

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



**APLICACIÓN DE UN PROGRAMA COGNITIVO - CONDUCTUAL PARA LA
DEPRESIÓN EN NIÑAS DE UNA CASA HOGAR DE LA CIUDAD DE
AREQUIPA**

Tesis presentada por los bachilleres:

AGUILAR MONTES, JENNIFER HELEN

HUAMANI CARRION, JANIT

Para optar el título profesional de Psicólogas

Asesora:

DRA. LUANA VÁSQUEZ SAMALVIDES

AREQUIPA - PERÚ

2019

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR

SEÑORES CATEDRÁTICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR

Tenemos el honor de dirigirnos a ustedes con el propósito de poner a su consideración el presente trabajo de tesis titulado: **“Aplicación de un programa cognitivo – conductual para la depresión en niñas de una casa hogar de la ciudad de Arequipa”**, el mismo que tras su revisión y dictamen favorable, nos permitirá optar el **Título Profesional de Psicólogas.**

Arequipa, Octubre de 2019

Bachilleres:

AGUILAR MONTES, JENNIFER HELEN

HUAMANI CARRION, JANIT

DEDICATORIA

Esta investigación la dedicamos a quienes buscan con pasión el bienestar de los niños, quienes con su servicio profesional y vocacional son parte de la construcción de fortalezas a favor de la niñez, sabiendo que por esta gran labor recibirán recompensas gratificantes que alegrarán su alma.

AGRADECIMIENTO

Es menester dar las gracias a quienes, a lo largo del camino, hicieron posible alcanzar
esta meta.

A la Dra. Luana Vásquez Samalvides, por su valiosa guía y experiencia para
orientarnos hacia el buen desempeño investigativo.

A la Casa Hogar, por abrirnos las puertas y brindarnos la oportunidad de ser parte de la
vida de las niñas, enriqueciendo nuestra formación y nuestro amor por la psicología.

A la psicóloga y tutoras de la Casa Hogar, por las facilidades y por el interés puesto en
este programa en beneficio de las niñas.

A cada una de las niñas que participaron del programa por su dedicación y todos los
buenos momentos compartidos durante la aplicación.

A nuestros padres y familia por siempre brindarnos el apoyo y el ímpetu de seguir
luchando por nuestros sueños.

A cada una de las personas que nos brindaron las ganas de seguir adelante.

RESUMEN

Detrás de un niño deprimido hay heridas emocionales marcadas por situaciones que ellos no pueden controlar, el abandono es uno de los principales causantes de sentimientos de tristeza, sentimientos que si son abrazados por no tener la ayuda necesaria puede significar un obstáculo en su desarrollo. Nuestro principal objetivo fue identificar la eficacia del Programa cognitivo - conductual para disminuir los niveles de depresión en las niñas de una Casa Hogar de la Ciudad de Arequipa. Se manejó un diseño cuasiexperimental aplicándose un pre test y post test con un solo grupo. El tipo de muestreo fue no probabilístico de tipo intencional, contando para ello con una muestra de 15 niñas de 8 a 12 años. Se utilizó el cuestionario de depresión para niños CDS. Para el análisis de interpretación de resultados se empleó análisis estadístico descriptivo e inferencial junto con la prueba estadística U Mann Whitney donde los resultados permitieron concluir que el programa es efectivo; logrando reducir los niveles de depresión en las niñas.

Palabras claves: Depresión, niñez, abandono, programa cognitivo - conductual.

ABSTRACT

Behind a depressed child there are emotional wounds marked by situations that they cannot control, abandonment is one of the main causes of feelings of sadness, if that feelings are embraced for not having the necessary help, they can become an obstacle in the child's development. Our main objective was to identify the effectiveness of the Cognitive - Behavioral Program to reduce the levels of depression in girls of a Children's Home in the City of Arequipa. A quasi-experimental design was handled by applying a pre test and post test with a single group. The type of sampling was non-probabilistic of an intentional type, with a sample of 15 girls aged 8 to 12 years. The depression questionnaire for CDS children was used. For the analysis of interpretation of results, descriptive and inferential statistical analysis was used together with the U Mann Whitney statistical test where the results allowed us to conclude that the program is effective; managing to reduce the levels of depression in girls

Keywords: Depression, childhood, abandonment, cognitive - behavioral program.

INTRODUCCIÓN

La depresión en el niño y el adolescente está relacionada con experiencias negativas que provienen de su ambiente, sobretodo de las personas significativas de su entorno; siendo la familia el entorno más inmediato del niño, y el vínculo entre padres e hijos el más significativo y fundamental para el bienestar de los menores, queda claro que son los padres quienes deben velar por un clima emocional estable, comunicación y respeto entre los miembros de la familia, brindando tiempo de calidad, buscando la integración familiar para la exteriorización de sus pensamientos y sentimientos, todo esto es fundamental para que el niño se sienta amado, aceptado y obtenga un desarrollo integral. Por otro lado, el descuido, desatención, desamparo o carencia de soporte familiar por parte de los padres o cuidadores, afectan gravemente el desarrollo integral de los menores. Al exponerlos a una situación de desprotección, impidiéndoles el goce de sus derechos, es considerado como abandono.

Los estudios revelan que un porcentaje significativo de casos de depresión infantil proceden de hogares rotos (Méndez, F.X., 2007), donde fácilmente la realidad de los niños en abandono encaja a esta verdad, con mayor relevancia, pues pasan a ser cuidados por personas que desconocen, en un espacio geográfico no antes explorado.

La Organización Mundial de la Salud (2014) ha estimado que para el año 2020, la depresión será la segunda causa primordial de muerte, especialmente si ha experimentado depresión o manifestado algunos síntomas a muy corta edad y no fueron diagnosticados, permitiendo de alguna manera el incremento de los síntomas y disfuncionalidad a través de los años. Por eso, la OMS refiere que la depresión en niños ha sido cada vez más común, siendo confundida como una manifestación propia de la edad.

La depresión es uno de los problemas del estado de ánimo más comunes, caracterizado por la pérdida de la capacidad para realizar diversas actividades cotidianas Cueto, (2017) citado por Ayala (2017). De ese modo, esta alteración psicológica afecta de manera significativa la funcionalidad del estudiante en sus principales áreas de actividad, constituyendo así uno de los principales problemas que los adolescentes enfrentan en el día a día (Rodríguez, 2015).

Al respecto, Castro (2014) citado por Ayala (2017), ha referido que en España uno de cada dos adolescentes sufrió de depresión; siendo así, un mal que también afecta a un 2% de los menores, que tienen un rango de edad entre 6 y 12 años.

También en el Perú, Sousa (2014) citado por Inofuente (2019) refirió que existen más de un millón de seres humanos que evidencian síntomas depresivos, las cuales no son atendidas o diagnosticadas a tiempo. “Si uno dejara que esta enfermedad de la depresión tenga avances progresivos, en muchos casos suele llegar a la muerte”.

En Arequipa la Casa Hogar en la que se realizó la investigación, actualmente alberga a 30 niñas y adolescentes mujeres, para poder brindarles amparo y protección, sin embargo el tratamiento psicológico con resultados tangibles centrados en la depresión, no ha sido desarrollada, por tal motivo resulta pertinente una intervención pronta en el ámbito de la psicología; para ello según Bunge, Gomar y Mandil (2009) refieren que la mayoría de estudios avalan la eficacia de la terapia cognitivo - conductual para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, la cual es propuesta para la presente investigación realizada en menores de 8 a 12 años.

Esta investigación es relevante y prioritaria porque intenta ser un aporte para la solución del problema actual sobre la depresión infantil, teniendo en consideración que este pequeño sector de la población, que son centros de atención residencial no cuentan con el apoyo o la solvencia económica para poder realizar este tipo de programas, que trae

beneficios en las niñas y adolescentes. Si bien es cierto no podemos asegurar una vida feliz y sin problemas a las niñas, pero podemos dotarlas de herramientas de afronte para las situaciones adversas que en la vida se le presenten. Es importante recalcar que el soporte permanente de las redes de apoyo es valioso para que las mejoras alcanzadas sigan un proceso positivo.

A continuación, detallaremos los contenidos que se presentarán en el siguiente estudio:

En el Capítulo I se presenta el Problema de estudio donde está incluido los Antecedentes del Estudio, el Planteamiento del Problema, Objetivos, Hipótesis, Importancia del Estudio, Limitaciones del Estudio, Definición de Términos e Identificación de Variables.

En el Capítulo II se desarrolla la Revisión de la Literatura en la cual se pueden hallar definiciones y especificaciones de los constructos estudiados en la presente investigación.

En el Capítulo III se observa la Metodología de la Investigación en la que puede encontrarse el Tipo y Diseño de la Investigación, información de los sujetos participantes, los instrumentos utilizados y el procedimiento para la obtención de resultados.

En el capítulo IV se hace un análisis estadístico de los resultados de la investigación y finalmente se presenta la discusión, conclusiones y sugerencias, además de referir la bibliografía y anexos

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi

CAPÍTULO I

LA INVESTIGACIÓN

1. Planteamiento del Problema	1
2. Objetivos de la Investigación	5
2.1 Objetivo General	5
2.2 Objetivos Específicos	5
3. Hipótesis	5
4. Importancia del Estudio	5
5. Limitaciones del Estudio	7
6. Definición de Términos	8
6.1 Depresión infantil	8
6.2 Abandono infantil	8
6.3 Programa cognitivo - conductual:	8
7. Variables e Indicadores	9
7.1 Identificación de las variables	9
7.2 Operacionalización de variables	10

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. Antecedentes	11
2. Bases Teóricas	14
2.1 Niñez	14
Desarrollo físico	14
Desarrollo psicológico	14
Desarrollo emocional	15
Desarrollo social	15
2.2 Abandono	16

Abandono infantil	17
Niños, Niñas y Adolescentes Sin Cuidado parental	17
Centros de Atención Residencial	21
<i>Albergues infantiles</i>	21
<i>Casa hogar</i>	22
2.3 ¿Qué es depresión?	22
2.3.1 Clasificación de la Depresión según CIE-10	23
2.3.2 Epidemiología de la Depresión	24
2.4 ¿Qué es depresión infantil?	24
2.4.1 Epidemiología	25
2.4.2 Comorbilidad	26
2.4.3 Síntomas de la depresión infantil	27
2.4.4 Evolución de la depresión con la edad	28
2.4.5 Clases de la depresión infantil	32
2.4.6 Causas de la depresión infantil	32
2.4.7 Teorías psicológicas para la depresión infantil	33
2.4.8 Tratamiento	37
2.5 ¿Qué es la terapia cognitivo conductual?	41
2.5.1 Distintas terapias cognitivas conductuales	42
2.5.2 Conceptos fundamentales de la terapia cognitiva	42
2.5.3 Psicoterapia cognitiva y su relación con la depresión	47
2.5.4 Tratamiento cognitivo-conductual y depresión en niños	49

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. Tipo, Diseño de Investigación	52
2. Población y Muestra / Sujetos/ Participantes	53
2.1 Población	53
2.2 Muestra	53
3. Instrumentos y Técnicas	54
3.1 Entrevista Semiestructurada	54
3.2 Escala de Depresión para Niños (CDS- Children's Depression Scale)	54
3.3 Programa de Intervención Cognitivo – Conductual	58
4. Procedimientos	62

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

RESULTADOS	63
DISCUSIÓN	77
CONCLUSIONES	80
SUGERENCIAS.....	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
CASO 1	184
CASO 2	227

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	
Subescala respuesta afectiva.....	66
TABLA 2	
Subescala problemas sociales.....	67
TABLA 3	
Subescala autestima.....	68
TABLA 4	
Subescala preocupación por la muerte/salud.....	69
TABLA 5	
Subescala sentimiento de culpabilidad.....	70
TABLA 6	
Subescala depresivos varios.....	71
TABLA 7	
Subescala ánimo – alegría.....	72
TABLA 8	
Subescala positivo varios.....	73
TABLA 9	
Subescala total depresivo.....	74
TABLA 10	
Subescala total positivo.....	75

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1

Depresión infantil según grupos de edad.....30

Figura 2

Dificultades en diferentes áreas. Consecuencia de la depresión infantil.....31

FIGURA 3

Distribución Porcentual de los Niveles de Depresión Totales y por Escalas en el Pre Test en las niñas de una Casa Hogar de la ciudad de Arequipa..... 64

FIGURA 4

Distribución Porcentual de los Niveles de Depresión Totales y por Escalas en el Post Test en las niñas de una Casa Hogar de la ciudad de Arequipa..... 65

FIGURA 5

Distribución Porcentual de los Niveles de Depresión Totales y por Escalas en el Pre Test y Post Test en las niñas de una Casa Hogar de la ciudad de Arequipa.....76

CAPÍTULO I

LA INVESTIGACIÓN

1. Planteamiento del Problema

Parece contradictorio asociar el mundo del niño lleno de movimiento, risas, alegría con el mundo de la depresión, caracterizada por sentimientos de tristeza; sin embargo, la incidencia de problemas mentales en niños y adolescentes es mayor cada año a nivel mundial, dentro de ellos la depresión infantil ha tomado tal relevancia que es un problema de salud mental alarmante, pues según el informe Health for the World's Adolescents (OMS, 2014) la depresión a nivel mundial es la principal causa de enfermedad y discapacidad en una población de 10 a 19 años de edad (Huamantica, 2016).

La depresión infantil difiere de la depresión en adultos, pues el cuadro trae la presencia de comorbilidades y los síntomas se manifiestan muchas veces de forma enmascarada, siendo los más frecuentes el trastorno de déficit de atención e

hiperactividad, baja autoestima, tristeza, miedo, alteraciones de sueño y bajo rendimiento escolar, síntomas somáticos también pueden estar asociados (Scivoletto y Tarelho, 2002).

Adànez (1995), citado por Andriola y Cavalcante (1999) destaca que, a pesar de no existir una definición consensual sobre la depresión infantil, lo que se puede afirmar es que se trata de una perturbación orgánica que engloba variables biopsicosociales. Desde el punto de vista biológico se le adjudica a la depresión una posible disfunción de los neurotransmisores debido a herencia genética, anomalías y/o fallas en áreas específicas del cerebro; se trata de la depresión clasificada como endógena, o sea aquella genéticamente transmitida. Desde la perspectiva psicológica, la depresión puede estar asociada a algún aspecto comprometido de la personalidad, baja autoestima y autoconfianza distorsionada. En el ámbito social, la depresión puede ser vista como una inadaptación o un grito de socorro, como una posible consecuencia de violaciones de mecanismos culturales, familiares, escolares, etc (Barreto, 1993). Las variables psicológicas y sociales caracterizan la depresión clasificada como exógena, o sea, la que es resultado de problemas psicológicos y/o ambientales (Amaral & Barbosa, 1990)

La depresión en el niño y el adolescente está relacionada con experiencias negativas que provienen de su ambiente, sobretodo de las personas significativas de su entorno; siendo la familia el entorno más inmediato del niño, y el vínculo entre padres e hijos el más significativo y fundamental para el bienestar de los menores, queda claro que son los padres quienes deben velar por un clima emocional estable, comunicación y respeto entre los miembros de la familia, brindando tiempo de calidad, buscando la integración familiar para la exteriorización de sus pensamientos y sentimientos, todo esto es fundamental para que el niño se sienta amado, aceptado y obtenga un

desarrollo integral. Por otro lado, el descuido, desatención, desamparo o carencia de soporte familiar por parte de los padres o cuidadores, afectan gravemente el desarrollo integral de los menores. Al exponerlos a una situación de desprotección, impidiéndoles el goce de sus derechos, es considerado como abandono.

Son diversos los factores que hacen que una niña, niño o adolescente deje o sea retirado de su hogar e ingrese a un Centro de Atención Residencial (CAR) del Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar (INABIF). Estas Instituciones están dedicados a brindar protección y cuidado a los menores que están en abandono, orientadas a compensar carencias materiales o afectivas que han sido generadas por situaciones de grave desestructuración o conflicto familiar, o por la inexistencia de una familia nuclear o extensa.

Los estudios revelan que un porcentaje significativo de casos de depresión infantil proceden de hogares rotos (Méndez, F.X., 2007), donde fácilmente la realidad de los niños en abandono encaja a esta verdad, con mayor relevancia, pues pasan a ser cuidados por personas que desconocen, en un espacio geográfico no antes explorado.

Con todo esto citamos la frase trillada: “la familia es el núcleo de la sociedad”, pero ¿Qué pasa cuando esta familia se descompone dejando heridas emocionales en cada miembro y desprotegidos a quienes aún no pueden hacerlo por sí mismos? y ¿Qué de aquellos niños que no tuvieron la dicha de poder conocer a sus padres y pasar sus primeros años de vida con ellos siendo dejados a la suerte?

También hemos repetido en ocasiones “los niños son el futuro del país”, sin embargo, nos preguntamos ¿Qué pasa cuando estos niños se sienten como el problema y no como parte de la solución, al sentir el rechazo o despreocupación de sus cuidadores por quienes debieron sentirse amados y protegidos? ¿Qué pasa cuando el brillo de

sus ojos se convierte en una mirada vacía o que apenas sonríe y le falta la motivación de vivir?

Con toda esta realidad latente en nuestra sociedad, somos llamados a reflexionar en qué podemos hacer como profesionales de la salud mental, sobre el infortunio que viven aquellos niños que tienen la desdicha de ver como su hogar en vez de ser un lugar de protección y amparo es un lugar de conflicto y desprotección, o de aquellos que ni siquiera pudieron ser parte de un hogar, y las consecuencias psicológicas que viene tras ello como la depresión, y accionar a favor de ellos usando las herramientas que tenemos en nuestras manos.

La Casa Hogar alberga a niñas y adolescentes para poder brindarles amparo y protección, sin embargo el tratamiento psicológico con resultados tangibles centrados en la depresión, no ha sido desarrollada, por tal motivo resulta pertinente una intervención pronta en el ámbito de la psicología; para ello según Bunge, Gomar y Mandil (2009) refieren que la mayoría de estudios avalan la eficacia de la terapia cognitivo - conductual para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, siendo nuestro objetivo disminuir los niveles de depresión presente en niñas que pertenecen a la Casa Hogar de la ciudad de Arequipa, a cual alberga 30 niñas entre los 4 a 18 años de edad, siendo las participantes de dicho programa las niñas de 8 a 12 años.

Por todo lo anteriormente expuesto, nos formulamos la siguiente interrogante: *¿Se reducirán los síntomas de depresión al aplicar el programa cognitivo – conductual a niñas de una Casa Hogar de la ciudad de Arequipa?*

2. Objetivos de la Investigación

2.1 Objetivo General

Determinar la eficacia del Programa cognitivo - conductual para disminuir los síntomas depresivos en las niñas de una Casa Hogar de la ciudad de Arequipa.

2.2 Objetivos Específicos

- Evaluar los niveles de depresión en un momento inicial (pre test) en las niñas de una casa Hogar de la ciudad de Arequipa
- Aplicar el Programa Cognitivo - Conductual a niñas pertenecientes a una Casa Hogar de la ciudad de Arequipa.
- Evaluar los niveles de depresión en un momento final (post test), en las niñas de una Casa Hogar de la ciudad de Arequipa.
- Comparar los niveles de depresión por dimensión y subescalas en el pre test y post test en las niñas evaluadas de una casa hogar de la ciudad de Arequipa.

3. Hipótesis

H_1 Es probable que el Programa cognitivo - conductual reduzca los síntomas depresivos en las niñas de una Casa Hogar de la ciudad de Arequipa.

H_0 Es probable que el Programa cognitivo - conductual no reduzca los síntomas depresivos en las niñas de una Casa Hogar de la ciudad de Arequipa.

4. Importancia del Estudio

El informe de Health for the World's Adolescents (OMS, 2014) nos muestra una realidad alarmante sobre la depresión en niños y adolescentes, reconociéndola como la principal causa de enfermedad y discapacidad en una población de 10 a 19 años de edad; si bien es cierto, la depresión no era reconocida como un trastorno en la niñez,

hoy en día, según numerosos estudios es sabido que la depresión en la infancia y adolescencia es más frecuente de lo que se suponía. (Bunge, Gomar y Mandil, 2009).

