Beck y Emery, 1985; Cottraux y Mollard, 1988). Primero se trabajaran técnicas de modelado atendiendo a la dificultad de expresarse en público y luego el miedo hacia los perros con técnicas de relajación profunda, desensibilización sistemática y exposición prolongada; este orden se da porque se da la opción a paciente de elegir solucionar situación que le causa mayor malestar. La terapia se dividirá en 3 etapas, a la Primera Etapa se asigna 1 sesión, para establecer y dar a conocer el plan terapéutico, la Segunda Etapa que se realizará en 3 sesiones, para atender el problema del miedo a hablar en público y para la Tercera Etapa 5 sesiones, para el miedo hacia los perros.

<b>Primera Etapa</b>
Técnica: Establecer el Plan Terapéutico
Duración: 1 Sesión
Objetivos: Dar a conocer y establecer la estructura y el propósito de las sesiones posteriores del plan psicoterapéutico.
Desarrollo: Se establece el horario semanal para las sesiones, las reglas de las mismas y se reafirma el compromiso tanto por el lado paciente como por el terapeuta.

<b>Segunda Etapa</b>
Técnica: Modelamiento y Entrenamiento en Oratoria
Duración: 3 Sesiones
Objetivos: Adquirir nuevos patrones de respuesta acorde a enfrentar situaciones ansíogenas, fortalecer o debilitar respuestas y pensamientos de paciente ante esta situación y facilitar y ampliar la ejecución de respuestas del repertorio conductual de paciente.
Desarrollo: Se inicia dando una explicación de los que implica el manejo de un público por parte de un expositor, se dan alcances sobre lenguaje verbal y no verbal, su influencia al momento de expresarse en público y como hacer buen uso de ambos tipos de comunicación. Se muestra un video de Charles Chaplin - El Gran Dictador, como modelo de discurso y se hace que paciente reproduzca discurso, en distintos tonos de voz, desde caricaturesca a su propia voz. Se le muestra cómo debe manejar el escenario y público, tono de voz y se le deja realizar ejercicios de dicción.

Tercera Etapa
Técnica: Relajación Profunda, Desensibilización Sistemática y Exposición Prolongada
Duración: 6 Sesiones
<p>Objetivos: Provocar una tranquilidad mental al suprimir progresivamente todas las tensiones musculares y resto de respuestas fisiológicas ante agentes ansiogénos.</p> <p>Desarrollo: Se inicia por enseñar a paciente ejercicios de respiración para luego pasar a la ejecución de relajación profunda, indicándole que de practicar esta técnica de forma diaria antes de dormir y al levantarse. Luego se procede a explicar el mecanismo de ansiedad y cómo funciona en el mecanismo del miedo. Se establece una jerarquía de situaciones que provocan ansiedad en relación al miedo a los perros, se hacen ejercicios de imaginería en base a estos. Se le muestra videos de varios tipos de perros en actitud agresiva y se le exponen por períodos prolongados de tiempo. Finalmente se le anima a enfrentar a los perros en la vida real y hacer uso de las técnicas de relajación.</p>

#### **IV. Tiempo de ejecución**

- ✓ Se ejecutará a lo largo de 5 semanas teniendo 2 sesiones semanales.

#### **V. Avances Terapéuticos**

- ✓ Paciente logra dar discurso en frente de miembros de CAM en varias ocasiones, aprovechando festividades que en este se celebran.
- ✓ Logra pasar a lado de un perro sin tener que cruzar la vereda para ir a otro lado de la calle.
- ✓ Hace uso técnicas de relajación y controla mejor su ansiedad.

## APÉNDICE



Test: YESAVAGE

Nombres y Apellidos:

D.N.I.:

Edad:

R D 117

78

### PREGUNTAS

1. ¿Cree que es maravillosos estar vivo?
2. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?
3. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?
4. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?
5. ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?
6. ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?
7. ¿Piensa que su situación es desesperada?
8. ¿Piensa qué tiene más problemas de memoria que la mayoría?
9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?
10. ¿Se siente a menudo aburrido?
11. ¿Se siente a menudo sin esperanza?
12. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?
13. ¿Se siente lleno de energía?
14. ¿Siente que su vida está vacía?
15. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?

Ca en un accidente / un ataque cardiaco.

### RESPUESTA

SI	NO	0
SI	NO	1
SI	NO	0
SI	NO	1

May/ta una Depresión? 0-5 Norma?