Uno de los factores que más potencia la depresión infantil, por no decir el más relevante, son los conflictos familiares y la separación de sus padres, quienes son su entorno más próximo. Al pensar en niños en dicha situación y su alta probabilidad de sufrir depresión, nos lleva a pensar en aquellos niños que no solo sufren la ausencia de uno de sus padres sino de ambos padres, sumándose a ello que han sido ingresados a algún Centro de Atención Residencial (CAR) del Programa Integral para el Bienestar Familiar (INABIF), por encontrarse en una situación de abandono material y moral, representando el 51% de los casos de niños o adolescentes que fueron retirados de sus hogares e ingresados a un CAR, la crisis económica alcanza un 8%, extravío 1%, fuga del hogar 5%, embarazo adolescente en estado de abandono 3%, maltrato físico y psicológico 8%, explotación sexual 4%, violencia familiar 1% y otros 19%.

En el Perú según los datos del CENSO del 2007, en su primer boletín publicado el 2010, habría más de 19 mil niños, niñas y adolescentes institucionalizados; cifras que van en aumento y que para el año presente debe haber un incremento significativo.

Como es bien sabido la situación en la que se encuentran estos niños y adolescentes no es de fácil afronte y la presencia de síntomas depresivos ante tal adversidad puede ser justificable, lo que no podemos justificar en nuestra labor como psicólogos es nuestra pasividad al ver la necesidad de estos menores, sabiendo además que las vivencias de la infancia pueden tener efectos en lo posterior.

Por esta información presentada es notoria la urgencia de la actuación de profesionales de la salud mental, interesados en mejorar el presente y así el futuro de niños que se encuentran en situación de abandono y que presentan depresión.

Por medio de un programa cognitivo – conductual, nuestro interés fue ayudar a niñas con depresión pertenecientes a una Casa Hogar de la ciudad de Arequipa, con el que se logró resultados óptimos, siendo de gran beneficio a las niñas, adquiriendo nuevas formas de afronte ante las circunstancias adversas, quienes lograron identificar pensamientos que son fuente de sufrimiento y tristeza, que alteran el funcionamiento diario, afectándoles no solo a nivel personal, sino a nivel familiar al recibir sus visitas, en su rendimiento escolar y sus relaciones sociales. Una mejora en estas áreas es resultado de una mejora a nivel personal, siendo el área social la que más se pudo observar y constatar con resultados estadísticos, notamos cambios de comportamiento en sus relaciones interpersonales entre las niñas y también con sus tutoras. Por tal razón y confiadas en los resultados positivos de este programa incentivamos que el programa sea aplicado en más instituciones dedicadas a esta labor de proteger y cubrir necesidades no solo físicas sino también psicológicas.

5. Limitaciones del Estudio

Durante el desarrollo de la aplicación del programa cognitivo conductual tuvimos algunos inconvenientes en relación al espacio asignado, puesto que las primeras sesiones fueron realizadas en el comedor y la sala de cómputo de la institución, siendo un espacio usado para realizar otro tipo de actividades y estando abierto a distracciones.

Por otro lado, la comprensión lectora de las niñas no era la adecuada para sus edades con el grado académico que cursaban, extendiéndose el tiempo de las sesiones para

hacer más comprensible su desarrollo. Consideramos que la muestra para este estudio fue reducida para generalizar los resultados.

6. Definición de Términos

6.1 Depresión infantil

Los autores Lang & Tisher (1974, citado en Seisdedos, 2003) define a este problema de la depresión como "la respuesta humana normal que varía en intensidad y calidad, que se encuentra en la población infantil y que juega un papel específico en muchos grupos psiquiátricos, incluyendo los diagnosticados como depresiones neuróticas o psicóticas".

6.2 Abandono infantil

Según la defensoría del pueblo (2011) constata en el artículo N° 248 del código del niño y del adolescente que es “el descuido, desatención o desamparo, negligente o no, del niño, niña o adolescente por parte de las personas responsables de su cuidado (madre, padre, tutores), que tiene como presupuesto indispensable la consiguiente carencia de soporte familiar, sumada a la existencia de situaciones que afectan gravemente, en cada caso concreto, al desarrollo integral del niño, niña o adolescente y que, a partir de esta situación de desprotección, no permiten el goce y disfrute de sus derechos fundamentales”.

6.3 Programa cognitivo - conductual:

El postulado fundamental del programa cognitivo-conductual es que los pensamientos ejercen una influencia en las emociones y la conducta. Se considera que los individuos responden al significado adjudicado a las situaciones, más que a los eventos mismos. El objetivo de la terapia se centra en

que se flexibilicen los modos patológicos del procesamiento de la información ya que no padecemos por las situaciones en sí, sino por las interpretaciones rígidas que de ellas hacemos (Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J., 2009).

7. Variables e Indicadores

7.1 Identificación de las variables

Variable independiente: Programa cognitivo - conductual

Variable dependiente: Depresión

7.2 Operacionalización de variables

Problema	Objetivo	Variable	Categoría	Sub categoría	Instrumento
¿Se verá disminuido los síntomas de depresión en las niñas pertenecientes a una Casa Hogar mediante la aplicación del programa cognitivo conductual?	Determinar la eficacia del programa cognitivo conductual para disminuir los síntomas depresivos en las niñas de una Casa Hogar	Variable independiente: Programa Cognitivo Conductual	Entrenamiento en reconocimiento de las emociones		Programa Cognitivo Conductual Cuestionario de Depresión para Niños CDS
			Identificación y monitoreo de los pensamientos automáticos		
		Total depresivo	Reconocer la relación existente entre pensamiento, emoción y conducta		
			Restructuración cognitiva		
			Estrategia para el control de impulsos		
				Respuesta Afectiva	
				Problemas Sociales	
		Total positivo		Autoestima	Cuestionario de Depresión para Niños CDS
				Preocupación por la Muerte/Salud	
				Sentimiento de Culpabilidad	
				Depresivos Varios	
				Ánimo-alegría	
				Positivo varios	

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. Antecedentes

Gracias a estudios anteriormente realizados podemos abrir puertas a nuevos aportes a nuestra sociedad de beneficio en poblaciones vulnerables, a continuación, nombramos las más relevantes para nuestra investigación.

El maltrato de menores también afecta negativamente el desarrollo de la habilidad del manejo de las emociones, lo cual tiene una probabilidad alta de persistir en la adolescencia o la edad adulta (Messman-Morre, Walsh, y DiLillo, 2010 citado por Ruiz, 2014). En la investigación de Felitti y Anda (2009) citado por Cavaiola y Colford (2017). En la investigación de Felitti y Anda (2009), mencionan que se encontró que aproximadamente un 54 % de los casos de depresión y el 58 % de los casos de intento de suicidio en las mujeres, estaban conectados a experiencias adversas en la niñez.

A nivel internacional se encuentran estudios relacionados como los de Jaffe y Kohn (2011), se comprobó que niños con cualquier tipo de maltrato desarrollaban, en mayor proporción, problemas de conducta y problemas emocionales, que niños sin maltrato. Estos problemas incluían, problemas de ansiedad, depresión y de angustia, así como problemas de control de impulsos, agresividad y comportamientos poco pro-sociales.

En México, González, Jaffe y Kohn (2011) citado por Amores y Mateos, (2017) en su investigación buscaron el desarrollo de habilidades sociales, basados en un programa de intervención cognitivo – conductual, del cual fueron participantes 36 niños, asignados aleatoriamente en un grupo control y otro experimental, usando un pre-test, el desarrollo de 14 sesiones y un post-test. Los resultados fueron positivos al obtener incrementos significativos en sus niveles de habilidades sociales, y reducción de síntomas depresivos.

A nivel nacional, encontramos los estudios como los de Cóndor y Sosa (2017), quienes realizan un estudio en niños, niñas y adolescentes víctimas de abandono en un centro de atención residencial en Huancayo, quienes redactan las principales causas de abandono, las cuales son: violencia familiar, separación de la pareja y los conflictos permanentes, influidos por exceso de alcohol y los antecedentes no superados de maltrato y abuso recibidos en la infancia de los padres, así como la poca responsabilidad de protección asumida por los mismos, provocando crisis familiar y con repercusiones en la salud mental tanto de los cónyuges como de los menores.

Se llevaron a cabo investigaciones con programas cognitivo – conductuales para niños y adolescentes en diferentes áreas investigativas, obteniendo resultados

positivos, como la investigación en Catacaos - Piura, Castillo (2017), quien realizó una investigación con un programa cognitivo-conductual aplicado a 30 niños de 10 a 12 años, con el objetivo de determinar la afluencia de dicho programa en conductas agresivas en niños que han sufrido pérdidas por el fenómeno del niño, obteniendo como resultado la disminución de dichas conductas agresivas.

A nivel regional, tenemos un estudio realizado por Carlos y Pancca (2014), en la ciudad de Arequipa, se evidencia la presencia de depresión infantil, estudio que se realizó con 299 niños de 9 a 11 años de edad de nivel primario en centros educativos del distrito de Cayma y Hunter, encontrándose como resultados mayor prevalencia en las escalas de respuesta afectiva, problemas psicosociales, autoestima, preocupación por la muerte y sentimientos de culpabilidad. Redactan que, en cuanto a las posibles causas de depresión infantil, según las investigaciones realizadas dentro de la universidad, son el maltrato físico y psicológico, abuso sexual, abandono moral y social, conflictos familiares graves, ausencia de uno o de ambos padres, falta de afecto y apoyo y perdida de un ser querido.

La investigación de Cuba (2017), estudiando los efectos de la aplicación de un programa cognitivo - conductual para la depresión en niños de 8 a 13 años diagnosticados con cáncer, en el hospital de ESSALUD, cuyos resultados muestran diferencias significativas, pues niveles depresivos altos disminuyeron a niveles muy bajos, por lo tanto se deduce que el programa cognitivo - conductual fue efectivo, aplicado en niños con depresión, quienes eran pacientes oncológicos.

2. Bases Teóricas

2.1 Niñez

Desarrollo físico

En la niñez el desarrollo físico es acelerado y constante, el crecimiento muscular y esquelético avanzan y hacen a los niños más fuertes, dichos cambios acompañados por el desarrollo del cerebro y del sistema nervioso fomentan el desarrollo de diversos sistemas corporales y habilidades en los niños. La maduración y el aprendizaje durante y después de la niñez media dependen de la sintonización fina de las conexiones cerebrales, junto con la selección más eficiente de las regiones del cerebro apropiadas para tareas particulares. En conjunto, esos cambios incrementan la velocidad y eficiencia de los procesos cerebrales.

Desarrollo psicológico

Se presenta el desarrollo de características como el procesamiento de información, la inteligencia, el desarrollo del lenguaje, el desarrollo del yo, el autoestima y diferencias de género, los que permiten el inicio y desenvolvimiento de la educación. El crecimiento cognoscitivo que tiene lugar durante la niñez media permite a los niños desarrollar conceptos más complejos de sí mismos y mejorar la comprensión y el control emocional. Los niños alcanzan buen desarrollo del auto-concepto. En esta época los juicios acerca del yo se vuelven más conscientes, realistas, equilibrados y generales a medida que los niños forman sistemas representacionales, auto-conceptos amplios e inclusivos que integran varios aspectos del yo.

Desarrollo emocional

A medida que los niños crecen, toman más conciencia de sus sentimientos y de los de otras personas. Pueden regular o controlar mejor sus emociones y responder al malestar emocional de otros. Es común que tengan conciencia de los sentimientos de vergüenza y de orgullo, así como una idea más clara de la diferencia entre culpa y vergüenza, siendo que esas emociones influyen en la opinión que tienen de sí mismos. En la niñez media los niños tienen conciencia de las reglas de su cultura relacionadas con la expresión emocional aceptable. Los niños aprenden qué les hace enojarse, sentir temor o tristeza y la manera en que otras personas reaccionan ante la manifestación de esas emociones, y aprenden a comportarse en consecuencia.

Desarrollo social

Los niños de edad escolar pasan más tiempo fuera de casa en visitas y actividades sociales con sus pares que cuando eran más pequeños. También pasan más tiempo en la escuela y en los estudios y menos en las comidas familiares que los niños de una generación anterior. Pese a ello, el hogar y las personas que viven en él, siguen participando de manera importante en la vida de la mayoría de los niños. Las influencias más importantes del ambiente familiar sobre el desarrollo de los niños provienen de la atmósfera del hogar. En la niñez media se forman los grupos de pares, que se establecen de manera natural entre los niños que viven cerca o que van juntos a la escuela, y a menudo están formados por niños del mismo origen racial o étnico y de posición socioeconómica similar. Los niños que juegan juntos suelen ser de una edad similar y del mismo sexo.

2.2 Abandono

Antiguamente los niños eran considerados propiedad absoluta de los padres, los cuales podían decidir, incluso, su derecho a la vida. Tenemos referencia a través de Licurgo (900 a. de C) de que, en Esparta, los niños nacidos con taras físicas o, simplemente débiles, que supuestamente no tenían demasiada capacidad para la guerra, eran arrojados por el barranco del Taigeto. También en Canaán, en los cimientos de las casas se han encontrado, en el interior de vasijas, restos de huesos de recién nacido, Martínez y de Paúl (1993).

Roma es autora, de uno de los hitos que podríamos calificar como más importante dentro de la historia de la representación de la infancia; me refiero al concepto de Patria Potestad. Importante no porque cambiara en nada la situación con respecto a lo anterior, sino porque consolida y da base legal al hecho de los padres como propietarios de los hijos. Durante el tiempo cada vez, se ha notado un pequeño avance y la mejoría de los niños. De cualquier forma, la situación del niño, igual que en el resto de países occidentales, ha variado radicalmente, ocupando en la actualidad un lugar propio y destacado en nuestra sociedad.

Cuando hablamos de niños y niñas en estado de abandono, se nos vienen a la mente la imagen de que no tienen padres, u otro familiar que vele por su integridad; que se encuentren solos en el mundo, sin ninguna ayuda moral o material. Si bien, existen casos con estas características, pero también existe que los niños se encuentran en abandono, pero si cuentan con familia. Una de las razones es el hecho de que el padre o madre, no tienen el valor de afrontar las consecuencias de sus actos, y optan por abandonar a sus hijos completamente para liberarse completamente de aquella responsabilidad que tienen sobre ellos, dejándolos al cuidado de la otra figura materna o paterna.

En nuestra realidad, muchas de las familias peruanas, debido a los bajos ingresos monetarios y la pérdida progresiva de valores, priorizan la actividad económica, descuidando la parte afectiva y seguridad que los hijos necesitan.

Abandono infantil

Es una forma de maltrato a niños y niñas, se da por parte de los padres o cuidadores, cuando intencionalmente no le brinda al niño sus necesidades básicas como: la alimentación, salud, educación, vivienda, vestido, apoyo emocional, mostrando un descuido imprudente en el bienestar del niño.

La defensoría del pueblo (2011) constata en el artículo N° 248 del código del niño y del adolescente que es: “El descuido, desatención o desamparo, negligente o no, del niño, niña o adolescente por parte de las personas responsables de su cuidado (madre, padre, tutores, etc.) que tiene como presupuesto indispensable la consiguiente carencia de soporte familiar sumada a la existencia de situaciones que afectan gravemente, en cada caso concreto, al desarrollo integral de un niño, niña o adolescente y que, a partir de esta situación de desprotección, no permiten el goce y disfrute de sus derechos fundamentales”.

Niños, Niñas y Adolescentes Sin Cuidado parental

La problemática que hoy denominamos “niños sin cuidado parental o en riesgo de perderlo” engloba un sinnúmero de situaciones en las cuales, de manera total o parcial, los niños carecen de un referente adulto, que perdure en el tiempo, que sea el vínculo para su sostén y cuidado. Así como son diversas las causas de la falta de cuidados parentales, también lo son las situaciones en las que se encuentran los niños que carecen de éstos.

Según Gómez (2008), “Muchos niños, niñas y adolescentes que se encuentran separados de sus padres por medidas tomadas por las autoridades de infancia, e incluidos en un determinado tipo de cuidado alternativo formal no han logrado superar el abandono, ni asimilar la definición de familia en los hogares institucionalizados”. En este caso, Gómez (2008) sostiene que cuando el Estado asume la tutela, y tiene como objetivo la protección del niño, la niña y el adolescente, y se decide la separación de los padres para resolver el problema que la motivó (cese del maltrato, asunción de responsabilidades de los padres, etc.) los infantes no asimilan romper el vínculo. De ahí que el Estado busca ubicar algún familiar para lograr proteger a los niños, las niñas y los adolescentes y decidan su formación integral.

Sin embargo, surge de las investigaciones de Jaramillo (2015), Gómez (2008) y Durand (2008) que niños y niñas suelen permanecer en manos del Estado indefinidamente separados de sus padres hasta definirse medidas seguras, estables y apropiadas para su protección y cuidado. Por otro lado, muchos niños, niñas y adolescentes no están incluidos en ningún tipo de cuidado alternativo formal de internamiento o intervención del Estado: Son aquellos infantes en situación de calle o que se desempeñan como “jefes de hogar” debido a las carencias económicas que debe afrontar la familia. Al respecto Jaramillo (2004), ha sabido sostener que estos infantes viven en constante riesgo, porque están expuesto a caer en la delincuencia, en la trata de personas y en el consumo de drogas y otras sustancias psicoactivas.

Teniendo en cuenta la importancia que implica la protección y cuidado de los infantes el Estado peruano ha implementado medidas de protección formalizando instituciones que se encarguen del proceso de tutela. Según la

Defensoría del Pueblo (2012), los niños y niñas pueden ser incluidos en algún tipo de cuidado alternativo formal, sea en las múltiples modalidades de la institucionalización, sea en acogimiento familiar. Este espacio la conforman los Centro de Atención Residencial, los albergues o el sistema de hogares temporales.

Según el Instituto Nacional de Bienestar Familiar (2006) “La cuestión de la institucionalización adquiere una relevancia particular pues se presenta como la principal respuesta instituida frente a la privación de familia por parte del Estado y de las organizaciones de la sociedad civil”. No es que el estado esté privando a los niños y las niñas que estén en el seno familiar, sino que sus progenitores han descuidado su responsabilidad, y los han expuesto a riesgo y abandono, de ahí que el Estado decide separarlos de sus padres y protegerlos.

El estado peruano ha implementado programas de acogimiento temporal que buscan resolver la vulneración de los infantes. Según la Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (2011), “Los programas de acogimiento que comenzaron a implementarse en el Perú, en muchos casos, poseen un buen enfoque de derechos del niño. Estos modelos no dejan de lado a la familia de origen, sino que trabajan con ella, tanto en la vinculación con el infante como en ayudarla a superar sus problemas y para resguardar la identidad cultural y la historia del niño y de la niña teniendo en cuenta su opinión”. Estos nuevos programas, según la Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (2011) superan el viejo modelo de “familias sustitutas” que en algunos países se desarrollaba, en los que la familia de origen quedaba relegada y los niños permanecían por años en las familias sustitutas.

Según Jaramillo (2004) “Hay responsabilidades manifiestas en el abandono en el que están sumidas estas familias: la falta de apoyo desde las políticas públicas y la indiferencia social, que “naturaliza” la situación de vulnerabilidad del grupo de niños y niñas cada vez que son encerrados innecesariamente en las instituciones”. No todas las instituciones donde son acogidos los niños, las niñas y los adolescentes tienen las condiciones necesarias para mejorar su protección y darle seguridad.

Jiménez (2011), considera tres tipos de soluciones ante el problema de los niños y adolescentes en riesgo o en desamparo y los divide en mecanismos institucionales, extra-institucionales y preventivos. Los primeros hacen referencia a los tradicionales internados. La idea principal de estos centros consiste en que el Estado se hace cargo íntegramente de la atención del menor por intermedio de su propio personal, presupuesto y administración. Para el Estado los mecanismos extra institucionales son los referidos a las soluciones que se generan en la misma comunidad. Al respecto dice Jaramillo (2015), el Estado coordina y controla ciertas actividades mediante su personal especializado, subsidiado en ciertos casos mediante apoyo material y monetario. Entre estos mecanismos se encuentra las familias acogedoras y adopción. Estas instituciones contribuyen en el cuidado de los infantes, buscan disciplinarlos, enviarlos a la escuela y mejorar sus dificultades en la comunicación.

Para Gómez (2008) lo que buscan los hogares de acogimiento es que los niños, las niñas y los adolescentes no se sientan institucionalizados o internados definitivamente. Más bien el propósito del Estado es que los niños, las niñas y los adolescentes puedan retornar muy pronto a sus hogares, y en caso de que el menor no encuentra un espacio familiar, ya sea tío u otro pariente, entonces el

Estado tiene la obligación de buscar un hogar donde ubicarlo definitivamente. Y por último, los mecanismos preventivos en las medidas que asume el Estado a través de centros de acogida están enfocadas a la protección y consolidación de la estructura familiar de los más necesitados. Para Aliaga (2013), el Estado busca establecer un enlace con la familia nuclear, fortalecen este espacio para que el infante pueda ser recibido con el calor de hogar y afecto de padres. Muchos niños y niñas que retornan a sus hogares con la ayuda del Estado se establecen y no necesariamente tienen problemas, los familiares asumen que es su Responsabilidad proteger a los seres que trajeron al mundo.

Centros de Atención Residencial

Según la ley N° 29174 siendo la ley general de Centros de Atención Residencial de niñas, niños y adolescentes, indica que es el espacio físico administrado por una institución pública, privada, mixta o comunal donde viven niñas, niños y adolescentes en situación de abandono o riesgo, brindándoseles la protección y atención integral que requieren, de acuerdo con su particular situación, en un ambiente de buen trato y seguridad, con el objetivo principal de propiciar su reinserción familiar y social, o bien, promover su adopción.

Albergues infantiles

Un albergue Infantil es una Institución o centro educativo de integración que alberga niños de 0 a 18 años que atiende la normalización y aplica métodos terapéuticos para la educación apoyándose en la Investigación. El objetivo principal es proteger al niño, darle un espacio para vivir con actividades recreativas y orientadas mediante métodos terapéuticos hacia una actividad productiva e integrarlo a la sociedad.

Casa hogar

Son instituciones que funcionan como un apoyo para aquellos niños que no tienen un propio hogar, ya sea por motivos de desintegración familiar (violencia doméstica, el alcoholismo, la situación económica y el divorcio), abandono u orfandad. La mayoría de las casas hogares brindan ayuda educativa, nutricional, recreativa, cultural, deportiva, formación individual, médico y psicológica, pues afirman que un niño que tiene confianza en sí mismo podrá enfrentarse a cualquier prueba, será capaz de superar las crisis de la vida.

2.3 ¿Qué es depresión?

Según la Organización Mundial de la Salud – OMS (2017), la depresión es un trastorno mental que se caracteriza por sentimientos de tristeza, pérdida de interés o placer, culpa, baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y poca concentración. Es consecuencia de interacciones complejas entre factores biológicos, sociales, y psicológicos.

El Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) refiere el Episodio Depresivo, que ocurre cuando hay declinamiento del paciente, en su energía, productividad, concentración y apetito, pero si hay repetición de los episodios, se convierte en Trastorno Depresivo Recurrente, que se clasifica en episodio leve, moderado, grave con o sin síntomas psicóticos, y actualmente en remisión.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM-5), establece que los trastornos depresivos son: trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, depresión mayor, distimia, disfórico premenstrual, depresión inducida por una sustancia, depresión no especificada, y depresión debido

a otra afección médica. Todos ellos se caracterizan por un estado de ánimo triste, vacío o irritable, y se acompañan de cambios somáticos y cognitivos que afectan la funcionalidad del individuo.

2.3.1 Clasificación de la Depresión según CIE-10

Episodios Depresivos:

Pérdida del interés o la capacidad de disfrutar de actividades que solían ser placenteras, pérdida de reactividad emocional, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras, perdida marcada de peso y apetito, entre otras.

Episodio Depresivo Leve. Los síntomas típicos se evidencian por el ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad de disfrutar y aumento de fatiga, al menos dos de estos síntomas deben estar presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas con dificultad para desempeñarse laboralmente y socialmente.

Episodio Depresivo Moderado. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas, deben estar presentes al menos tres síntomas del episodio depresivo leve. Es probable que sean de grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes.

Episodio Depresivo Grave. La persona suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. El riesgo de suicidio es importante en casos graves y los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante el episodio. Están presentes los síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado; además por lo menos cuatro de los demás síntomas con mayor intensidad, es probable que no continúen con su

actividad laboral, social o doméstica. Tiene una duración de por lo menos dos semanas.

2.3.2 Epidemiología de la Depresión

La epidemiología en la depresión nos permite conocer su importancia en la población peruana, por su alta morbilidad y prevalencia, y por la existencia de tratamientos efectivos. La dificultad para reconocer los síntomas de la depresión es un problema frecuente y mundialmente compartido. Sólo la depresión mayor (depresión monopolar, depresión endógena, melancolía) comprende 880.000 mujeres (4%) y 440.000 hombres (2%) de la población peruana. Las depresiones son más frecuentes en el sexo femenino esto ha sido atribuido a transmisión genética, fisiología endocrina y a las desventajas psicológicas del papel femenino en nuestra sociedad. En Lima 46 Metropolitana es de 18,2%, en la sierra peruana de 16,2% y en la Selva de 21,4%.

2.4 ¿Qué es depresión infantil?

Según Bahls (2002), la depresión infantil se presenta como un trastorno de humor muy común entre niños. Varios autores presentan alertas sobre el fenómeno depresivo en niños y adolescentes, ocurriendo cada vez a más temprana edad.

Lee, Curatolo y Friedrich (2000) sostienen que en general la mayoría de las personas presentan pensamiento erróneo de que la infancia es un periodo feliz, libre de preocupaciones o de responsabilidades, las investigaciones demuestran que niños también sufren depresión, que se sienten tristes en función de pérdidas, presentan también manifestaciones de ira como resultado de sus frustraciones. Para caracterizarse como depresión, esos sentimientos dependen de la intensidad, de la persistencia además de la presencia de otros síntomas simultáneos.

Durante muchos años se ha negado la existencia de la depresión infantil como cuadro clínico, no fue hasta el año 1977 que empezó a reconocérsele como patología a partir de la publicación de las actas del Congreso Nacional del Institute of Mental Health - NIMH. Desde entonces, diversos estudios han determinado como sus causas a un ambiente familiar disfuncional o la exposición a eventos estresantes con alteraciones significativas del comportamiento, lo que hace que sea muy complejo su diagnóstico, es decir, la conducta de un niño puede ir desde no querer ir al colegio, simular estar enfermo, no querer separarse de sus padres, hasta mostrarse con frecuencia malhumorado y sentirse incomprendido. Los referidos cambios de conducta son señales de que algo está sucediendo en el interior del niño. En general, la depresión infantil tiene un modo de manifestación polimorfo.

Desde el punto de vista biológico, esta patología puede considerarse como una disfunción de neurotransmisores originada por herencia genética, anormalidad y/o fallas en áreas específicas del cerebro. Desde el punto de vista psicológico dicha depresión puede relacionarse con algunos aspectos propios de la personalidad del niño, como lo son la falta de confianza y baja autoestima. Desde un punto de vista social, puede originarse por una incapacidad de adaptación social, ya sea de origen cultural, familiar o escolar, todo según lo señalado por Barreto (1993).

2.4.1 Epidemiología

Estudios clínicos y epidemiológicos reportan una mayor prevalencia en adolescentes mujeres que en varones. La presencia de sintomatología depresiva elevada en adolescentes está asociada con morbilidad significativa, incluyendo abuso de sustancias psicoactivas.

En la actualidad el número de niños y adolescentes que sufren de depresión continúa creciendo. La depresión como trastorno de estado de ánimo, según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2003, aparece como “la principal causa de discapacidad”. Se pronostica que para el año 2020, este trastorno ocupará el segundo lugar entre los trastornos mentales y físicos. Los trastornos depresivos son de las principales causas de morbilidad y mortalidad en edades tempranas de la vida, con una prevalencia entre el 2% y el 5%, y en la adolescencia, entre el 4% y el 8%, con una prevalencia del 25% al final de la adolescencia.

Los trastornos depresivos tienen una prevalencia igual en niños y niñas, que cambia en la adolescencia a razón de 2:1 en favor de las mujeres. Los trastornos del ánimo siguen siendo los predictores más altos de suicidio en adolescentes y, cuanto más temprano se instala el trastorno depresivo, mayor es el riesgo de suicidio y de intentos de suicidio.

2.4.2 Comorbilidad

Los estudios de la psicopatología infantil han mostrado que la comorbilidad es una regla más que una excepción ya que entre el 40-90% de los pacientes presenta otro trastorno psicológico y al menos 20-50% tienen dos o más diagnósticos comórbidos.

Los trastornos comórbidos más frecuentes con la depresión son: La ansiedad, por ejemplo, la ansiedad por separación, aunque también se relaciona con conducta antisocial; en adolescentes, el abuso de tóxicos, los trastornos de conducta, la fobia social y los trastornos de ansiedad.

2.4.3 Síntomas de la depresión infantil

Los estados leves de apatía, el desgano ante algunos acontecimientos como el término de las vacaciones, el aburrimiento por no encontrar nada que hacer, son normales, a lo que muchos adolescentes y ahora niños comentan “estoy deprimido”. Sin embargo, la depresión como trastorno es diferente, pues tiene que cumplir con cinco o más de los síntomas que presenta la Asociación Americana de Psiquiatría, APA (1995), que son:

- Estado de ánimo irritable o triste.
- Perdida de interés o placer en las actividades.
- Perdida o aumento de apetito/peso o fracaso en lograr la ganancia de peso esperada.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimiento de inutilidad o de culpa.
- Disminución de la capacidad para pensar/concentrarse o indecisión.
- Pensamiento de muerte o ideas, planes, intentos de suicidio.

Incluyendo uno de los dos primeros que son los más característicos, y su duración es de dos semanas mínimo, el niño sufre intenso malestar y se resienten sus relaciones con sus amigos, su rendimiento académico y otras áreas importantes de su vida.

Francisco Xavier Méndez en su libro “El Niño que no Sonríe” (2011), hace mención a la depresión agitada, caracterizada por un aumento en la actividad psicomotora, en la que es difícil lograr que el menor permanezca sentado

tranquilamente, característica que es distinta al trastorno de hiperactividad, este último está unido con la impulsividad y falta de atención. Por otro lado, presenta la depresión enlentecida, en la que el niño piensa, habla y se mueve en cámara lenta, conversar se torna una tarea ardua, con frecuencia siente que se le agota la batería, tiene que hacer un gran esfuerzo para realizar acciones cotidianas como vestirse o comer.

El autoconcepto y autoestima del niño están afectados, considera que no vale para nada, y si es reforzado por una mala nota en el colegio afirma con mayor certeza su creencia. Se queja de tener mala memoria, problemas para pensar, atender y se le dificulta tomar decisiones. La última característica son los pensamientos de muerte y de suicidio, siendo este el motivo del porque la depresión infantil ocupa primeras planas en los medios de comunicación.

2.4.4 Evolución de la depresión con la edad

Aunque la depresión de un niño y la de un adolescente forman parte de un mismo trastorno, los cambios biológicos, psicológicos y sociales que ocurren con la edad explican que la depresión tiene variaciones en función a las etapas de desarrollo infantil. En términos generales, durante la infancia predominan las reacciones psicofisiológicas y motoras como irritabilidad, rabietas, llanto o problemas de control de esfínteres, mientras que en la adolescencia adquieren relevancia respuestas cognitivas como el disgusto por la imagen corporal, visión pesimista del futuro o ideas catastróficas.

Los acontecimientos desencadenantes y las repercusiones negativas difieren también según la etapa del desarrollo. En la primera infancia el contexto familiar

posee mayor peso. Gradualmente, la escuela adquiere relevancia. Para el joven son las relaciones con sus pares y el otro sexo.

La depresión infantil según grupos de edad.

		Niños pequeños Menores de 6 años	Niños mayores Mayores de 6 años	Adolescentes 13 – 18 años
Características	Humor	Irritabilidad, rabietas, conducta destructiva. Variabilidad Tristeza	Tristeza	Tristeza Variabilidad Irritabilidad: mal humor, ira, rebeldía.
	Intereses	Menos juego con amigos	Aburrimiento	Pasotismo
	Alimentación	Rarezas: aprensión Problema con comidas Pérdida de apetito No ganancia de peso Pérdida de peso Engullir		Pérdida de apetito Ganancia de peso lenta Pérdida de peso Comer en exceso Obesidad
	Sueño	Pesadillas Terrores nocturnos Resistencia a irse a la cama Insomnio intermedio		Insomnio Hipersomnia
	Movimientos	Menos actividad física: correr, trepar, montar en bicicleta	Hipomotilidad Agitación	
	Energía			Cansancio Fatiga Falta de energía
	Autoestima Preocupaciones Sentimientos	“tonto” Preocupación por el castigo Preocupación por el fracaso	Baja autoestima Autodesprecio Autoagresividad Autocritico Sentimiento de culpa	Preocupación por imagen corporal Baja autoestima Autodesprecio
	Déficits cognitivos		Problemas atencionales	Menos pensamiento abstracto Indecisión
	Muerte/suicidio	Autoagresiones: cabezazos, arañazos, tragarse objetos Mayor riesgo de lesiones	Ideas, planes, intentos de suicidio	Ideas, planes, intentos de suicidio Suicidios violentos

Figura 1. Recuperado de El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil. Francisco Xavier Méndez (2011), p. 42.

Dificultades en diferentes áreas consecuencia de la depresión infantil

		Niños pequeños Menores de 6 años	Niños mayores Mayores de 6 años	Adolescentes 13 – 18 años
Rpercusiones negativas	Salud	Control de esfínteres; dolores de cabeza; dolores de estómago; asma; dermatitis; alergias	Enuresis; encopresis	Dolores de cabeza; dolores de estómago.
	Social	Aislamiento Agresividad	Aislamiento Agresividad	Conducta antisocial: robos, peleas, infracciones, etc Consumo de alcohol, marihuana, anfetaminas, somníferos. Aislamiento
	Escolar	Rechazo escolar: fobia escolar, ansiedad de separación. Dificultad en aprendizajes escolares: prelectura, preescritura, dibujo, lenguaje.	Desmotivación. Miedo al fracaso escolar Disminución del rendimiento Conducta disruptiva en el aula	Despreocupación Disminución del rendimiento Conducta perturbadora en el aula Novillos Desinterés vocacional
	Sexual			Desinterés sexual Promiscuidad: embarazos, enfermedades transmisión sexual. Retraso pubertad Dismenorrea

Figura 2. Recuperado de El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil. Francisco Xavier Méndez (2011), p. 45.

2.4.5 Clases de la depresión infantil

Existen diversas clases de depresión en la infancia dependiendo de los criterios de clasificación empleados.

- Según su naturaleza: Primaria, si es el trastorno principal que presenta el niño, o secundaria, cuando es consecuencia de ciertas enfermedades o problemas psicológicos.
- Según su complejidad: Es unipolar, depresión propiamente dicha, o bipolar, alternancia de fases de depresión y fases de manía o ánimo anormalmente eufórico, presenta altibajos en su estado afectivo.
- Según su severidad: Depresión mayor, que cumple los requisitos del trastorno, y distimia, o estado de ánimo depresivo persistente pero menos grave, ya que no reúne los criterios de diagnóstico exigidos.
- Según su origen: Es endógena si la causa desencadenante es interna como alteraciones bioquímicas. Es exógena si la causa es un acontecimiento negativo.

2.4.6 Causas de la depresión infantil

Existen diversas características que están asociadas con la aparición, la duración y la recurrencia de trastornos depresivos en la infancia y la adolescencia. No existen causas únicas claramente definidas para la depresión infantil, pues se han descrito múltiples causas divididas en factores genéticos, factores ambientales, eventos vitales y las características propias del niño.

Los factores genéticos son los que poseen mayor cantidad de estudios, aunque no se ha logrado determinar con claridad la asociación con un gen o grupo de genes en especial; sin embargo, se ha podido observar que los hijos de padres depresivos son tres veces más propensos a experimentar depresión. Del 20% al

50% de los jóvenes que presentan el trastorno durante la infancia o adolescencia tiene una historia familiar de depresión u otro trastorno (o desorden) mental; en cuanto a los niños que desarrollan la enfermedad, es más común que uno de los padres también haya padecido depresión en edades tempranas.

En cuanto a los factores ambientales asociados con la depresión en niños y adolescentes, están el abandono, el abuso sexual, los divorcios, las pérdidas afectivas, la muerte de una persona cercana y los desastres naturales.

También eventos vitales como los duelos, las enfermedades médicas crónicas, los factores socioeconómicos, la pertenencia a grupos marginales o cualquier otro que el niño o adolescente interprete como traumático.

Las características propias del niño que hay que observar son los elevados niveles de ansiedad, la baja autoestima, las distorsiones cognitivas, el pobre desempeño escolar y las deficiencias en sus habilidades sociales, que también pueden contribuir al desarrollo de depresión.

2.4.7 Teorías psicológicas para la depresión infantil

Modelo socio ambiental:

Sostiene que el ambiente influye decisivamente en el estado de ánimo, la relación negativa con el ambiente causa tristeza y depresión, las peleas familiares, fracasos académicos, marginación social. Las experiencias personales, familiares, escolares o sociales son poco gratificantes para algunos niños, no son felices porque vivencian pocos momentos positivos y muchos negativos.

Peter M. Lewinsohn (1974), sostiene que la depresión se debe principalmente a una tasa de reforzamiento positivo baja, que puede explicarse por estas razones:

- El ambiente dispone de escasos reforzadores.
- Las habilidades del niño para obtener reforzadores son deficitarias.
- Los eventos potencialmente reforzantes no son muy numerosos, intensos o variados.

La depresión aparece también por una tasa de estimulación aversiva y de castigo alta. Los niños en ambientes muy problemáticos, con insuficientes habilidades para enfrentarse a situaciones desagradables y con elevada sensibilidad ante acontecimientos negativos se sienten desdichados. Climas familiares problemáticos, conflictos conyugales, malos tratos, abusos sexuales, rechazo social, constituyen entornos y experiencias aversivas lo que acentúa la vulnerabilidad infantil para la depresión.

Niveles bajos de reforzamiento positivo y altos de estimulación aversiva o castigo explican la depresión. A más sucesos negativos y menos hechos positivos, más sufrimiento y tristeza, menos felicidad y alegría. No obstante, la depresión se desencadena frecuentemente coincidiendo con cambios bruscos, la muerte de un amigo, la separación de los padres, etc., esto según Fester (1973).

Modelo de indefensión aprendida

Según los estudios de Seligman (1975), la indefensión se refiere a la sensación subjetiva de no poder hacer nada frente a un problema, situación o estímulo desagradable; y a pesar de que sí existan oportunidades reales de cambiar la situación aversiva, evitando las circunstancias desagradables o mediante la obtención de recompensas positivas, la persona no realiza ninguna conducta para buscar evitar el estímulo aversivo u obtener el refuerzo.

Normalmente esto es debido a experiencias previas en las que no se pudo controlar o actuar sobre la situación, entonces se "aprende" que no puede hacerse

nada, y aunque en el futuro la situación o condiciones cambien, y sí haya oportunidades de actuar, o tengamos capacidad para intervenir o cambiar las cosas, nuestra creencia de no poder hacer nada nos mantiene inmóviles.

Muchas veces la indefensión es debida incluso a valoraciones negativas que hemos interiorizado a lo largo de nuestro desarrollo: "no eres buen estudiante", "eres malo en los deportes", "nunca acabas lo que empiezas", nos creemos estas valoraciones negativas sobre nosotros mismos, y no nos ponemos en marcha, aunque tengamos la capacidad.

Para que se desencadene la depresión es necesario que el sujeto prediga que carece de control sobre la situación, que genere expectativas de incontrolabilidad. Las expectativas de falta de control producen déficits característicos de la depresión, desesperanza, desmotivación, dificultad para nuevos aprendizajes adaptativos.