Total 02



## Test: MINIMENTAL

**Nombres y Apellidos:** Ricardo Díaz Alvarez

D.N.I.:

**Edad:**

78

Mr. Macleod et Gagné

## **PREGUNTAS**

RESPUESTAS

1. ORIENTACION Digame el día ..... Fecha ..... Mes ..... Estación ..... Año ..... 2. 5. 17

ORIENTACION Digame el hospital (o lugar) ..... Piso ..... Ciudad ..... 168 ..... provincia ..... 100

2. país ..... Perú

3. FIJACIÓN Repita estas tres palabras; Moneda, caballo, manzana (repétirlas hasta que las aprenda)

4. CONCENTRACIÓN Y CALCULO Si tiene 30 soles y me va dando de tres en tres Cuántas le van quedando? 30 - 17 = 13 - 11 = 2

CONCENTRACIÓN Y CALCULO Repita estos tres números: 5, 9, 2 (hasta que los aprenda). Luego repetir hacia atrás.

5. MEMORIA ¿Recuerda las tres palabras que repitió hace un momento?

6. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN Mostrar un lapicero. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj.

7. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN Repita esta frase: En un trigal había cinco perros.

8. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?

9. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN ¿Qué son un perro y un gato?

10. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN Coja este papel con la mano derecha doblelo y pongalo encima de la mesa *papel para meter*

11. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN *encuadre entre ellos* *Sin Colores. U.V.*

12. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS

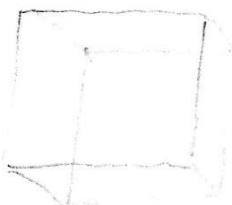
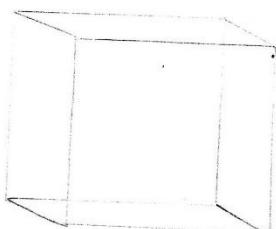
13. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN Escriba una frase

14. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN Copie este dibujo

63

29/30

Nant.





Test: PFEIFER

Nombres y Apellidos:

D.N.I.: 29285240

Edad:

78

PREGUNTAS

RESPUESTA

1. ¿Qué fecha es hoy? (día, mes y año)
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Dónde estamos ahora? (lugar o edificio?)  
Calle Unión Carrizosa
4. ¿En qué mes estamos?
5. ¿Cuál es su número de teléfono? (o su dirección si no tiene teléfono)
6. ¿Qué edad tiene?
7. ¿Dónde Nació? (día, mes y año)
8. ¿Cómo se llama el actual Presidente del Perú?  
Kuczynski
9. ¿Cómo se llamaba el anterior Presidente del Perú?  
Ollanta Humala
10. ¿Cuál es el primer apellido de su madre?  
Salinas
11. Reste de tres en tres desde veinte  
20 - 17 - 14 - 11 - 08 - 05 - 02

SI	NO

11

Error es: 00

No Da Cg.

#### **ANEXO 5: AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD ESCALA EQ 5D**

Marque con una cruz o aspa las afirmaciones que describen mejor su estado de salud el día de hoy:

<b>Movilidad</b>	
Sin problemas	1
Con algunos problemas	
Encamados (as)	
<b>Cuidado personal</b>	
Sin problemas	1
Con algunos problemas	
Incapaces	
<b>Actividades cotidianas (trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre, etc.?)</b>	
Sin problemas	1
Con algunos problemas	
Incapaces	
<b>Dolor/malestar</b>	
Sin dolor o malestar	1
Con moderado dolor o malestar	
Con mucho dolor o malestar	
<b>Ansiedad/depresión</b>	
Sin ansiedad o depresión	
Con moderada ansiedad o depresión	2
Con mucha ansiedad o depresión	

1 1 1 1 2

**ANEXO 3: TEST DE GIJÓN**

PUNTOS	SITUACIÓN FAMILIAR	TOTAL
1	Vive con familia, sin conflicto familiar.	
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica	
3	Vive con cónyuge de similar edad-	
4	Vive sólo y tiene hijos con vivienda próxima	
5	Vive sólo y carece de hijos o vive lejos (interior del país o extranjero)	
PUNTOS	SITUACIÓN ECONÓMICA	TOTAL
1	Dos veces el salario mínimo vital	
2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales.	
3	Un salario mínimo vital	
4	Ingreso irregular5 (menos del mínimo vital)	
5	Sin pensión, sin otros ingresos	
PUNTOS	VIVIENDA	TOTAL
1	Adecuada a las necesidades	
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)	
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto)	
4	Vivienda semi construida o de material rústico	
5	Asentamiento humano (invasión) o sin vivienda	
PUNTOS	RELACIONES SOCIALES	TOTAL
1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad	
2	Relación social sólo con familia y vecinos	
3	Relación social sólo con familia	
4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia	
5	No sale del domicilio y no recibe visitas	
PUNTOS	APOYO DE RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, ETC.)	TOTAL
1	No necesita apoyo	
2	Requiere apoyo familiar o vecinal	
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo e éste o voluntariado social	
4	No cuenta con seguro social	
5	Situación de abandono familiar	
		TOTAL 10

SUMA TOTAL	VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR	PUNTAJE
	Buena/aceptable situación social	5 a 9 puntos
✓	Existe riesgo social	10 a 14 puntos
	Existe problema social	> 15 puntos

## ANEXO 2: ÍNDICE DE KATZ

Nº	Actividades básicas de la vida diaria	Dependiente	Independiente
1	Bañarse		/
2	Vestirse		/
3	Uso de servicios higiénicos		/
4	Movilizarse		/
5	Continencia		/
6	Alimentarse		/

Diagnóstico funcional	
Independiente	Ningún ítem positivo de dependencia
Dependiente parcial	De 1 a 5 ítems positivos de dependencia
Dependiente total	6 ítems positivos de dependencia

### Interpretación del índice de Katz

<b>Bañarse</b>	Necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.	Independiente
	Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera, o no se lava solo.	Dependiente
<b>Vestirse</b>	Coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cremalleras (se excluye el atarse los zapatos)	Independiente
	No se viste solo o permanece vestido parcialmente).	Dependiente
<b>Usa el retrete</b>	Accede al retrete, entre y sale de é, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos)	Independiente
	Usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder al retrete y utilizarlo.	Dependiente
<b>Movilidad</b>	Entre y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos)	Independiente
	Precisa de ayuda para utilizar la cama y/o silla; no realiza uno o más desplazamientos.	Dependiente
<b>Continencia</b>	Control completo de micción y defecación.	Independiente
	Incontinencia urinaria o fecal parcial o total.	Dependiente
<b>Alimentación</b>	Lleva la comida dese el plato o su equivalente a la boca (se excluye contar la carne y untar la mantequilla o similar)	Independiente
	Precisa de ayuda para la acción de alimentarse, o necesita de alimentación enteral o parenteral.	Dependiente

### HOJA DE RESPUESTAS DE RENE LE SENNE

#### DATOS GENERALES:

Nombre y Apellidos: Rene Le Senne Edad: 78

Nivel Académico: Sec. Sec. Lugar de Evaluación: CIA CoV.

Fecha de Evaluación: 16/01/2018 Nombre del Evaluador: José M. Gómez Villegas

E	A	S	C/C	C/D	Av	Af	TT
1. N	2. N	3. D	4. N	5. D	6. N	7. N	8. N
11. N	12. D	13. N	14. N	15. D	16. N	17. D	18. D
21. D	22. D	23. D	24. N	25. N	26. D	27. D	28. D
31. D	32. D	33. D	34. D	35. D	36. D	37. N	38. N
41. D	42. N	43. D	44. D	45. D	46. D	47. N	48. N
51. D	52. D	53. N	54. N	55. D	56. D	57. D	58. D
61. N	62. D	63. N	64. N	65. N	66. N	67. D	68. N
71. D	72. N	73. D	74. N	75. D	76. D	77. D	78. N
81. D	82. D	83. D	84. N	85. N	86. N	87. N	88. D
91. N	92. D	93. D	94. N	95. D	96. N	97. D	98. D
55	70	70	20	70	50	60	50

#### DIAGNÓSTICO

Fórmula: E A S

Fórmula: —

Tipo: Personal

Sub tipo: —

Ego (s) Afiliativo (relacionado)  
Afiliativo (relacionado)

#### ASPECTOS TENDENCIALES POSITIVOS

Reyes Reyes se le pone en el suelo, muestra, aprieta en el suelo. May agarrando se tira de la fuerza, se agarra por la fuerza y se arruga

#### ASPECTOS TENDENCIALES NEGATIVOS

Desplazos para mijarse a un lugar, tirar al suelo y a la fuerza, se agarra e intenta una actitud que muestra mucha resistencia. Masticar con los dientes, se come de la mano, se come con los dientes

#### NORMAS AUTOEDUCATIVAS

Reyes Reyes se pone en el suelo para correrse no quiere dormir, se levanta que la noche tiene fatiga, se levanta no responde a la orden de dormir o de acostarse, se levanta en el suelo y se levanta temprano

Coronamiento, Gremio, Caminata

Tom Adelio emigra y crece, inmigrante y vecindario, un adulto y persona infantil, auto-injuria para responder con una respuesta prototípica menor y hasta vergüenza. Crea una acción, inmigrante en su juventud av. Testicundo. Se muestra en fiestas. Se muestra mucho claudicar una ofensa y perdón. Tom copia de creencias y mentes. Es un amplio, muy... V, horizonte digno de desafío, ordenado y sencillo, poco efusivo.