Modelo cognitivo

La base de la depresión radica en la forma distorsionada de pensar de algunas personas que incluso transforman los acontecimientos positivos en negativos. Los sentimientos de tristeza dependen, más que de los sucesos en sí, de la interpretación que se hace de ellos.

Para Beck, Rush, Show y Emery (1983), las vivencias personales del niño cuando es pequeño determinan el desarrollo de su manera de pensar característica, que explica el significado idiosincrático que poseen las situaciones concretas para cada individuo. La persona que desarrolla una depresión sufrió durante su primera infancia experiencias tempranas negativas, que originaron pautas de pensamiento erróneas o esquemas cognitivos inadecuados. Así, el padecimiento de un defecto físico o de una enfermedad

grave puede generar la idea de que vivir es sinónimo de sufrir. Posteriormente, cuando ocurren circunstancias similares los esquemas se activan y aparece la TRIADA COGNITIVA de la depresión, consiste en la visión negativa de uno mismo del mundo y del futuro, que causa los síntomas de la depresión.

Las personas deprimidas aceptan la validez de sus pensamientos negativos, que persisten a pesar de datos objetivos que los contradicen, porque sistemáticamente incurren en errores lógicos.

Modelo de autocontrol

La depresión se debe a deficiencias en el proceso de autocontrol. El desarrollo conlleva menor dependencia del entorno, personas y ambiente físico y mayor autonomía. El centro de gravedad se desplaza desde variables externas, control externo, a variables internas, autocontrol.

Rehm (1977), creador de este modelo, distingue tres fases en el proceso de autocontrol:

- Autobservación: El niño observa su conducta, los antecedentes y las consecuencias de la misma.
- Autoevaluación: Compara las autoobservaciones efectuadas con criterios que se marca, atribuyendo su éxito o fracaso a diferentes causas externas o internas.
- Autoreforzamiento / autocastigo: Si la valoración es positiva se felicita y se premia, si la valoración es negativa se critica y se castiga.

El niño deprimido comete varios fallos en el proceso de autocontrol.

- Atención preferente a los sucesos negativos que a los positivos.

- Atención preferente a las consecuencias inmediatas. Considera más los efectos a corto que a largo plazo. Si no consigue enseguida lo que desea desiste en la tarea.
- Metas poco realistas: Establece metas de difícil alcance. Es muy riguroso para valorar positivamente su conducta y muy proclive a juzgarla como fracaso.
- Atribuciones erróneas: Atribuye sus éxitos a causas externas, específicas e inestables, sus fracasos a causas internas, globales y estables. Se culpa de sus fracasos y no se adjudica el mérito de sus éxitos.
- Autorreforzamiento deficitario: Se proporciona pocos reforzadores, puesto que infravalora la importancia de sus logros.
- Autocastigo excesivo: Se administra castigos frecuentemente, ya que sobreestima la gravedad de sus errores.

2.4.8 Tratamiento

La guía de la *American Academy of Children and Adolescent Psychiatry* (AACAP) en los Estados Unidos recomienda diferentes intervenciones según la gravedad de la sintomatología. En depresión leve, dar terapia de apoyo con vigilancia de la respuesta durante las primeras 6-8 semanas. En depresión moderada, iniciar terapia cognitivo-conductual y/o un antidepresivo. Y en depresión severa, recomienda antidepresivo inicialmente siempre asociado con algún tipo de psicoterapia. La guía de la *National Collaborating Centre for Mental Health* (NCCMH) del Reino Unido recomienda psicoterapia como

primera línea en cualquier tipo de gravedad de la depresión durante 12 semanas, y luego poder evaluar, si no hay respuesta, la necesidad de un antidepresivo.

A continuación, se describe cada enfoque de tratamiento.

Psicoeducación

Es muy importante explicarles a los encargados del niño acerca de la depresión infantil y la aceptación de los padres o cuidador ante este diagnóstico. Deben reconocerse cuáles serían los factores protectores a esta condición, pues reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación.

La psicoeducación también pretende sensibilizar a la familia para reconocer signos y síntomas, riesgos de recaída, dificultades en el funcionamiento académico y las acciones de los medicamentos.

Programas de educación emocional

Enseñar al niño que:

- Existen distintas emociones. Unas, como la alegría son positivas, otras, como la ansiedad, desagradables.
- Diferentes situaciones provocan diferentes emociones.
- La intensidad de la emoción varía dependiendo de la situación.

Programas de actividades agradables

Una vez que el niño sabe identificar y evaluar la intensidad de sus emociones, el siguiente paso es que comprenda la relación de su comportamiento con sus sentimientos, con el fin de reemplazar sus conductas generadoras de tristeza e

ineptitud por otras, como el juego o las relaciones sociales, que conllevan placer y mejoran su estado de ánimo.

Programas de reestructuración cognitiva

La Reestructuración Cognitiva consiste en que el paciente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional o conductual causada por los primeros. En la Reestructuración Cognitiva, los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos, Clark (1989).

La Reestructuración Cognitiva basa su intervención en que las cogniciones juegan un papel importante en la explicación del comportamiento humano en general y de las alteraciones emocionales en particular. No son los acontecimientos los responsables de las reacciones emocionales y conductuales, sino las expectativas e interpretaciones de dichos acontecimientos y las creencias relacionadas con los mismos.

La Reestructuración Cognitiva es utilizada principalmente para identificar y corregir los patrones de pensamiento negativo.

La técnica consiste en la discusión de los pensamientos automáticos negativos que se producen en situaciones que provocan perturbación emocional (por

ejemplo, “Crean que soy aburrido”) y su sustitución por creencias o pensamientos más racionales (como “No puedo leer la mente de otras personas, probablemente están cansados ahora”). A medida que los pensamientos son enfrentados y puestos en duda, su capacidad para perturbación emocional se debilita.

Psicofármacos

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Los inhibidores de la recaptación de serotonina constituyen actualmente el tratamiento farmacológico de elección en la depresión de niños y adolescentes, tanto por su eficacia como por sus escasos efectos adversos y su seguridad. El más extensamente estudiado es la fluoxetina, el primero que fue aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA) para el tratamiento de la depresión infantil, en niños a partir de los 8 años de edad. Otros más frecuentemente utilizados en esta población son: fluvoxamina, sertralina y escitalopram. A pesar de que algunos ensayos clínicos han obtenido respuestas prometedoras con la paroxetina, este ISRS es el que más resultados negativos ha obtenido en estudios de eficacia en esta población, motivo por el que no se recomienda su utilización actualmente. Todos los ISRS comparten un perfil similar de efectos secundarios, que incluyen molestias gastrointestinales (que suelen desaparecer después de los primeros días de administración), alteraciones del sueño, fundamentalmente insomnio, aunque algunos pueden dar lugar a la aparición de somnolencia, diaforesis, cefalea, acatisia, disfunción sexual, inquietud, manía e hipomanía.

2.5 ¿Qué es la terapia cognitivo conductual?

La terapia cognitivo conductual (TCC) hace referencia a las terapias relacionadas con intervenciones conductuales (busca disminuir conductas disfuncionales, cambiando el comportamiento), también busca intervenir en lo cognitivo (intentando disminuir las conductas y emociones disfuncionales, cambiando el pensamiento del individuo), Lega, Caballo y Ellis (1997).

La meta o el objetivo de esta terapia radica en ayudar a los pacientes a descubrir su pensamiento disfuncional e irracional, comprobar su pensamiento y su conducta y construir técnicas más funcionales y adaptativas de responder a dichas situaciones. el foco de atención del terapeuta se centra en la reestructuración del pensamiento más no en su reformulación ofreciendo un modelo de afrontamiento por eso el objetivo de esta terapia, consiste en ayudar al paciente a desarrollar mejores estrategias de afrontamiento logrando mejores formas de adaptación y un trabajo más satisfactorio, la idea fundamental es que el paciente logré su recuperación por él mismo haciéndose consciente de sus propios actos, de su sentimiento, y del efecto de ambos en su conducta. Por ello la primera tarea es hacer consciente lo inconsciente.

Lega y colaboradores (1997) avalan que las terapias cognitivo conductual presenta lo siguiente:

- Los individuos son la respuesta de las representaciones cognitivas de los sucesos ambientales, y no de acontecimientos personales.
- El aprendizaje está regulado cognitivamente.
- Los pensamientos tienden afectar las emociones y a la conducta.

La terapia cognitiva tiene objeto de interés y preocupación en los problemas " aquí y ahora", casi no presta atención a la época de la infancia sólo recurre a la historia de

la infancia temprana para recoger hechos puntuales y para clarificar ideas, por esa razón el objeto de estudio de la terapia cognitiva propuesta por Beck es investigar los sentimientos y pensamientos del paciente durante la sesión terapéutica y entre las sesiones, obviando el factor inconsciente, y centrándose activamente con el paciente en sus experiencias psicológicas y en la elaboración de actividades y tareas puntuales para desarrollar en casa.

2.5.1 Distintas terapias cognitivas conductuales

Ruiz (2012) estima tres clases de terapia cognitivo conductual:

- Reestructuración cognitiva: Hace referencia a los problemas que son consecuencia de pensamientos des adaptativos y sus intervenciones se modifica los patrones de pensamientos adaptativos.
- Manejo de situaciones en la terapia: Trata de desarrollar un repertorio de habilidades, para orientar a los pacientes a enfrentar situaciones estresantes y conflictivas.
- La importancia de la terapia: Es el trabajo mutuo de paciente y terapeuta para desarrollar estrategias para sus problemas personales para la mejora de su desarrollo personal.

2.5.2 Conceptos fundamentales de la terapia cognitiva

La terapia cognitiva no presenta un consenso en relación a su base teórica, siendo complicado definir una línea central de cómo realizar esta terapia. Existen lineamientos básicos, en algunos puede cambiar conceptos o términos, aunque se trate del mismo proceso. A continuación, se explicará conceptos fundamentales para una mejor comprensión.

Estructuras, procesos y resultados cognitivos

Según Camacho (2003) son estructuras cognitivas que pueden relacionarse con los esquemas, siendo estos, los resultados cognitivos que tienen relación con las creencias, que es el resultado del proceso entre los esquemas y la realidad, dichas creencias tienden a influir en el mismo proceso.

Esquemas

Caballo (2007) explica que son estructuras cognitivas que se emplea para realizar etiquetas, interpretaciones, evaluar y asignar significados a objetos y acontecimientos. También ayuda al individuo a orientarse hacia la situación, recordar detalles importantes.

Creencias

Camacho (2003) explica que es todo aquello en lo que una persona cree, son mapas internos que permite dar sentido al mundo, todo ello se construye a través de la experiencia y presenta diferentes tipos:

- Creencias nucleares: Constituyen el self de la persona, ya que son difíciles de cambiar, estos dan sentido de identidad y son idiosincráticas. Constituyen el núcleo de lo que nosotros somos, nuestros valores, nuestras creencias más firmes e incombustibles, justamente por eso es que nos dan estabilidad y nos permiten saber quiénes somos. Si las creencias nucleares son puestas en duda se genera una sensación profunda de inestabilidad y angustia, porque todo lo conocido pasa a ser cuestionado.
- Creencias periféricas: Se relacionan con aspectos más secundarios, son más fáciles de cambiar y tienen una menor relevancia que las creencias nucleares. Son más satelitales y no involucran a los aspectos centrales de la personalidad, por lo tanto, pueden modificarse con más facilidad.

Pensamientos automáticos

Las cogniciones superficiales (o “pensamientos automáticos”), son pensamientos relativamente inestables, transitorios y específicos a la situación que surgen rápida y automáticamente, y parecen ser un hábito o reflejos por lo que se aceptan sin crítica pareciendo perfectamente plausibles no dándose cuenta del pensamiento fugaz, aunque puede darse cuenta claramente de la emoción que provoca siendo así relativamente inaccesibles a la introspección, pero, por medio de la introspección y el autoinforme estos se vuelven comprensibles. Representan las conclusiones obtenidas por la persona basándose en las reglas del procesamiento de la información a las que siguen (Caballo, Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos, 2007).

En general se dice que el pensamiento se relaciona con el fluir de la conciencia y que tiene tres elementos (Martin Camacho, 2003):

- La direccionalidad: Hacia donde está dirigido dicho pensamiento.
- El curso: Velocidad del pensamiento.
- El contenido: Es lo que se piensa concretamente.

La Psicoterapia Cognitiva trabaja con esos diálogos internos que todos tenemos, gran parte de nuestra vida la pasamos hablándonos a nosotros mismos que al repetirlo tantas veces los mismos contenidos, terminamos creyendo con un nivel muy alto de certeza, lo que ellos afirman, sin someterlos a un juicio crítico.

La Tríada Cognitiva

De lo expuesto por Ruiz (2012) se pudo definir la triada de la siguiente manera:

- Visión negativa de sí mismo: Se considera un inútil, un perdedor, se ve desgraciado, torpe, enfermo, tiende a subestimarse constantemente. Piensa que le faltan las cualidades o atributos que lo harían ser feliz, alegre o bueno.
- Visión negativa de sus experiencias: Considera las relaciones con el medio en términos de derrotas o frustraciones, tiende a sentir que no puede enfrentar las exigencias de la vida. Cada pequeña actividad se transforma en un esfuerzo terrible, tienden a ver los obstáculos y problemas constantemente.
- Visión negativa del futuro: tiende a ver el porvenir como negro, sólo vendrán cosas peores, les cuesta mucho proyectarse con un sentido realista u optimista.

Las Distorsiones Cognitivas

Llamados también errores en el procesamiento de la información. Caro (2009) explica que serían errores sistemáticos en el pensamiento de un paciente que mantienen sus conexiones a pesar de la evidencia en contra, que se realizan de forma sistemática y que tienen como consecuencia un sesgo hacia nosotros mismos, las cuales aparecen en ideas que son relevantes para el problema específico del paciente. De esta manera se podrían definir como una cognición que persiste frente a la firme evidencia de lo contrario que conducen a que los individuos saquen conclusiones erróneas, aunque la percepción que hagan de una situación sea la correcta.

Las distorsiones cognitivas serían las siguientes:

- Inferencia arbitraria: Se refiere al proceso de extraer una conclusión específica en ausencia de evidencia que apoye la conclusión o cuando la evidencia es contraria a la conclusión. Por ejemplo, cuando un paciente dice, sin contexto y sin evidencia, “nadie me quiere”.
- Abstracción selectiva: Consiste en centrarse en un detalle extraído de un contexto, ignorando otras características más destacadas de la situación y conceptualizando la experiencia global en base a ese fragmento. Por ejemplo, cuando un paciente ve como un conocido pasa a su lado y no lo saluda y piensa “no me aprecia”, sin darse cuenta que iba deprisa y no ha mirado hacia él.
- Sobregeneralización: Se refiere al patrón de extraer una regla general o conclusión sobre la base de uno o más incidentes aislados y aplicar ese concepto a lo largo de un amplio marco de situaciones, relacionadas o no. Fundamentalmente, está relacionada con la habilidad, ejecución, o valor que cree poseer un paciente. Por ejemplo, cuando un paciente discute con varias personas y piensa: “nadie me quiere, ni me va a querer, puesto que no tengo valor, ni puedo gustar a nadie”.
- Magnificación y minimización: Serían errores en la valoración de la realidad y reflejan errores al evaluar la significación o la magnitud de un hecho, tan graves como para constituir una distorsión. Por ejemplo, asumir que es horrible haber discutido con diversas personas (magnificar), y no darle importancia a llevarse bien con otras muchas (minimizar).

- Personalización: Se refiere a la tendencia del sujeto a aplicarse hechos externos, mientras que no existe una base para hacer tal conexión. Por ejemplo, pensar que uno es culpable de las discusiones que se han tenido.
- Pensamiento absolutista, dicotómico: Se manifiesta en una tendencia a situar todas las experiencias en una o dos categorías opuestas. Al describirse, el paciente utiliza una categorización negativa extrema, asumiendo una responsabilidad excesiva. Por ejemplo, pensar que “o te quiere todo el mundo, o eres un fracasado”.
- Evaluaciones incorrectas: En relación a peligro vs. seguridad, que implican un daño físico y psicosocial. Por ejemplo, anticipar que la gente nos va a abandonar.
- Actitudes disfuncionales sobre el placer vs el dolor: Reflejan las creencias de algunos individuos sobre los requisitos para una verdadera felicidad o tener éxito. Por ejemplo, pensar que sólo puedes ser feliz si te quieren y te aprecian los demás.

Por ello para trabajar las técnicas cognitivas ayuda al paciente a superar sus distintos problemas y que se sientan comprendidos mucho más rápidamente tanto intelectualmente como emocionalmente, por lo cual Gabalda (2017), menciona; el índice de deserción es mucho menos que de las terapias comunes.

2.5.3 Psicoterapia cognitiva y su relación con la depresión

La psicoterapia cognitiva es empleada generalmente para el manejo de la depresión, del estado afectivo como componente de la depresión y todo lo que es el proceso depresivo. Los pensamientos negativos tienen una característica

fundamental y son taquigráficos, es decir en este momento una persona puede estar generando pensamientos negativos en torno al ambiente, a la puntualidad de su cita, a muchos otros pensamientos, lo que pasa es que el pensamiento negativo a veces el paciente o uno mismo no lo capta como pensamiento, sino como respuesta emocional. Por eso una persona puede estar muy tranquilo muy feliz compartiendo y de repente su afecto cambia y le dicen que te pasa. Notamos en ese momento que surgió un pensamiento negativo, pero fue tan rápido que lo único que se quedó en el sujeto fue la emoción. Acerca de los síntomas de la depresión se mantiene la máxima de Albert Ellis y se basa en el principio del filósofo griego epicteto, “no son los hechos en sí que me perturban, sino los pensamientos que de ellos me formó”, Ellis (1979), entonces las personas caen en sus pensamientos; no eres tú soy yo, no fue que me dejaste, lo que yo interpreto de porque tú me dejaste, y es que si soy vulnerable a cualquier trastorno en este caso de depresión voy a desarrollar un trastorno depresivo, etc. Por eso parte de la terapia cognitiva consiste en la psicoeducación acerca de la naturaleza de la terapia, no son los hechos en sí que perturban, pero si los pensamientos que uno se forma. Para ello se parte de la idea que nosotros como seres humanos somos instrumentos de cambio, somos constructores activos de nuestra realidad, y por eso es que nosotros podemos cambiar, si no son los demás soy yo, entonces tengo que trabajar, entonces el cambio amerita esfuerzo y perseverancia que es parte del objetivo fundamental de la psicoterapia cognitiva. La terapia cognitiva es didáctica, donde el terapeuta es el maestro que enseña al paciente a hacer una observación, a registrar sus actividades, a explicarle porque lo que antes le motivaba al paciente ahora no le motiva, y luego programar actividades alternativas y como en una escuelita empezar con la asignación de

tareas graduales para la casa, al paciente se le enseña de llevar solo sus propios registros y además a su propio récord guía que se discutirán en todas las sesiones en los primeros 15 minutos de terapia, incluyendo instrucciones para la observación y registro de actividades desde lo que la hace, a qué hora se levanta, como, cuántos días a la semana, entonces para poder identificar y examinar las actividades diarias de paciente y cuáles conductas lo hacen sentir deprimido Gabalda (2017).

2.5.4 Tratamiento cognitivo-conductual y depresión en niños

La realización de actividades agradables en el que se anima al paciente a practicar actividades que le susciten emociones positivas contribuye a la superación del estado de apatía y de desolación. Instruir en habilidades sociales ayuda a vencer el aislamiento y promueve el bienestar físico. La reestructuración cognitiva estimula al niño a aprender a identificar, cuestionar y sustituir pensamientos negativos por unos más realistas y saludables. La distracción permite desviar la atención de la sensación de fatiga, orientándola hacia otros estímulos, como la lectura, el juego y la música. Así mismo, se da instrucciones al niño de planificar el tiempo para la práctica de actividades placenteras, y así lograr conservar y potencializar sus fortalezas y reducir el cansancio. Además, induce cambios de actitud en cuanto al seguimiento de conductas saludables (Méndez *et al.*, 2004).

Méndez (1998), describe que los programas de educación emocional, de actividades agradables y de reestructuración cognitiva son fundamentales para tratar la depresión infantil. Mediante la educación emocional se pretende enseñar al niño a detectar sus emociones, evaluar su intensidad e identificar las situaciones que las desencadenan. Para superar su estado de apatía y desolación

conviene animarle a realizar actividades placenteras que le susciten emociones positivas, enseñarle habilidades sociales para vencer la soledad y promover su bienestar físico procurando que siga pautas saludables de alimentación y sueño. A través de la reestructuración cognitiva debe aprender a identificar, cuestionar y sustituir sus pensamientos negativos por patrones de pensamiento más realistas, saludables y productivos (Méndez *et al.*, 2004).

Según Bunge, Gomar y Mandil (2009), el objetivo de la terapia se centra en que se flexibilicen los modos patológicos del procesamiento de la información, ya que no padecemos por las situaciones en sí, sino por las interpretaciones rígidas que hacemos de ellas, es por ello que el presente programa intenta corregir pensamientos, emociones y conductas erróneas, ya que la situación de permanencia en la casa hogar por la que pasan las niñas, no puede ser cambiada.

Para el programa se basó en las siguientes técnicas:

Entrenamiento en el reconocimiento de las emociones

Muchos niños no diferencian emociones como tristeza, aburrimiento o enojo. Por ello uno de los primeros pasos será poder diferenciar y nombrar estas emociones para luego ocuparse de otros aspectos. El uso de caritas dibujadas con acertijos referidos al tipo de expresión y su motivación resulta común a estos fines (Bunge *et al.*, 2009).

Identificación y monitoreo de los pensamientos automáticos

Estos son pensamientos que escapan a la voluntad del niño, que son extremadamente rápidos y poseen una estructura telegráfica. Es por eso que las personas usualmente no se detienen a cuestionarlos, sino los toman como certeros. Estos pensamientos dan lugar a las diversas interpretaciones que cada

uno realiza de las situaciones que le toca vivir e influyen en su estado anímico (Bunge *et al.*, 2009).

Reconocer la relación existente entre el pensamiento, la emoción y la conducta

Para que el niño participe activamente en las sesiones de grupo e incorpore la metodología colaborativa de trabajo, debe ser psicoeducado y entrenado en el reconocimiento de sus emociones y pensamientos. (Bunge *et al.*, 2009).

Reestructuración cognitiva

Como en la TCC con adultos, el paso siguiente a la identificación de pensamientos disfuncionales es su auto-cuestionamiento, promoviendo alternativas más flexibles y adaptativas. Con los niños y preadolescentes, es posible simplificar e incluir ilustraciones alusivas en los clásicos registros de pensamiento. Con niños más pequeños, se pueden utilizar marionetas caracterizando auto-verbalizaciones positivas ante situaciones estresantes, historietas con globos con textos psicoeducativos o vacíos, para que el paciente los llene y también el uso de títeres, realizar cambios de roles donde el niño caracteriza al personaje o a una situación temida, etc. (Bunge *et al.*, 2009).

Estrategias para el control de impulsos

Están orientadas al ejercicio de funciones ejecutivas poco desarrolladas: parar y pensar antes de actuar en situaciones conflictivas, resolver problemas buscando alternativas, etc. Estos ejercicios suelen vehiculizarse a través de juegos y desafíos que apuntan a despertar el interés y la motivación del niño para enfrentar el problema (Bunge *et al.*, 2009).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. Tipo, Diseño de Investigación

Según la metodología de investigación es cuantitativa y de acuerdo con Hernández Sampieri (2014) nuestra investigación es de tipo cuasi experimental, cuyo diseño es de Pre-Test y Post-Test con un solo grupo, es decir carece de grupo control, se determinó la eficacia del Programa cognitivo conductual (Variable independiente) en la depresión (Variable dependiente) en las niñas de una Casa Hogar de la ciudad de Arequipa (Hernández Sampieri 2014).

2. Población y Muestra / Sujetos/ Participantes

2.1 Población

La casa hogar está ubicado en Arequipa- Perú, actualmente está conformada por 30 niñas de diversas edades que oscilan entre los 4 a 18 años, niñas que han sido derivadas de los diversos juzgados de la ciudad. El perfil de atención es para niñas que han sufrido abusos físicos y/o sexuales, maltrato en su propia familia, niñas huérfanas, abandonadas y niñas en extrema pobreza. La institución cuenta con el apoyo de mucha gente generosa, se brinda enviarlas al colegio, alimentarlas, darles atención médica, psicológica y lograr su rápida recuperación, brindándoles de esta manera la oportunidad que creyeron perdida.

2.2 Muestra

Este trabajo de investigación se basó en una población elegida de 15 niñas de una casa hogar de la ciudad de Arequipa, el rango de edad se encuentra entre los 8 y 12 años, ya que el programa que se utilizó está diseñado para niños.

El tipo de muestreo es no probabilístico de tipo intencional ya que para este tipo de muestra se hace una selección de caso según un criterio específico que responde a ciertas características que se han preestablecido de acuerdo a los requerimientos de la investigación, que fue: niñas con depresión.

Criterios de inclusión

- Niñas que residen en la Casa Hogar.
- Niñas de 8 a 12 años de edad.
- Niñas con habilidades para la lectura y escritura.
- Niñas que deseen participar voluntariamente en el programa y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Niñas con discapacidad intelectual.
- Niñas que no estén en el intervalo de 8 a 12 años de edad.
- Niñas que hayan faltado 3 o más sesiones durante el programa.
- Niñas que no deseen participar en el programa.

3. Instrumentos y Técnicas

3.1 Entrevista Semiestructurada

Como parte de la recolección de datos, hicimos uso de la entrevista semiestructurada para permitir a las entrevistadas expresar sus emociones y pensamientos sin coartar su expresividad, y así conocer su historia personal, como su estado de ánimo actual.

Para lo cual diseñamos una entrevista semiestructurada (Anexo 1), para que nos sirva de guía.

Este primer paso nos sirvió para mejorar e implementar nuestro programa de intervención en base a técnicas cognitivo – conductuales.

3.2 Escala de Depresión para Niños (CDS- Children's Depression Scale)

Ficha Técnica

Nombre original : “Children’s Depression Scale”

Autores : M. Lang y M. Tisher.

Procedencia : Victoria, Australia.

Año : 1983

Población : Niños, niñas y adolescentes entre 8 y 16 años

Tiempo : Variable, entre 30 y 40 minutos

Aplicación : Individual y colectiva.

Material	: 66 tarjetas, manual, hoja de respuestas, plantilla de corrección y lápiz.
Finalidad	: Evaluación global y específica de la depresión en niños
Baremación	: Baremos en centiles y decatípos en una muestra general de niños españoles en centiles y puntuaciones típicas S en una muestra de 8º de EGB (2º de ESO).

Descripción de la Prueba

El cuestionario CDS contiene 66 ítems, de los cuales 48 corresponden al tipo depresivo y 18 de tipo positivo, ambos se mantienen separados para dividirse en dos subescalas generales independientes: **Total depresivo y total positivo.**

Dentro de cada una de esas dimensiones se agruparon sus elementos por el contenido de los mismos en varias sub escalas, que se describen a continuación.

Todas estas sub escalas especifican e interpretan una determinada puntuación total depresiva o positiva, pues los niños pueden manifestar la depresión de diferentes maneras.

El cuestionario consta de 5 tipos de respuesta:

- Muy de acuerdo ++
- De acuerdo +
- No estoy seguro +/-
- En desacuerdo -
- Muy en desacuerdo - -

Escalas.

Total Depresivo: con seis subescalas:

- **Respuesta Afectiva (RA):** Alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto.
- **Problemas Sociales (PS):** Se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.
- **Autoestima (AE):** Se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes en relación con la propia estima y valor.
- **Preocupación por la Muerte/Salud (PM):** Alude a los sueños y fantasías en relación con la enfermedad y muerte.
- **Sentimiento de Culpabilidad (SC):** Se refiere a la autopunción del niño
- **Depresivos Varios (DV):** Incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Total Positivo: con dos subescalas:

- **Ánimo -Alegria (AA):** Alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño/a, o a su incapacidad para experimentarlas
- **Positivos Varios (PV):** Incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Confiabilidad

Según Lang y Tisher (2003), obtuvieron resultados al aplicar la formulación de Kuder- Richardson (K-R 20) y los índices rxx encontrados fueron, respectivamente de .91 y .69, permitiendo concluir que el cuestionario de depresión para menores (CDS), refleja un buen nivel de estabilidad o consistencia interna. Teniendo en cuenta que se aplicó el Kuder-Richardson, debido a que las puntuaciones halladas en la aplicación del instrumento fueron extremas, es decir contestaron repuestas 5 y 1. Considerándose así,

en una posición comprendida entre el sí y el no o entre el acuerdo y desacuerdo. Por otro parte, en la adaptación realizada por Ortiz (2012), en el departamento de Trujillo Perú, la consistencia interna del Cuestionario de Depresión para niños (CDS), se obtuvo con el coeficiente de alfa de Cronbach de .932 para el cuestionario en general indicando una confiabilidad elevada de dicho instrumento.

Confiabilidad de consistencia interna

De acuerdo al análisis de confiabilidad realizada con el alfa de Cronbach, observamos que existe una alta confiabilidad de los datos recabados para todo el instrumento de 66 preguntas, ya que el alfa es de 0.933. Así mismo, realizando el análisis a nivel de sub escalas observamos que todos tienen puntuaciones por encima de 0.80 lo que indica una buena confiabilidad a nivel de sub escalas, a excepción de la sub escala PV que tiene un alfa de 0.547 indicativo de una confiabilidad moderada para dicha escala; por tanto, se puede proceder a desarrollar los objetivos teniendo la certeza que la data se ha recabado de forma correcta.

Validez

La validez de la prueba CDS, de los autores Lang y Tisher (2003), se realizó sacando una muestra de 193 niños, se pusieron en relación las variables del CDS con las escalas de personalidad del cuestionario EPQJ de Eysenck los índices de correlación, con los estadísticos básicos de la muestra en ambos instrumentos; en esta muestra los valores críticos de significación son de .142 y .187.

En cuanto a la validez de criterio convergente, se han relacionado las variables del cuestionario de depresión para niños, con las escalas de

personalidad EPQ-J de Eysenck. Dentro de los cuales se han incluido índices de correlación, con los estadísticos básicos (media y desviación típica) de la muestra en ambos instrumentos; en esta muestra los valores críticos de significación (al 5 y 1 por 100, respectivamente) son de .142 y .187. Poniendo a conocimiento que todos los aspectos depresivos, excepto el conjunto variado de elementos PV, se relaciona positivamente con el desequilibrio de la personalidad (escala N del EPQ-J).

Por otra parte, en la adaptación que fue realizada por Ortiz (2012), en el distrito de Trujillo se ejecutó con una muestra de 252 niños de 4°, 5° y 6° de primaria de la Institución Educativa República de Argentina 8008, se utilizó la técnica de correlaciones entre escala - test donde se han hallado correlaciones altamente significativas para todos los casos con valores de r moderados que llevan a los puntajes de .47 a .97 esos son coeficientes de correlación moderados, la cual presentó una relación muy fuerte en cada una de sus escalas con todo el contenido del test, estuvieron elaborados especialmente para poder evaluar la misma variable que es la depresión.

3.3 Programa de Intervención Cognitivo – Conductual

Ficha técnica

Nombre : Programa cognitivo conductual para la depresión en niños

Autor : Kelly Cuba Meza

Procedencia : Arequipa - Perú

Año : 2017

Población : Niños y adolescentes entre 8 y 15 años

Tiempo : Variable, entre 50 a 60 minutos

Aplicación : Colectiva e individual.

Material : 16 sesiones, 41 Fichas, material visual, lápiz, borrador y colores.

El presente programa es el producto de una adaptación del modelo desarrollado por Cuba Meza (2017), para disminuir síntomas de depresión en niños con cáncer en el hospital Carlos Alberto Seguín Escobedo – EsSalud de la ciudad de Arequipa. El propósito principal de la aplicación del programa es disminuir los síntomas de depresión, acortar el tiempo que la persona pasa sintiéndose deprimida, aprender nuevas formas de prevenir recaídas.

El programa elaborado por Cuba Meza a su vez se basa en dos libros, el primero “el niño que no sonríe”, de francisco Javier Méndez y segundo libro “terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos) de Bunge, M. Gomar y J. Mandil.

El programa original fue sujeto a cambios con el propósito de adaptarlo a una población distinta y a una evaluación por un juicio de expertos, quienes tienen experiencia en el área social – clínica en la elaboración de programas, tratándose de niñas en abandono que presentan síntomas depresivos.

En el programa se han añadido ejemplos que se utilizan para que estén de acuerdo con las experiencias más comunes que presentan las niñas de la casa hogar y que esté contextualizado con su realidad.

La aplicación del programa fue realizada desde el mes de agosto hasta la primera semana de octubre del presente año. Se comenzó asistiendo una vez por semana

durante tres fechas para el rapport creando un clima de confianza con las niñas, posterior a ello, se dio inicio a la aplicación del programa, asistiendo tres veces por semana, previa coordinación con la psicóloga del centro, cada sesión duró entre 50 a 60 minutos. En cada sesión se realizaba un repaso de la sesión anterior, para reforzar y recordar lo aprendido, por ello en algunas sesiones a criterio de las evaluadoras se extendió para una mejor comprensión del tema trabajado.

Se divide en cuatro módulos:

- **Primer módulo:** Son las primeras cuatro sesiones, se enfocan en la educación emocional, basado en que las menores puedan identificar las emociones y las situaciones desencadenantes, por otro lado, evaluar la intensidad de la respuesta emocional.
- **Segundo módulo:** Corresponde las sesiones 5- 6- 7- 8 y 9, están encaminadas a trabajar en la modificación de los pensamientos, como los automatismos mentales, los errores lógicos y esquemas cognitivos.
- **Tercer módulo:** Corresponde las sesiones 10- 11 y 12, se trabaja la importancia de las relaciones sociales, como una red de apoyo, para mejorar los sentimientos de la depresión.
- **Cuarto módulo:** Corresponde a las sesiones 13- 14-15 y 16, que se enfoca en potenciar los aprendizajes obtenidos durante la aplicación del programa, con el fin de que lo adopten como un estilo de vida.

Validez de contenido por método de juicio de expertos

Se solicitó a 3 psicólogas sociales, con una experiencia mínima de 9 años en el área social, específicamente que trabajen en centros de atención residencial con niños y adolescentes. Se buscó que fueran expertas en

diseño y aplicación de programas preventivos – promocionales, dirigido a niños y adolescentes que residen en albergues o casas hogares, dirigida evaluar las matrices de las sesiones. Llegando a la conclusión de que el programa era viable, pero se sugirió por parte de las jueces, cambiar términos empleados en cada ficha, ello con la finalidad que haya real entendimiento de las niñas de las tareas dadas. También fue conveniente considerar la claridad de las historietas y que además que se siga una secuencia coherente en las fichas y sesiones.

Jueces:

- Mg. Erika Angélica Melendez Vilca
 - Área : Psicóloga social
 - Experiencia : 9 años
 - Cargo actual : Psicóloga del CAR Torre Fuerte.
- Ps. Ruth Natalia Gallegos Esquivias,
 - Área : Psicóloga social - clínica
 - Experiencia : 17 años,
 - Cargo actual : Directora y psicóloga del Centro de Diagnóstico y Rehabilitación Alfonso Ugarte.
- Ps. Magda Angélica Barriouevo Ñaupa,
 - Área : Psicóloga social - clínica
 - Experiencia : 25 años
 - Cargo actual : Directora y psicóloga del hogar San Luis Gonzaga (INABIF).

4. Procedimientos

El primer paso de la presente investigación fue la aplicación del juicio de expertos para la evaluación del programa de intervención, cognitivo – conductual. El segundo paso fue la solicitud de autorización a la dirección del CAR de la casa hogar, para poder realizar la investigación para posteriormente aplicar el pre test, con el objetivo de identificar a las niñas que presenten síntomas depresivos. Una vez identificada la muestra, la cual consistió de 15 niñas. Se realizó la entrevista semiestructurada para conocer el motivo de internamiento en la casa hogar. En la tercera etapa de la investigación, se aplicó el programa de intervención cognitivo conductual a las niñas posterior a ello se aplicó el post test.

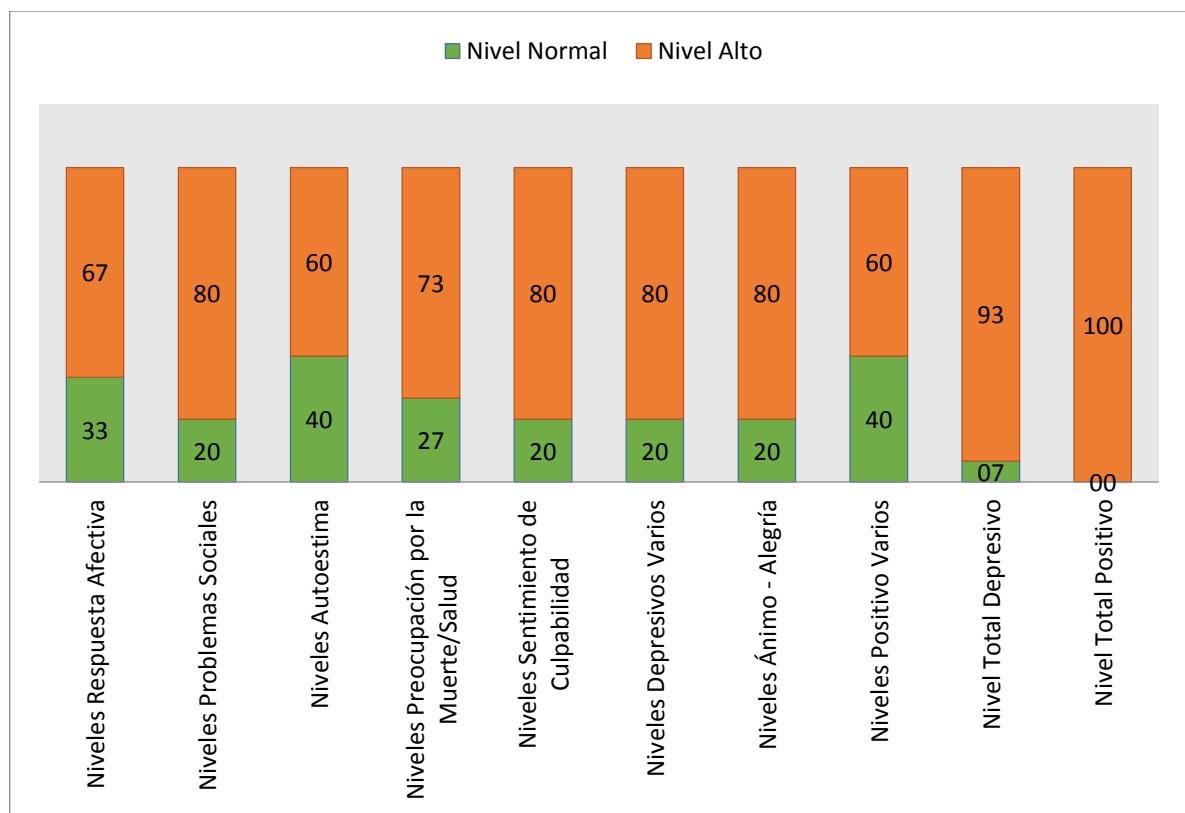
CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En el presente capítulo se expondrán los resultados obtenidos, luego de aplicar el programa para reducir los síntomas de depresión; por tanto, se averiguará la efectividad del programa propuesto en la presente investigación.