44 -  
45 = 69 +/-

### INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD (MMPI)

70 + +

### MINI MULT

(Hoja de Respuesta)

Nombres y apellidos: *R. J.*  
 Estado Civil: *Soltero*  
 Ocupación: *Jefe de*

Edad: *70*

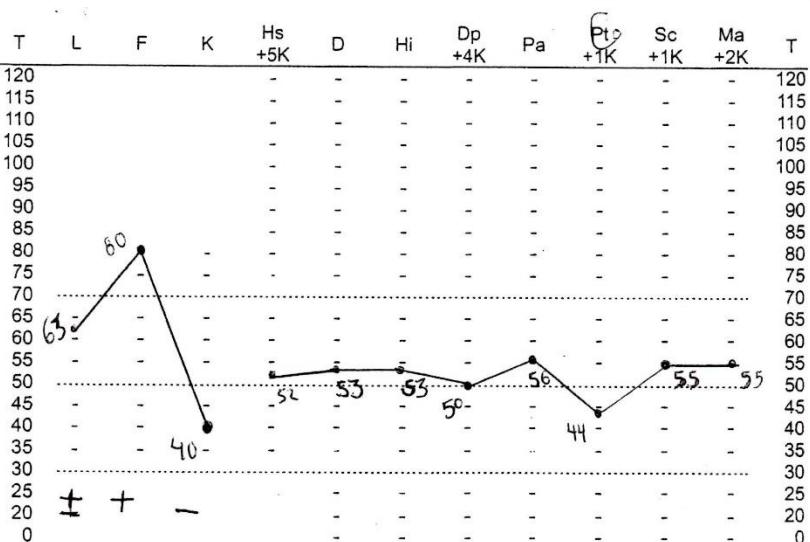
Grado de Instrucción: *Secundaria*

Fecha de Examen: *30 Mayo*

1.	F	13.	F	25.	V	37.	F	49.	F	61.	F
2.	F	14.	V	26.	X	38.	F	50.	V	62.	V
3.	F	15.	F	27.	V	39.	V	51.	F	63.	F
4.	V	16.	V	28.	F	40.	F	52.	F	64.	V
5.	V	17.	V	29.	F	41.	F	53.	V	65.	F
6.	F	18.	V	30.	F	42.	F	54.	F	66.	V
7.	V	19.	F	31.	F	43.	F	55.	F	67.	F
8.	V	20.	F	32.	F	44.	V	56.	F	68.	F
9.	V	21.	F	33.	F	45.	F	57.	F	69.	F
10.	V	22.	F	34.	F	46.	V	58.	F	70.	F
11.	V	23.	F	35.	F	47.	F	59.	F	71.	V
12.	V	24.	F	36.	V	48.	V	60.	F		

	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	3	6	2	3	3	5	4	3	5	6	6
Puntaje Equivalente	8	16	7	8	18	18	16	10	13	18	18
Añadir K	-	-	(7)	+4	-	-	+3	-	+7	+7	+1
Puntaje Directo Corregido	8	16	7	12	18	18	19	10	20	25	19
Puntaje T	63	80	40	52	53	53	50	56	44	55	55

DIAGNÓSTICO: ..... (T)



PRUEBA  TIG-1  TIG-2

## HOJA DE RESPUESTAS

APELLIDOS: Díaz Alvarado  
NOMBRES: Ricardo  
EDAD: 38 SEXO: M FECHA DE NAC. 16-05-1959  
SEC () TEC. OCUP () TEC. SUP. () UNIV. ()  
INCONCLUSO () CICLO/AÑO: 1  
EN CURSO () CICLO/AÑO: \_\_\_\_\_  
ESPECIALIDAD: Engineria Standard Job lock  
Artes Comunicación Pública - Señor Trabajador  
Tesorero

### EJEMPLOS

A 

2	1
4	1

B 

2	1
3	2

C 

0	1
0	0

D 

1	1
1	1

### PUNTAJE

0

### CATEGORIA

Ricardo Prawdov

Tiene resp. falso respondido a 20 preguntas  
que se refiere al final de la prueba.