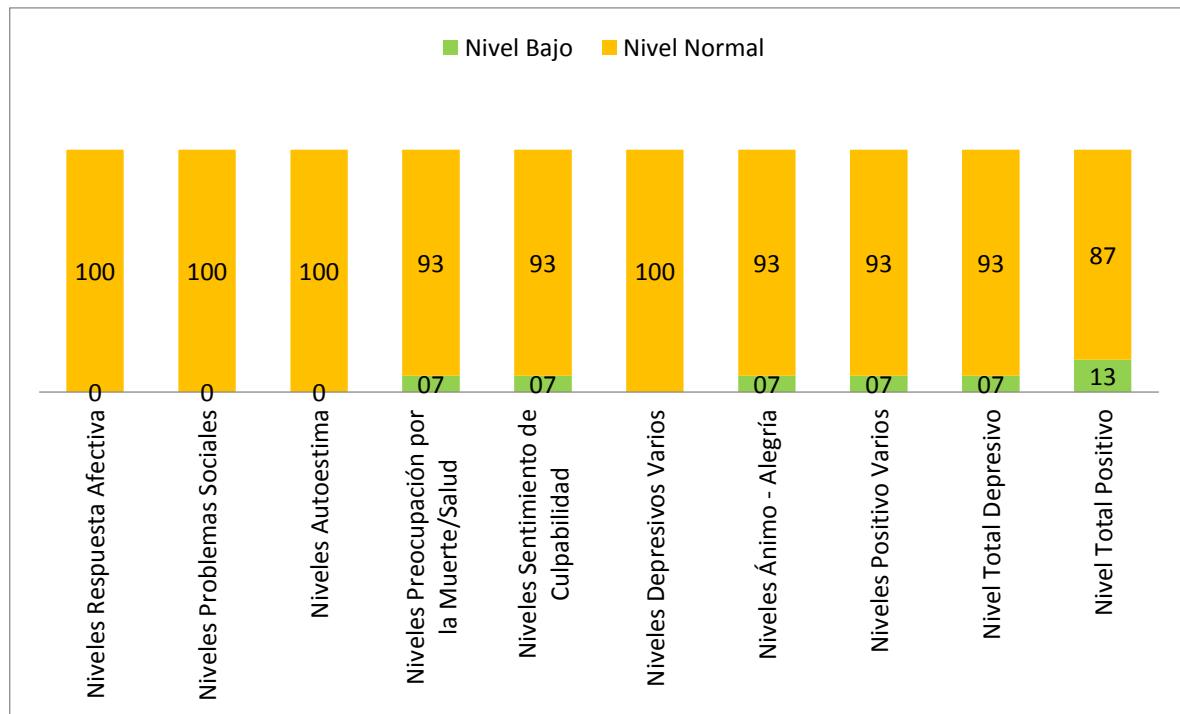
Para el análisis estadístico de la investigación se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 23, Se debe tener presente que para la prueba de hipótesis se recurrió a la prueba estadística no paramétrica U de Mann Withney, puesto que esta prueba permite comparar dos grupos, así como establecer la diferencia entre las medianas, con la finalidad de establecer las diferencias en el pre y post test. Se debe tener presente y aclarar que, para la aplicación de pruebas paramétricas, debe existir una distribución normal en las puntuaciones directas, como en este caso no cumple con este requisito, se utilizó estas pruebas no paramétricas.

Figura 3. Distribución Porcentual de los Niveles de Depresión Totales y por Escalas en el Pre Test en las niñas de una Casa Hogar de la ciudad de Arequipa



En la figura 3, se observa los resultados obtenidos en el pre test respecto de la dimensión “total positivo” en la cual no existen niveles normales o bajos, el 100% está ubicado como nivel de depresión alto; respecto del nivel “total depresivo”, se observa que el 93% está concentrado en un nivel alto y solo el 7% como nivel normal. Respecto de las sub escalas “Positivo Varios” y “Autoestima” son las que presentan mayor nivel normal con un 40%; así mismo, las sub escalas con mayor nivel alto de depresión con un 80% son “Problemas Sociales”, “Sentimiento de Culpabilidad”, “Depresivo varios” y “Ánimo y Alegría”. Lo que pone en evidencia que hay un nivel de depresión alto en las niñas de la casa hogar.

Figura 4. Distribución Porcentual de los Niveles de Depresión Totales y por Escalas en el Post Test en las niñas de una Casa Hogar de la ciudad de Arequipa



En la figura 4, se observa los resultados obtenidos en el post test respecto de la dimensión “total depresivo” podemos observar que el 93% está ubicado como nivel de depresión normal y un 7% con un nivel bajo de depresión; en relación a la dimensión “total positivo”, se observa que el 87% está concentrado en un nivel normal y el 13% como nivel bajo. Respecto de las sub escalas “Depresivos Varios”, “Autoestima”, “problemas sociales” y “respuesta afectiva” son las que presentan nivel normal en su totalidad con un 100%; así mismo, las sub escalas “Positivos Varios”, “Sentimiento de Culpabilidad”, “Ánimo y Alegría” y “preocupación por la muerte y la salud”, presentan normalidad en un 93% y solo un 7% de nivel bajo. Con lo cual concluimos que los niveles de depresión se presentan en su mayoría en normalidad.

Tabla 1

Subescala Respuesta Afectiva

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Nivel Normal	5	33,3	33,3	33,3
PRE TEST	Nivel Alto	10	66,7	66,7	100,0
POST TEST	Nivel Normal	15	100,0	100,0	100,0

En la tabla 1, se observa que el pre test, 10 niñas representando al 66,7 % de la muestra, se encuentran en un nivel alto de depresión en la subescala de “respuesta afectiva”, mientras que 5 niñas que representa el 33,3% de la muestra, se encuentra en un nivel normal. Después de la aplicación del programa en el post test, nos muestra que las 15 niñas que representa el 100 % de la muestra se encuentran en un nivel normal, entendiéndose como una disminución en los niveles de depresión con respecto a la subescala respuesta afectiva.

Tabla 2

Subescala Problemas Sociales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PRE TEST	Nivel Normal	3	20,0	20,0	20,0
	Nivel Alto	12	80,0	80,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
POST TEST	Nivel Normal	15	100,0	100,0	100,0

En la tabla 2, se observa en el pre test, que 12 niñas que representa al 80 % de la muestra, se encuentra en un nivel alto en la subescala de problemas sociales, mientras que 3 niñas que representa el 20 % de la muestra, se encuentran en un nivel normal. Después de la aplicación del programa en el post test, nos indica que las 15 niñas, que representan al 100% de la muestra se encuentran en nivel normal, que se refiere a una mejoría en la interacción social con sus pares o figuras significativas para las niñas.

Tabla 3

Subescala Autoestima

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PRE TEST	Nivel Normal	6	40,0	40,0	40,0
	Nivel Alto	9	60,0	60,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
POST TEST	Nivel Normal	15	100,0	100,0	100,0

En la tabla 3, se observa que en el pre test, 9 niñas que representan el 60 % de la muestra, se encuentra en un nivel alto en la subescala autoestima, entendiéndose como: la negación, la poca valoración y estima que se tiene cada una de las niñas, mientras que 6 niñas que representan el 40% se encuentran en niveles normales. Después de la aplicación del programa, en el post test nos indica que las 15 niñas que representan al 100% de la muestra, mejoró su propia valoración y estima, entendiéndose como una disminución en los niveles de depresión en la subescala de autoestima.

Tabla 4

Subescala Preocupación Por La Muerte/Salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PRES TEST	Nivel Normal	4	26,7	26,7	26,7
	Nivel Alto	11	73,3	73,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
POST TEST	Nivel Bajo	1	6,7	6,7	6,7
	Nivel Normal	14	93,3	93,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

En la tabla 4, se observa que en el pre test, 11 niñas, que corresponde al 73,3 % de la muestra, se encuentran en un nivel alto en la escala de preocupación por la muerte o la salud, mientras que 4 niñas, que representa al 26,7% de la muestra, se encuentra en un nivel normal. Después del programa, en el post test nos indica que las 15 niñas que representan al 100% de la muestra, entendiéndose una disminución en los niveles de depresión con respecto a la subescala de preocupación por la muerte/salud.

Tabla 5

Subescala Sentimiento De Culpabilidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PRE TEST	Nivel Normal	3	20,0	20,0	20,0
	Nivel Alto	12	80,0	80,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
POST TEST	Nivel Bajo	1	6,7	6,7	6,7
	Nivel Normal	14	93,3	93,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

En la tabla 5, se observa que 12 niñas que representa el 80 % de la muestra, se encuentran en un nivel alto de sentimientos de culpabilidad, mientras que 3 niñas que representa al 20% de la muestra, se encuentra en un nivel normal. Después de la aplicación del programa, en el post test, indica que 14 niñas que representa al 93,3% se encuentran en un nivel normal, mientras que 1 niña, que representa al 6.7 % se encuentra en un nivel bajo, entendiéndose como una disminución en los niveles de depresión con respecto a la subescala de sentimientos de culpabilidad.

Tabla 6

Subescala Depresivos Varios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PRE TEST	Nivel Normal	3	20,0	20,0	20,0
	Nivel Alto	12	80,0	80,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
POST TEST	Nivel Normal	15	100,0	100,0	100,0

En la tabla 6, se observa que, en el pre test, 12 niñas que representa al 80 % de la muestra, se encuentran en un nivel alto, en la subescala de depresivo varios, que hace referencia a pensamientos de preocupación por las actividades que realiza, pensamientos derrotistas entre otros, mientras que 3 niñas que representa al 20% se encuentra en un nivel normal. Después de la aplicación del programa, en el post test nos muestra que las 15 niñas que representa al 100% de la muestra, se encuentran en un nivel normal. Entendiéndose como una disminución en los niveles de depresión con respecto a la subescala de depresivo varios.

Tabla 7

Subescala Ánimo – Alegría

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PRE TEST	Nivel Normal	3	20,0	20,0	20,0
	Nivel Alto	12	80,0	80,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
POST TEST	Nivel Bajo	1	6,7	6,7	6,7
	Nivel Normal	14	93,3	93,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

En la tabla 7, podemos observar que, en el pre test, 12 niñas que representan al 80% de la muestra, presenta niveles altos en la subescala de ánimo-alegría, haciendo referencia a la inexistencia de felicidad, la limitación que tienen para expresar sus sentimientos, mientras que 3 niñas que corresponde al 20% se encuentra en un nivel normal. Después de la aplicación del programa en el post test, nos indica que 14 niñas que representa al 93,3 % de la muestra se encuentra en un nivel normal, y 1 niña que representa 6,7%, se encuentra en un nivel bajo. Entendiéndose como una disminución en los niveles de depresión con respecto a la subescala de ánimo – alegría.

Tabla 8

Subescala positivo varios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PRE TEST	Nivel Normal	6	40,0	40,0	40,0
	Nivel Alto	9	60,0	60,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
POST TEST	Nivel Bajo	1	6,7	6,7	6,7
	Nivel Normal	14	93,3	93,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

En la tabla 8, podemos observar en el pre test, 9 niñas que representan al 60 % de la muestra, se encuentra en un nivel alto de positivo varios, mientras que 6 niñas que representa al 40 % de la muestra se encuentra en un nivel normal. Después de la aplicación de la aplicación del programa en el post test, 14 niñas que representan al 93.3 % de la muestra se encuentra en un nivel normal, mientras que 1 niña que representa al 6.7 % de la muestra se encuentra en un nivel bajo. Entendiéndose como una disminución en los niveles de depresión con respecto a la subescala de positivo varios.

Tabla 9

Subescala total depresivo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PRE TEST	Nivel Normal	1	6,7	6,7	6,7
	Nivel Alto	14	93,3	93,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
POST TEST	Nivel Bajo	1	6,7	6,7	6,7
	Nivel Normal	14	93,3	93,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

En la tabla 9, podemos observar en el pre test, 14 niñas, que representan al 93,3% de la muestra se encuentran en un nivel alto, de la subescala de total depresivo, haciendo referencia sentimientos inferioridad, poca satisfacción en las actividades que realiza. Mientras que 1 niña, que representa el 6,7% de la muestra, se encuentra en un nivel normal. Después de la aplicación del programa, en el post test, nos indica que 14 niñas que representa a al 93,3 % se encuentra en un nivel normal, mientras que 1 niña, que representa al 6,7 % se encuentra en un nivel bajo, indicando que se observa mejorías en las niñas. Entendiéndose como una disminución en los niveles de depresión con respecto en la subescala total depresivo.

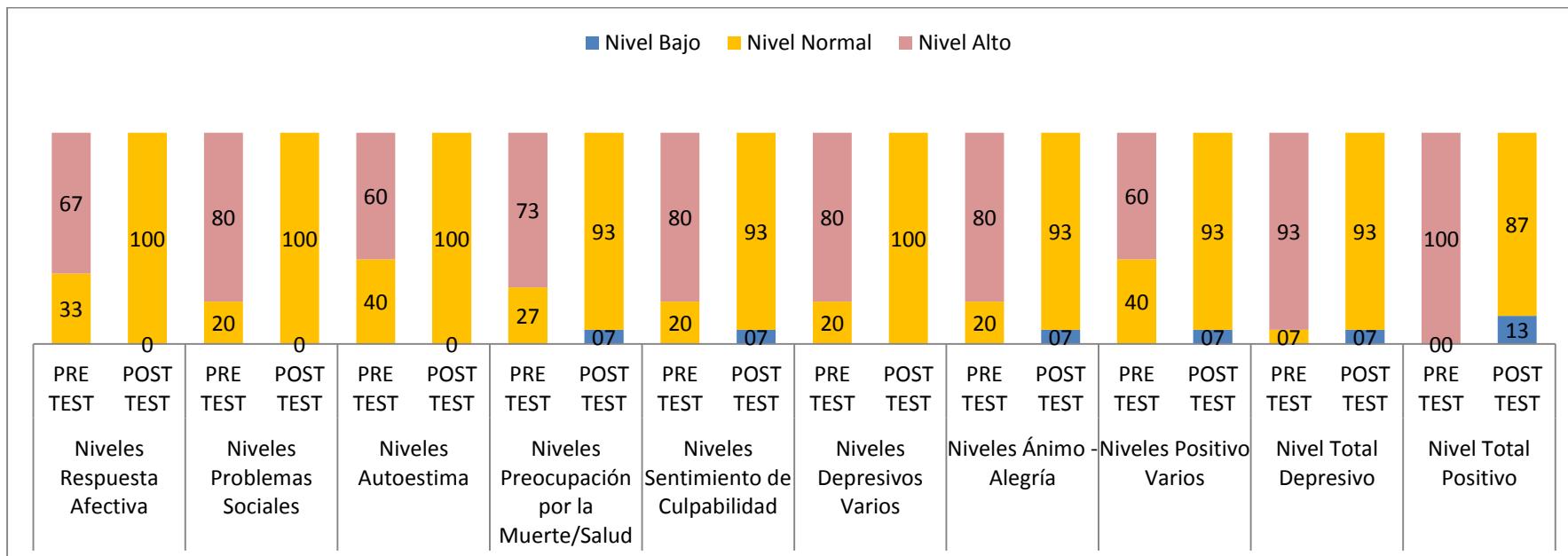
Tabla 10

Subescala total positivo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PRE TEST	Nivel Alto	15	100,0	100,0	100,0
	Nivel Bajo	2	13,3	13,3	13,3
POST TEST	Nivel Normal	13	86,7	86,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

En la tabla 10, podemos observar en el pre test, 15 niñas que representa al 100% se encuentran en un nivel alto. Después de la aplicación del programa en el post test, 13 niñas que representa el 86.7 % de la muestra, se encuentra en un nivel normal, y 2 niñas que representa al 13,3 % se encuentra en un nivel bajo, entendiéndose como una disminución en los niveles de total positivo.

Figura 5. Distribución Porcentual de los Niveles de Depresión Totales y por Escalas en el Pre Test y Post Test en las niñas de una Casa Hogar de la ciudad de Arequipa



En la figura 5, se observa los resultados de los niveles de depresión obtenidos tanto en el pre test como en el post test, donde la dimensión “total depresivo” ha obtenido un porcentaje de 93% de nivel alto de depresión en el pre test, que posterior al programa en el post test se observa que los niveles altos de depresión ha desaparecido, ya que el 93% se encuentra en un nivel normal y un 7% en un nivel bajo de depresión, esto también se puede observar a nivel del análisis de puntuaciones directas medias, ya que el puntaje medio para dicha dimensión en el pre test es de 182.07 puntos y en el post test disminuye hasta una media de 97.60 puntos; estas diferencias si llegan a ser significativas de acuerdo a la prueba U Mann Whitney ya que el p-valor es 0.000 menor al nivel de significancia de 5.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de la presente investigación fue determinar la eficacia del Programa cognitivo - conductual para disminuir los niveles depresivos en las niñas de una Casa Hogar de la ciudad de Arequipa. Así mismo la muestra de esta investigación lo conforman niñas de 8 a 12 años de edad, quienes viven en la Casa Hogar. Se encontró resultados esperados que guardan relación con la hipótesis que buscaba alcanzar esta investigación, la cual es que el Programa cognitivo - conductual logrará disminuir los niveles depresivos en las niñas de la Casa Hogar.

Se llevaron a cabo investigaciones con programas cognitivo – conductuales para niños y adolescentes en diferentes áreas investigativas, obteniendo resultados positivos, como la investigación de Castillo (2017), en Catacaos - Piura, quien realizó una investigación con un programa cognitivo-conductual aplicado a 30 niños de 10 a 12 años, con el objetivo de determinar la afluencia de dicho programa en conductas agresivas en niños que han sufrido pérdidas por el fenómeno del niño, obteniendo como resultado la disminución de dichas conductas agresivas.

En México, González, Ampudia y Guevara (2012) en su investigación buscaron el desarrollo de habilidades sociales, basados en un programa de intervención cognitivo – conductual, del cual fueron participantes 36 niños, asignados aleatoriamente en un grupo control y otro experimental, usando un pre-test, el desarrollo de 14 sesiones y un post-test. Los resultados fueron positivos al obtener incrementos significativos en sus niveles de habilidades sociales, y reducción de síntomas depresivos.

La investigación realizada por Cuba (2017), considerada el punto de partida para presente investigación, estudió los efectos de la aplicación de un programa cognitivo - conductual para la depresión en niños de 8 a 13 años diagnosticados con cáncer, en el hospital de

ESSALUD - Arequipa, teniendo una muestra de 4 niños, cuyo análisis de los resultados permitió corroborar la hipótesis planteada, donde la intervención psicológica si presentó un efecto positivo en la disminución de los niveles de depresión en los niños y niñas con cáncer. Tal resultado es punto de inicio para un importante avance en el ámbito de bienestar psicológico en los niños.

Al presentar la presente investigación basado en el programa cognitivo conductual que fue aplicado en el estudio de Cuba (2017), planteamos el primer objetivo que fue identificar los niveles de depresión en un momento inicial (pre test) en las niñas de una Casa Hogar de la ciudad de Arequipa, donde se observa los resultados obtenidos en el pre test respecto de la dimensión “total positivo” en la cual no existen niveles normales o bajos, el 100% está ubicado como nivel de depresión alto; respecto del nivel “total depresivo”, se observa que el 93% está concentrado en un nivel alto y solo el 7% como nivel normal. Respecto de las sub escalas “Positivo Varios” y “Autoestima” son las que presentan mayor nivel normal con un 40%; así mismo, las sub escalas con mayor nivel alto de depresión con un 80% son “Problemas Sociales”, “Sentimiento de Culpabilidad”, “Depresivo varios” y “Ánimo y Alegría”. Lo que pone en evidencia que hay un nivel de depresión alto en las niñas de la casa hogar.

Estos resultados del primer objetivo específico dan paso al segundo objetivo que consiste en la aplicación del programa cognitivo-conductual, el cual fue aplicado a 15 niñas de la Casa Hogar, completando el programa en un total de 16 sesiones, cada sesión tenía una duración de 70 minutos aproximadamente.

El tercer objetivo cuyo fin era identificar los niveles de depresión en un momento final (post test) en las niñas, después de haber participado del programa cognitivo - conductual. Se observa que los resultados obtenidos de esta evaluación son: en el post test respecto de la dimensión “total depresivo” en la cual no existe nivel alto de depresión, el 93% está

ubicado como nivel de depresión normal y un 7% con un nivel bajo de depresión; respecto del nivel “total positivo”, se observa que el 87% está concentrado en un nivel normal y el 13% como nivel bajo. Respecto de las sub escalas “Depresivos Varios”, “Autoestima”, “problemas sociales” y “respuesta afectiva” son las que presentan nivel normal en su totalidad con un 100%; así mismo, las sub escalas “Positivos Varios”, “Sentimiento de Culpabilidad”, “Ánimo y Alegría” y “preocupación por la muerte y la salud”, presentan normalidad en un 93% y solo un 7% de nivel bajo. Con lo cual concluimos que los niveles de depresión se presentan en su mayoría en normalidad.

El cuarto objetivo es comparar los niveles de depresión en el pre test y post test cuyos resultados son analizados por cada dimensión. En la dimensión “total depresivo” ha obtenido un porcentaje de 93% de nivel alto de depresión en el pre test, que posterior al programa de intervención, post test, se observa que los niveles altos de depresión han desaparecido, ya que el 93% se encuentra en un nivel normal y un 7% en un nivel bajo de depresión. La segunda dimensión “total positivo” ha obtenido un porcentaje de 100% de nivel alto de depresión en el pre test, que posterior al programa de intervención, post test, se observa que los niveles altos de depresión han desaparecido, ya que el 87% se encuentra en un nivel normal y un 13% en un nivel bajo de depresión. Por lo que se concluye que el programa aplicado a las niñas de la Casa Hogar tuvo efectos positivos, logrando disminuir los niveles de depresión evidenciados en el pre test, logrando niveles de normalidad y bajos en el post test.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Los niveles de depresión disminuyeron debido a la administración del programa Cognitivo – Conductual, por lo tanto, la hipótesis planteada ha sido comprobada.

SEGUNDA: Se ha comprobado mediante la aplicación del pre test que las niñas, presentaron niveles altos de depresión en las escalas de problemas sociales sentimientos de culpabilidad, depresivos varios y animo - alegría.

TERCERA: Se comprobó que el programa de intervención Cognitivo- Conductual es efectivo trabajando con niñas que residen en centros de atención residencial entre las edades de 8 a 12 años.

CUARTA: Las áreas en las que se encontró un puntaje alto fueron en las subescalas de “problemas sociales”, “Sentimiento de Culpabilidad”, “Depresivo varios y “Animo - Alegría”. Posterior al programa Cognitivo – Conductual se observó efectos en la disminución de la depresión en las subescalas de “respuesta afectiva”, “Problemas sociales”, “Autoestima” y “depresivos varios”.

QUINTA: Al llevar a cabo dicho programa dentro de la Casa Hogar con el apoyo de la psicóloga y las tutoras a cargo de las menores, permitió que la interacción entre niñas y cuidadoras mejorara, mejorando su confianza en poder expresar sus sentimientos.

SUGERENCIAS

1. Realizar otras investigaciones en el tema de la depresión en niños residentes de albergues o casas hogar para obtener mayor información en este ámbito y se le tome la importancia debida. Asimismo, investigar sobre otros factores que pueden estar afectando el bienestar psicológico de los niños
2. Desarrollar programas de intervención en niños o adolescentes que presenten depresión en los centros de atención residencial. También se sugiere llevar el apoyo a diferentes poblaciones para que sean beneficiados.
3. Realizar futuras investigaciones sobre el tema que tomen en cuenta los factores que inciden en la problemática que no fueron medidos.
4. Se sugiere ampliar las investigaciones en otras edades, aplicar la intervención a niños de edades menores, realizando algunas modificaciones a las fichas (expresarse por dibujos, historietas, títeres, música, fichas para recortar, etc.) para que el trabajo sea más dinámico.
5. Se sugiere que, en los centros de atención residencial, se trabaje por grupos de edades, por ejemplo (8 a 10 años y 11 a 12 años), adecuando el lenguaje a cada grupo.
6. Se sugiere para próximas investigaciones aumentar la cantidad de sesiones para un mejor desarrollo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alayo, R. (2017). Propiedades psicométricas del cuestionario de depresión para niños en estudiantes de secundario del distrito de Trujillo. (Tesis de pregrado).

Universidad Cesar Vallejo. Trujillo- Perú.

Amores, A y Mateos, R. (2017), Revisión de la neuropsicología del maltrato

infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la

infancia. Recuperado de:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1135755X17300234?token=8CF987534FA09F77D620E7DB8746D238481346E26BCF28ABCB43EC9B978A2C3A6774157C65F5A6AFED24FF2C836DD72F>

Arenas, S. (2009). Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos,

Lima, Perú.

Bahls (2002), Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes, Rio de Janeiro. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572002000500004

Baratta, A. (1997). La Situación de la Protección del Niño en América Latina. Bogotá: UNICEF.

Beck, A. y Steer, R. (1993). Beck Depression Inventory: Manual. San Antonio (Texas): Psychological Corporation.

Bunge, E., Gomar M & Mandil, J. (2da edición). (2009). Terapia cognitiva con niños y adolescentes aportes técnicos. Buenos Aires, Argentina: Editorial librería akadia

Caballo, (2007). Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos. Recuperado de: <https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/CaballoV.-Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicol%C3%B3gicos-Vol.2-ebook.pdf>

Camacho, J. (2003), el ABC de la Terapia Cognitiva
<https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>

Carlos y Pancca (2014) prevalencia de la depresión infantil en niños de 9 a 11 años. (Tesis pregrado) Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa-Perú

Castillo, H. (21 de Abril de 2016). Índice de la depresión en Peru. (D. L. República, Entrevistador) Lima. Obtenido de <http://larepublica.pe/21-04-2016/indice-de-peruanos-que-sufren-de-depresion>.

Castillo, Y., 2018 “Efectos de un Programa Cognitivo Conductual, en las conductas agresivas en niños que han sufrido pérdidas por el fenómeno del niño, Catacaos 2018”. (Tesis de Pre grado). Recuperado de: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/29086/Castillo_MY.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cavaiola y Colford (2017), Crisis Intervention. Reino Unido. Recuperado de: [https://books.google.com.pe/books?id=TX1ZDwAAQBAJ&pg=PT23&dq=felitti+%26+anda+\(2009\)+depresion+54%25&hl=es&source=gbs_toc_r&cad=2#v=onepage&q=fe](https://books.google.com.pe/books?id=TX1ZDwAAQBAJ&pg=PT23&dq=felitti+%26+anda+(2009)+depresion+54%25&hl=es&source=gbs_toc_r&cad=2#v=onepage&q=fe)

Child welfare information Gateway, boletín informativo “consecuencias a largo plazo del maltrato de menores”, (nov- 2013), p. 3-6.

CIE-10, C. i. (2013). CIE-10 Trastornos Mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.

Condor, M & Sosa, Juan (2017). Niños, niñas y adolescentes víctimas de abandono: una mirada desde el centro de atención residencial Andrés Avelino Cáceres, distrito del Tambo, 2015-2016 (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/3911/Condor%20Vilcapoma-Sosa%20Arroyo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Córdova, E. (2014). Propiedades Psicométricas Del Cuestionario de Depresión en Niños de Lang y Tisher. (Tesis de licenciatura). Universidad Cesar Vallejo, Trujillo-Perú.

Correo, A. (2018) La depresión segunda causa de morbilidad, Recuperado de <http://diariocorreo.pe/edicion/arequipa/doi322103/04/marzo/2018>.

Cuba, Kelly (2017). Efecto de un programa cognitivo-conductual para la depresión en niños con cáncer (tesis de pregrado). Recuperado de https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM_ab767c3d968682e6abf232be6cb45d98

Cuervo, Angela & Izzedin, Romina. (2007). Tristeza, depresión y estrategas de autorregulación en niños. Redalyc (Nº 2) ,35-37. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1390/139012670004.pdf>

Defensoría del Pueblo. (2011). Niños, niñas y adolescentes en abandono: aportes para un nuevo modelo de atención. Lima.

Depresión infantil (2010). Revista digital para profesionales de la enseñanza (Nº 7). Recuperado de: <https://www.feandalucia.ccoo.es/indicei.aspx?p=62&d=204>

Dos Santos, Rosana. & Vilela, Cristina. (2005) Depressão na infância: um estudo exploratório. Scielo (vol. 2) (Nº 2), 181-189.

DSM5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión 5, Asociación Psiquiátrica Estadounidense).

Durand, E. (2008). Situación de los derechos de la infancia de niños y niñas que han perdido el cuidado de sus padres o están en riesgo de perderlo. Colombia: Aldeas Infantiles SOS.

Ellis, A. (1981) Terapia Racional Emotiva. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80513105.pdf>

Ferreira, A. (2003). Sistema de Interacción familiar asociada a la autoestima de menores en situación de abandono moral y prostitución. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima – Perú.

García, Judith (2013). Efecto de un programa cognitivo - conductual en la resiliencia en niños con cáncer (tesis de maestría). Recuperado de
<http://eprints.uanl.mx/3444/>

Gómez, M. (2008). Infancia y Casa Hogar. La situación de los niños bajo tutela del Estado desde una medida asistencial de internamiento. (Tesis) México: ENAH.

González, Ampudia y Guevara (2012) Programa de intervención para el desarrollo de habilidades sociales en niños institucionalizados. Colombia. Redalyc. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/798/79825836008.pdf>

Gordillo, M. (2014). Factores de riesgo asociados a depresión en niños y adolescentes en un hospital en el 2013. (Tesis pregrado). Universidad de San Martín de Porres, Perú.

Gutiérrez, L, & Carpio, F. (2016). Efectos de un programa cognitivo conductual para el control de la hipertensión arterial en pacientes del policlínico metropolitano EsSalud Arequipa (Tesis de pregrado). Universidad nacional de san Agustín. Arequipa - Perú.

Recuperado

de:

<http://www.unife.edu.pe/psi/investiga/investiga00/investiga00b.html>

Huamantica, Roxana (2016) Depresión infantil: un problema desconocido por la sociedad peruana. Revista cultura. Recuperado de http://www.revistacultura.com.pe/revistas/RCU_30_depresion-infantil-un-problema-desconocido-por-la-sociedad-peruana.pdf

Huttel, Joseane, Kisxiner, Karina, Bonetti, Rodrigo & Padoin, Mirian (2011) A depressão infantil e suas formas de manifestação. Huttel (vol. 29) (Nº 64). Recuperado <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19659>

Inofuente, A. (2019). Efectos del programa TECACOG (técnicas clínico activas y cognitivas) en adolescentes con depresión del centro de salud Callali, en la provincia de Caylloma, Arequipa (Tesis de maestría). Universidad nacional de san Agustín. Arequipa- Perú.

Instituto de la Salud Mental (2013), Depresión en niños Andina Recuperado de: "<http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2016/04/15/altos-indices-de-depresión-y-suicidios-de-ninos-en-chile-levantan-alerta-de-la-oms/>"

Instituto Nacional de Bienestar Familiar (2006) recuperado de: <https://docplayer.es/amp/89703562-Universidad-nacional-del-centro-del-peru-facultad-de-sociologia.html>

Jaramillo, E. (2004). La infancia en el Perú, tiempos de globalización. Lima: Instituto de Pedagogía Popular.

Jaramillo, E. (2015). Niños, niñas y adolescentes en situación de Calle, Actores sociales en la vida social de Lima Metropolitana: 1990-2010. Lima: Tesis, UNMSM.

Jiménez, M. (2011). Infancia en situación de Riesgo Social. Lima

Lang, M. & Tisher, M. (2003). Cuestionario de Depresión para Niños, (CDS). Madrid: TEA Ediciones.

Lee, Curatolo, Friedrich (2000). Trastornos afetivos. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo. Recuperado de:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600007

Lewinsohn, P. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), The psychology of depression: Contemporany theory and research. New York: Wiley. Recuperado de:
https://www.academia.edu/36839176/Activacion_Conductual_Para_La_Depresion

Loayza, M. E, & Vinces, L. M. (2000). Características psicométricas del cuestionario de depresión para niños (CDS) en escolares de 8 a 16 años de Lima Metropolitana (Tesis de Licenciatura, Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Lima, Perú). Recuperada de

López, M., (2007). Aplicación de un programa de inteligencia emocional desarrollado en casa para disminuir la depresión infantil en niñas de 8 a 12 años. (Tesis pregrado). Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10)

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM-5)

Méndez, X. (2011). El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil, 2^a. Ed. Madrid, España: Pirámide.

Mendoza, Karlita (2014). Factores de riesgo que influyen en la situación de abandono en los niños y niñas, usuarios de la defensoría del niño y adolescente “señor de los milagros” del sector Manuel Arévalo, distrito la esperanza – provincia de Trujillo, en el año 2014 (tesis de pregrado). Recuperado <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/1517?show=full>

Ministerio de la Mujer y desarrollo Social, boletín trimestral “las familias en el Perú”, Nº 1 (2010), p. 13.

Moreno, Juan (2001). Variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil comparativamente con otros tipos de maltrato infantil (tesis de doctorado). Recuperado <http://biblioteca.unex.es/tesis/8477235244.PDF>

Organización Mundial de la Salud, OMS, disponible en:
<http://www.who.int/topics/depression/es/>

Ortiz, C (2012). Propiedades del cuestionario de depresión para niños de primaria en el distrito de Trujillo. (Tesis para licenciatura). Universidad Cesar Vallejo Trujillo.

Papalia, D., & Wendkos, S. (2009). Desarrollo Humano, Undécima Edición. The McGraw-Hill companies, Inc.

Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (2011) recuperado de:
http://www.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/co_2011.pdf

Rehm, L. (1977) “A self-control Model of Depression” behavior therapy. Recuperado de: file:///C:/Users/hp/Downloads/Dialnet-ElPapelDeLasAutomanifestacionesEnLasTerapiasCognit-65983.pdf

Rosilio, G. (2011). Depresion y Adolescencia. (Tesis pregrado), Universidad Ricardo Palma, Perú.

Royo, J. & Fernández, N. (2017). Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia. *Pediatria Integral*, 11(2), 116-124.

Ruiz García, Isabel (2014) MALTRATO INFANTIL: REDUCIR ALGUNAS CONSECUENCIAS TRABAJANDO LA RESILIENCIA. Cantabria, España.

Ruiz, A. (2012) Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo - conductual. España

Seligman, M. (1975). Helplessness: On Depression, Development, and Death.
San Francisco. Recuperado de:
<https://suicidioadolescente.com.ar/deteccion/detect005.pdf>

Sosa y Condor (2017), Niños, niñas y adolescentes víctimas de abandono: una mirada desde el centro de atención residencial Andrés Avelino Cáceres, distrito de El Tambo, 2015 - 2016. Recuperado de:
<http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/3911/Condor%20Vilcapoma-Sosa%20Arroyo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tauza, C. (1996). Las consecuencias del maltrato y del abandono en el desarrollo socioemocional de niños y adolescentes institucionalizados. Madrid

Touza, Carmen (1996). Las consecuencias del maltrato y del abandono en el desarrollo socioemocional de niños y adolescentes institucionalizados (tesis de doctorado). Recuperado <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=14989>

Túpac, M. (2018). Efecto del programa “quierete mucho” en la autoestima de adolescentes mujeres residentes de una casa hogar del Callao (Tesis de pregrado). Universidad peruana Cayetano Heredia, Lima - Perú.

UNICEF. (2016). Estado mundial de la infancia 2016 una oportunidad para cada niño. Recuperado de https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado tutor/tutora, nuestro nombre es Jennifer Aguilar Montes y Janit Huamani Carrion, con DNI N° 43898859 Y 48375936, somos bachilleres de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín. Actualmente nos encontramos llevando a cabo una investigación la cual tiene como objetivo evaluar la efectividad de un programa para la depresión en niños de albergues.

Las menores han sido invitadas a participar de este estudio. A continuación, se entrega la información necesaria para tomar la decisión de participar voluntariamente. Utilice el tiempo que desee para estudiar el contenido de este documento antes de decidir si va a participar del mismo.

- Si usted accede a que la menor sea parte de este estudio, será evaluado y participará de una intervención, dicha intervención constará de 16 sesiones, las cuales se llevarán a cabo entre los meses de Agosto y Setiembre.
- El que usted decida que la menor participe de este estudio no conlleva riesgos para su salud ni su persona debido a que la intervención se basa en una terapia que tiene como objetivo cambiar algunos pensamientos erróneos que, por consiguiente, cambiarán algunas conductas del participante.
- La menor puede o no beneficiarse directamente por participar en este estudio. El investigador, sin embargo, podrá saber más sobre la efectividad de la intervención para la depresión, y la sociedad en general se beneficiará de este conocimiento. La participación en este estudio no conlleva costo para usted, y tampoco será compensado económicamente.
- La participación en este estudio es completamente anónima y el investigador mantendrá su confidencialidad en todos los documentos. La información será analizada por el investigador y no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada niña de modo personal. La información que se obtenga será guardada por el investigador responsable y será utilizada sólo para este estudio.

ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, con DNI N° _____, acepto que la menor, _____ participe voluntaria y anónimamente en la investigación titulada: “aplicación de un programa cognitivo – conductual para la depresión en niños de albergues”, dirigida por la Srtas. Jenifer Aguilar Montes y Janit Huamani Carrion, Investigadoras Responsables, con DNI N° 43898859 Y 48375936, bachilleres de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación a ello, acepto que las menores a mi cargo sean evaluadas y participen de la intervención.

Declaro haber sido informado/a que la participación de las menores no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a que participe.

Declaro saber que la información entregada será confidencial y anónima. Entiendo que la información será analizada por las investigadoras y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada niña de modo personal. La información que se obtenga será guardada por las investigadoras responsables y será utilizada sólo para este estudio.

Nombre Participante

Firma

Fecha

DNI

Nombre Investigadora Responsable

Firma

Fecha

DNI

Nombre Investigadora Responsable

Firma

Fecha

DNI

FICHA DE ENTREVISTA

Datos personales

- Nombres y apellidos: _____
- Edad: _____
- Lugar de nacimiento: _____
- Grado de instrucción _____
- Fecha de ingreso: _____

¿Motivo de ingreso?

Composición familiar

Padre ()

Madre ()

Hermanos ()

Otros _____

Tipo de familia

Funcional ()

Disfuncional ()

Descripción y relación familiar:

Padre: _____

Madre: _____

Hermanos: _____

Otros: _____

¿Qué tipo de maltrato sufriste? Especifique

¿Cómo te sentías ante esta situación?

¿Cómo te describes? Especifique

¿Tus familiares te visitan? Especifique

CUESTIONARIO CDS PARA NIÑOS

En este cuestionario vas a encontrar una serie de frases sobre lo que piensas o sientes. Lee cada frase y contesta marcando en la hoja de respuestas la alternativa que esté más de acuerdo con tu manera de sentir o pensar en este momento. No hay respuestas buenas o malas, todas sirven.

Trabaja rápidamente y no pienses demasiado en poner tu respuesta:

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. No estoy seguro
- D. En desacuerdo
- E. Muy en desacuerdo

1. Me siento alegre la mayor parte del tiempo.
2. Muchas veces me siento desdichado en el colegio.
3. A menudo pienso que nadie se preocupa por mí.
4. A menudo creo que valgo poco.
5. Me despierto a menudo durante la noche.
6. Pienso muchas veces que dejo en mal lugar a mi madre/padre.
7. Creo que se sufre mucho en la vida.
8. Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.
→
9. Siempre creo que el día siguiente será mejor.
10. A veces me gustaría estar ya muerto.
11. Me siento solo muchas veces.
12. Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo.
13. Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco.
14. A veces creo que mi madre/padre hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible.
15. Me pongo triste cuando alguien se enfada conmigo.
16. Muchas veces mi madre/padre me hace sentir que las cosas que hago son muy buenas.
→
17. Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio.
18. Cuando estoy en el colegio, muchas veces me dan ganas de llorar.
19. A menudo soy incapaz de demostrar lo desdichado que me siento por dentro.
20. Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento.
21. La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.
22. A veces temo que lo que hago pueda molestar o enfadar a mi madre/padre.
23. Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando.
24. En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.
→
25. Me divierto con las cosas que hago.
26. Frecuentemente me siento desgraciado/triste/desdichado.