1	<table border="1"><tr><td>2</td><td>1</td></tr><tr><td>2</td><td>1</td></tr></table>	2	1	2	1	/	9	<table border="1"><tr><td>2</td><td>1</td></tr><tr><td>2</td><td>1</td></tr></table>	2	1	2	1	/	17	<table border="1"><tr><td>5</td><td>1</td></tr><tr><td>6</td><td>1</td></tr></table>	5	1	6	1	/	25	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td>0</td><td>1</td></tr></table>	0	1	0	1	0	33	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					41	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
2	1																																						
2	1																																						
2	1																																						
2	1																																						
5	1																																						
6	1																																						
0	1																																						
0	1																																						
2	<table border="1"><tr><td>3</td><td>2</td></tr><tr><td>2</td><td>1</td></tr></table>	3	2	2	1	0	10	<table border="1"><tr><td>1</td><td>0</td></tr><tr><td>6</td><td>0</td></tr></table>	1	0	6	0	0	18	<table border="1"><tr><td>2</td><td>1</td></tr><tr><td>3</td><td>1</td></tr></table>	2	1	3	1	0	26	<table border="1"><tr><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>4</td><td>1</td></tr></table>	3	4	4	1	1	34	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					42	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
3	2																																						
2	1																																						
1	0																																						
6	0																																						
2	1																																						
3	1																																						
3	4																																						
4	1																																						
3	<table border="1"><tr><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>1</td><td>1</td></tr></table>	1	1	1	1	0	11	<table border="1"><tr><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>6</td><td>1</td></tr></table>	1	1	6	1	0	19	<table border="1"><tr><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>6</td><td>1</td></tr></table>	5	4	6	1	0	27	<table border="1"><tr><td>3</td><td>3</td></tr><tr><td>3</td><td>1</td></tr></table>	3	3	3	1	0	35	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					43	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
1	1																																						
1	1																																						
1	1																																						
6	1																																						
5	4																																						
6	1																																						
3	3																																						
3	1																																						
4	<table border="1"><tr><td>2</td><td>1</td></tr><tr><td>4</td><td>1</td></tr></table>	2	1	4	1	0	12	<table border="1"><tr><td>2</td><td>1</td></tr><tr><td>4</td><td>1</td></tr></table>	2	1	4	1	0	20	<table border="1"><tr><td>4</td><td>6</td></tr><tr><td>3</td><td>0</td></tr></table>	4	6	3	0	0	28	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td>6</td><td>1</td></tr></table>	0	1	6	1	0	36	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					44	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
2	1																																						
4	1																																						
2	1																																						
4	1																																						
4	6																																						
3	0																																						
0	1																																						
6	1																																						
5	<table border="1"><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>1</td></tr></table>	3	5	5	1	/	13	<table border="1"><tr><td>1</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>1</td></tr></table>	1	5	5	1	/	21	<table border="1"><tr><td>3</td><td>3</td></tr><tr><td>3</td><td>1</td></tr></table>	3	3	3	1	0	29	<table border="1"><tr><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>2</td><td>1</td></tr></table>	5	2	2	1	0	37	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					45	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
3	5																																						
5	1																																						
1	5																																						
5	1																																						
3	3																																						
3	1																																						
5	2																																						
2	1																																						
6	<table border="1"><tr><td>0</td><td>2</td></tr><tr><td>2</td><td>1</td></tr></table>	0	2	2	1	0	14	<table border="1"><tr><td>2</td><td>1</td></tr><tr><td>4</td><td>1</td></tr></table>	2	1	4	1	0	22	<table border="1"><tr><td>6</td><td>3</td></tr><tr><td>3</td><td>1</td></tr></table>	6	3	3	1	0	30	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					38	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					46	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					
0	2																																						
2	1																																						
2	1																																						
4	1																																						
6	3																																						
3	1																																						
7	<table border="1"><tr><td>4</td><td>1</td></tr><tr><td>1</td><td>1</td></tr></table>	4	1	1	1	/	15	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>2</td><td>1</td></tr></table>	1	2	2	1	0	23	<table border="1"><tr><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>4</td><td>1</td></tr></table>	3	4	4	1	0	31	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					39	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					47	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					
4	1																																						
1	1																																						
1	2																																						
2	1																																						
3	4																																						
4	1																																						
8	<table border="1"><tr><td>6</td><td>2</td></tr><tr><td>2</td><td>1</td></tr></table>	6	2	2	1	0	16	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					0	24	<table border="1"><tr><td>2</td><td>6</td></tr><tr><td>6</td><td>1</td></tr></table>	2	6	6	1	/	32	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					40	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					48	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					
6	2																																						
2	1																																						
2	6																																						
6	1																																						