27. Muchas veces me siento solo y aislado en el colegio.
28. A menudo me odio a mi mismo.
29. Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.
30. Frecuentemente pienso que merezco ser castigado.
31. A menudo me siento desdichado por causa de mis tareas escolares.
32. Cuando alguien se enfada conmigo, yo me enfado con él.
-
33. Casi siempre lo paso bien en el colegio.
34. A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida.
35. La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.
36. A menudo me avergüenzo de mi mismo.
37. A menudo me siento sin vida por dentro.
38. A veces estoy preocupado por que no amo a mi padre/madre como debiera.
39. A menudo me preocupa la salud de mi madre.
40. Creo que mi madre/padre están muy orgullosos de mí.
-
41. Soy una persona muy feliz.
42. Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado.
43. Nadie sabe lo triste que me siento por dentro.
44. A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala.
45. Casi siempre me siento cansado en el colegio.
46. Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.
47. A veces sueño que tengo un accidente o me muero.
48. Pienso que no es nada malo enfadarse.
-
49. Creo que tengo buena presencia y soy atractivo.
50. Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar.
51. A menudo siento no serle útil a nadie.
52. Cuando fallo en el colegio pienso que, no valgo para nada.
53. A menudo me imagino que me hago heridas o que me muero.
54. A veces creo hacer cosas que ponen enfermo a mi madre/padre.
55. Muchas veces me siento mal por que no consigo hacer las cosas que quiero.
56. Duermo como tronco y nunca me despierto durante la noche.
-
57. Casi todo lo que hago me sale bien.
58. Creo que mi vida es desdichada.
59. Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío.
60. La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.
61. A veces me siento mal porque no amo y escucho a mi madre/padre como se merece.
62. Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte.
63. Tengo muchos amigos.
64. Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesantes.
65. Hay mucha gente que se preocupa bastante por mí.
66. A veces creo que tengo dos maneras diferentes de ser.

C.D.S.
PROTOCOLO DE RESPUESTA

Apellidos y Nombres:

Edad:

Sexo: (M) (F) Fecha:

Evaluador(a):

- | | |
|---|-------------------|
| A | Muy de acuerdo |
| B | De acuerdo |
| C | No estoy seguro |
| D | En desacuerdo |
| E | Muy en desacuerdo |

MARCA SÓLO UNA RESPUESTA

	A	B	C	D	E
1	<input type="radio"/>				
2	<input type="radio"/>				
3	<input type="radio"/>				
4	<input type="radio"/>				
5	<input type="radio"/>				
6	<input type="radio"/>				
7	<input type="radio"/>				
8	<input type="radio"/>				

	A	B	C	D	E
33	<input type="radio"/>				
34	<input type="radio"/>				
35	<input type="radio"/>				
36	<input type="radio"/>				
37	<input type="radio"/>				
38	<input type="radio"/>				
39	<input type="radio"/>				
40	<input type="radio"/>				

AA

RA

PS

AE

PM

SC

DV

	A	B	C	D	E
9	<input type="radio"/>				
10	<input type="radio"/>				
11	<input type="radio"/>				
12	<input type="radio"/>				
13	<input type="radio"/>				
14	<input type="radio"/>				
15	<input type="radio"/>				
16	<input type="radio"/>				

	A	B	C	D	E
41	<input type="radio"/>				
42	<input type="radio"/>				
43	<input type="radio"/>				
44	<input type="radio"/>				
45	<input type="radio"/>				
46	<input type="radio"/>				
47	<input type="radio"/>				
48	<input type="radio"/>				

	A	B	C	D	E
17	<input type="radio"/>				
18	<input type="radio"/>				
19	<input type="radio"/>				
20	<input type="radio"/>				
21	<input type="radio"/>				
22	<input type="radio"/>				
23	<input type="radio"/>				
24	<input type="radio"/>				

	A	B	C	D	E
49	<input type="radio"/>				
50	<input type="radio"/>				
51	<input type="radio"/>				
52	<input type="radio"/>				
53	<input type="radio"/>				
54	<input type="radio"/>				
55	<input type="radio"/>				
56	<input type="radio"/>				

	A	B	C	D	E
25	<input type="radio"/>				
26	<input type="radio"/>				
27	<input type="radio"/>				
28	<input type="radio"/>				
29	<input type="radio"/>				
30	<input type="radio"/>				
31	<input type="radio"/>				
32	<input type="radio"/>				

	A	B	C	D	E
57	<input type="radio"/>				
58	<input type="radio"/>				
59	<input type="radio"/>				
60	<input type="radio"/>				
61	<input type="radio"/>				
62	<input type="radio"/>				
63	<input type="radio"/>				
64	<input type="radio"/>				
65	<input type="radio"/>				
66	<input type="radio"/>				

PV

TP

TD

**VALIDACIÓN POR JUECES PARA EL PROGRAMA COGNITIVO –
CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN INFANTIL**

NOMBRES Y APELLIDOS DEL JUEZ:

Magda Barrionuevo Naupa

FORMACIÓN ACADEMICA:

Psicóloga

ÁREA DE EXPERIENCIA

PROFESIONAL:

Psicología social - clínica

TIEMPO:

25 años

CARGO ACTUAL:

Directora

INSTITUCIÓN:

CAR San Luis Gonzaga.

El juicio de expertos se define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones de los ítems que a continuación se le presentarán, para lo cual se pide que lea atentamente la siguiente tabla y pueda dar la valoración que le merece cada afirmación expuesta.

Nota: Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. Escobar-Pérez, J. (2008). Avances en Medición, 6, 27–36

CONCLUSIONES FINALES DEL EXPERTO

- Considero que para el diagnóstico el uso de sólo una prueba, reactiva o escala; es subjetivo dado a que los criterios de confiabilidad no llegan al 100% y; que sería prudente tomar en cuenta la anamnesis que nos da mayor información y posibilidad de evidenciar indicadores para el diagnóstico.
- Dada la forma como se presenta el programa - dinámico y significativo - existe la probabilidad de que este cumpla con los propósitos para los que ha sido diseñado.

NOMBRE DEL EXPERTO: Magda Barrionuevo Naupa


S.E. Magda A. Barrionuevo Naupa
C.Ps.P N° 4762

FIRMA DEL EXPERTO

AREQUIPA, 10 DE Julio DEL 2019

**VALIDACIÓN POR JUECES PARA EL PROGRAMA COGNITIVO –
CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN INFANTIL**

NOMBRES Y APELLIDOS DEL JUEZ:	Ruth Natalia Gallegos Esquivias.
FORMACIÓN ACADEMICA:	Psicóloga.
ÁREA DE EXPERIENCIA PROFESIONAL:	Años Socio - Clínica - Psicoterapia práctica.
TIEMPO:	14 años.
CARGO ACTUAL:	Directora del Centro de Diagnóstico y Reh abilización Alfonso Ugarte.
INSTITUCIÓN:	Centro Juvenil Alfonso Ugarte.

El juicio de expertos se define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones de los ítems que a continuación se le presentarán, para lo cual se pide que lea atentamente la siguiente tabla y pueda dar la valoración que le merece cada afirmación expuesta.

Nota: Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. Escobar-Pérez, J. (2008). Avances en Medición, 6, 27–36

CONCLUSIONES FINALES DEL EXPERTO

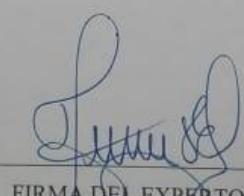
Es necesario revisar los términos empleados en cada una de las fichas, ello con la finalidad que haya real entendimiento de las mías de las tareas dadas.

Por otro lado es conveniente considerar la claridad de las historias y que además sigan una secuencia coherentemente la totalidad de las mismas; ya que al parecer hay sesiones que pueden estar "cortando" con otras.

Revisar la redacción; considerando dejar abierta la posibilidad de expresión de los menores evaluados.

Finalmente considerar que una "casa hogar" es el inicio de la vida de los menores es probablemente un error; debiendo considerarse a la familia de origen y hogar como un factor sumamente importante en cada una de las fichas trabajadas.

NOMBRE DEL EXPERTO: Ruth Natalia Gallegos Esguivias


FIRMA DEL EXPERTO

AREQUIPA, 16 DE Agosto DEL 2019

VALIDACIÓN POR JUECES PARA EL PROGRAMA COGNITIVO –
CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN INFANTIL

NOMBRES Y APELLIDOS DEL JUEZ:

Erika Angelica Meléndez Vilca

FORMACIÓN ACADEMICA:

Maestro Salud Mental

Niño, Adolescente y familia.

ÁREA DE EXPERIENCIA
PROFESIONAL:

Psicología Social

TIEMPO:

9 años

CARGO ACTUAL:

Psicólogo CAR "Torre Fuerte"

INSTITUCIÓN:

CAR "TORRE FUERTE"

El juicio de expertos se define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones de los ítems que a continuación se le presentarán, para lo cual se pide que lea atentamente la siguiente tabla y pueda dar la valoración que le merece cada afirmación expuesta.

Nota: Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. Escobar-Pérez, J. (2008). Avances en Medición, 6, 27–36

CONCLUSIONES FINALES DEL EXPERTO

- Añadir mas teoria relacionado a las emociones
- Inducir una sesion en lo que se conecte el pensamiento y las emociones con el cuerpo.
- Reemplazar las metas de largo plazo por las de mediano plazo debido a la edad con la que se esta trabajando
- Usar tecnicas mas didacticas ; dramas, juegos, sociodrama.

NOMBRE DEL EXPERTO: *Erika Angélica Meléndez Vilca



Erika Meléndez Vilca
FONDADE MÉLENDO
PSICOLOGA
CPs.P. N° 9439

AREQUIPA, 18 DE julio DEL 2019

PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN

INFANTIL

El presente programa es el producto de una adaptación del modelo desarrollado por Cuba Meza (2017), para disminuir síntomas de depresión en niños con cáncer en el hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo – EsSalud - de la ciudad de Arequipa. El propósito principal de la aplicación del programa es disminuir los síntomas de depresión, acortar el tiempo que la persona pasa sintiéndose deprimida, aprender nuevas formas de prevenir recaídas.

El programa elaborado por Cuba Meza a su vez se basa en el libro “El niño que no sonríe. Estrategias para superar la depresión infantil”, de Francisco Javier Méndez y “Terapia Cognitiva con Niños y adolescentes. Aportes técnicos. Tercera edición” de E. Bunge, M. Gomar y J. Mandil

El programa original fue sujeto a cambios con el propósito de adaptarlo a una población distinta, tratándose de niñas en abandono que presentan síntomas depresivos.

Se han añadido ejemplos que se utilizan para que estén de acuerdo con las experiencias más comunes que presentan las niñas de la Casa Hogar y que esté contextualizado con su realidad.

El programa consta de 16 sesiones con una duración entre 45 a 65 minutos cada sesión.

Modelo cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión

La terapia Cognitiva-Conductual está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos. Para trabajar con los sentimientos de la depresión, este modelo plantea la importancia de identificar cuáles son los pensamientos y acciones que influyen en el estado de ánimo para aprender a tener un mayor control sobre los sentimientos.

El trípode básico sobre el que descansa el programa, lo constituyen la *educación emocional, la restructuración cognitiva y las redes de apoyo*.

Módulos del programa:

El programa se divide en cuatro módulos:

Primer módulo: Son las primeras cuatro sesiones, que se enfocan en la educación emocional, basado en que las menores puedan identificar las emociones y las situaciones desencadenantes y por otro lado, evaluar la intensidad de la respuesta emocional. De esta forma se logra que las menores aprendan a valorar sus sentimientos.

Segundo módulo: Basado en la reestructuración cognitiva, las próximas 5 sesiones (5, 6, 7, 8 y 9), están encaminadas a trabajar en la modificación de los pensamientos como los automatismos mentales, los errores lógicos y los esquemas cognitivos. Los progresos cognitivos operan mejorías en otras áreas. Se inicia la sustitución de los pensamientos distorsionados y de las formas de pensar erróneas por pautas más adaptadas.

Tercer módulo: Las tres sesiones siguientes (10, 11 y 12), trabajan la importancia de las relaciones sociales como una red de apoyo, para mejorar los sentimientos de la depresión. Esto ayudara a reemplazar sus conductas generadoras de tristeza e ineptitud por otras, como el juego con sus pares, que conllevan placer y mejoran su estado de ánimo.

Cuarto módulo: Las últimas sesiones (13, 14, 15 y 16), se enfocan en potenciar los aprendizajes obtenidos durante la aplicación de todo el programa, con el fin de que lo adopten como un estilo de vida.

SESIÓN N° 01		
OBJETIVO: EDUCACIÓN EMOCIONAL		
PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
Introducción	<p>Explicar que la sesión de hoy servirá para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ir conociéndonos mejor • Dar las reglas para las sesiones 	5 min.
Evaluación de Entrada	<p>Se evaluará mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS). Se tomará la evaluación como un elemento de línea base para confirmar la hipótesis sobre el impacto del programa en la población seleccionada.</p>	25 min
Desarrollo	<p>LOS ENGRANAJES DE NUESTRA VIDA</p> <p>Se les explicará a las niñas que todos tenemos problemas e intervienen distintos factores (pensamientos, emociones, conductas) en nuestra vida y como nuestras situaciones o problemas pueden influenciar en nuestra forma de pensar.</p> <p>Ejercicio para que aprenda que hay diferencia entre pensamiento y emoción (Ficha 2).</p>	20 min.
Actividad complementaria	<p>PROYECTO PERSONAL</p> <p>Termómetro del estado del ánimo.</p> <p>Se entregará el autorregistro del termómetro del ánimo, Este permitirá evaluar la intensidad de los sentimientos depresivos o estado de ánimo al final del día. Esta actividad la realizarán las participantes durante toda la semana. (Ficha 1)</p>	5 min.

	RECOMENDACIONES PARA LOS TUTORES Se hablará con las tutoras sobre el apoyo con este programa y la importancia del cambio psicológico que puede ayudar a mejorar la salud emocional de las menores y tener un óptimo estilo de vida.	5 min.
	TOTAL	60 min
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas 1 y 2 • Lápices • Cuestionario de depresión para niños CDS 	

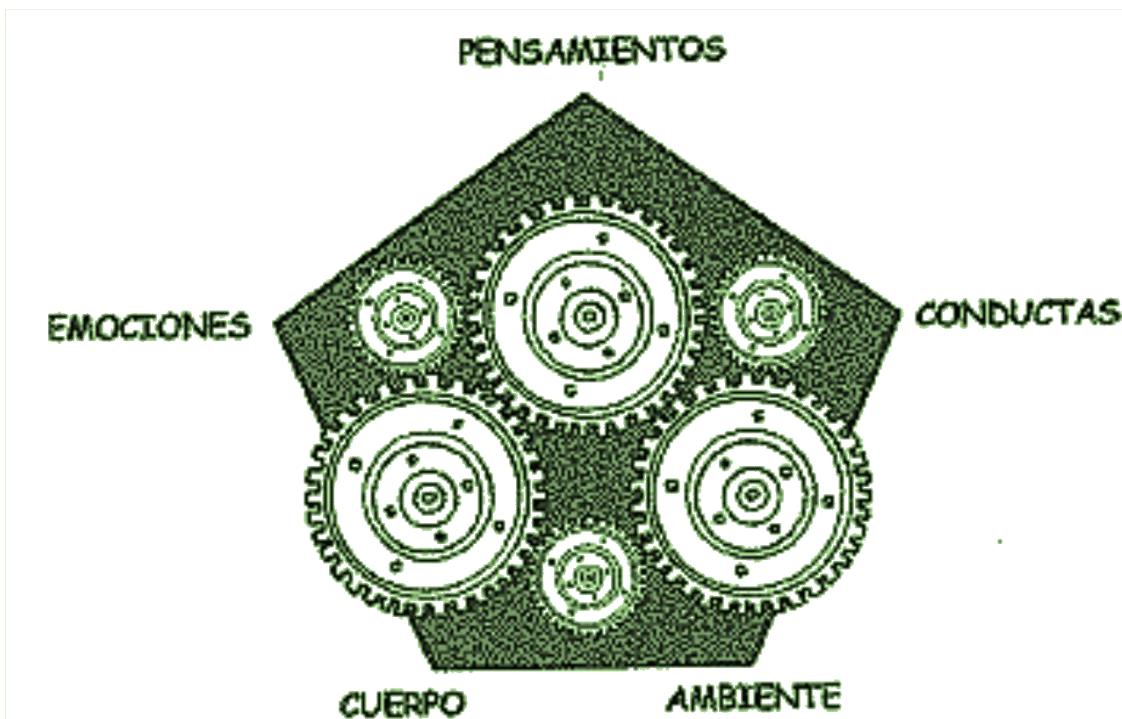
FICHA N°1
TERMÓMETRO DEL ESTADO DEL ÁNIMO

Cada noche, antes de acostarte, pinta el recuadro que indica cómo te sentiste durante el día.

	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
MUY CONTEN TO							
CONTEN TO							
MUY TRISTE							
TRISTE							
MUY FURIOSO							
FURIOSO							
MUY NERVIOS O							
NERVIOS O							
							

FICHA N° 2
LOS ENGRANAJES DE NUESTRA VIDA

Todos los engranajes se relacionan entre sí:



Simplificando:



Entendiendo mis Pensamientos y mis Emociones

¿Qué **emociones** representan las siguientes caras?



¿Qué pueden estar **pensando** las siguientes niñas?



SESION N° 2		
OBJETIVO: EDUCACIÓN EMOCIONAL		
PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
Repaso	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre la sesión 1, sobre qué es pensamiento emoción, conducta. • Revisar el Termómetro del estado del ánimo: ¿Cómo te sentiste llenándolo cada día? ¿Tuviste alguna sorpresa? 	10 min
Desarrollo	<p>“LOS CESTOS DE MANZANAS”</p> <p>Se hablará sobre las emociones que sentimos desde las positivas hasta las negativas. Asimismo, de sus sinónimos y su medición, por ejemplo: estar triste es menos que estar deprimido. Al entregarle la ficha correspondiente, se leerá las instrucciones (Ficha 3). Se analizará sus respuestas y se verá si hay algo que cambiar, se les explicará que es importante que sepan reconocer cuáles son sus emociones y como expresarse de forma adecuada cuando quiera mostrarlas a los demás.</p>	15 min.
	<p>“LAS PIEDRAS NO COMEN PIZZA”</p> <p>Se explicará la diferencia entre sensaciones y sentimientos. Se pretende que las niñas valoren esta capacidad para poder sentir sensaciones y sentimientos, ya sean positivos o negativos. Se les entregará la ficha donde se le explica con un ejemplo esta diferencia, y donde hay una lista con palabras que debe dividir en dos categorías: sensaciones o sentimientos (Ficha 4).</p>	15 min.
	<p>“CADA OVEJA CON SU PAREJA”</p> <p>Las niñas tendrán que asociar emociones con situaciones, se puede presentar que una situación sea una con diversos sentimientos (Ficha 5). De esta forma podremos conocer un poco más a las niñas y</p>	15 min.

	como las situaciones afectan sus diferentes formas de sentir.	
Actividad Complementaria	PROYECTO PERSONAL Termómetro del ánimo. (Ficha 1)	5 min.
	TOTAL	60 min
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas 1, 3, 4, 5 • Lápices • Plumones • Tijeras • Cinta adhesiva o goma en barra 	

FICHA N°3

LOS CESTOS DE MANZANA

Instrucciones: aquí tienes cuatro cestos, ANSIOSO, ALEGRE, TRISTE, FURIOSO, y dos docenas de manzanas con un nombre.

1. Pega: dentro del cesto correspondiente, como en el ejemplo donde «contento» se ha anotado en el cesto «alegre». Si consideras que alguna manzana corresponde a más de un cesto, puedes anotar su nombre en tantos cestos como creas conveniente. También puedes dejar de escribir una palabra si piensas que no encaja en ningún cesto o si desconoces de su significado.
2. Añade: anota otras palabras que no aparecen y que en tu opinión significan lo mismo que las escritas en cada uno de los cestos, por ejemplo: «pesimista»
3. Ordena: dentro de cada cesto destaca las palabras que para ti definen mejor cada uno de los cuatro sentimientos, ansioso, alegre, triste, furioso.

TRISTE



ALEGRE

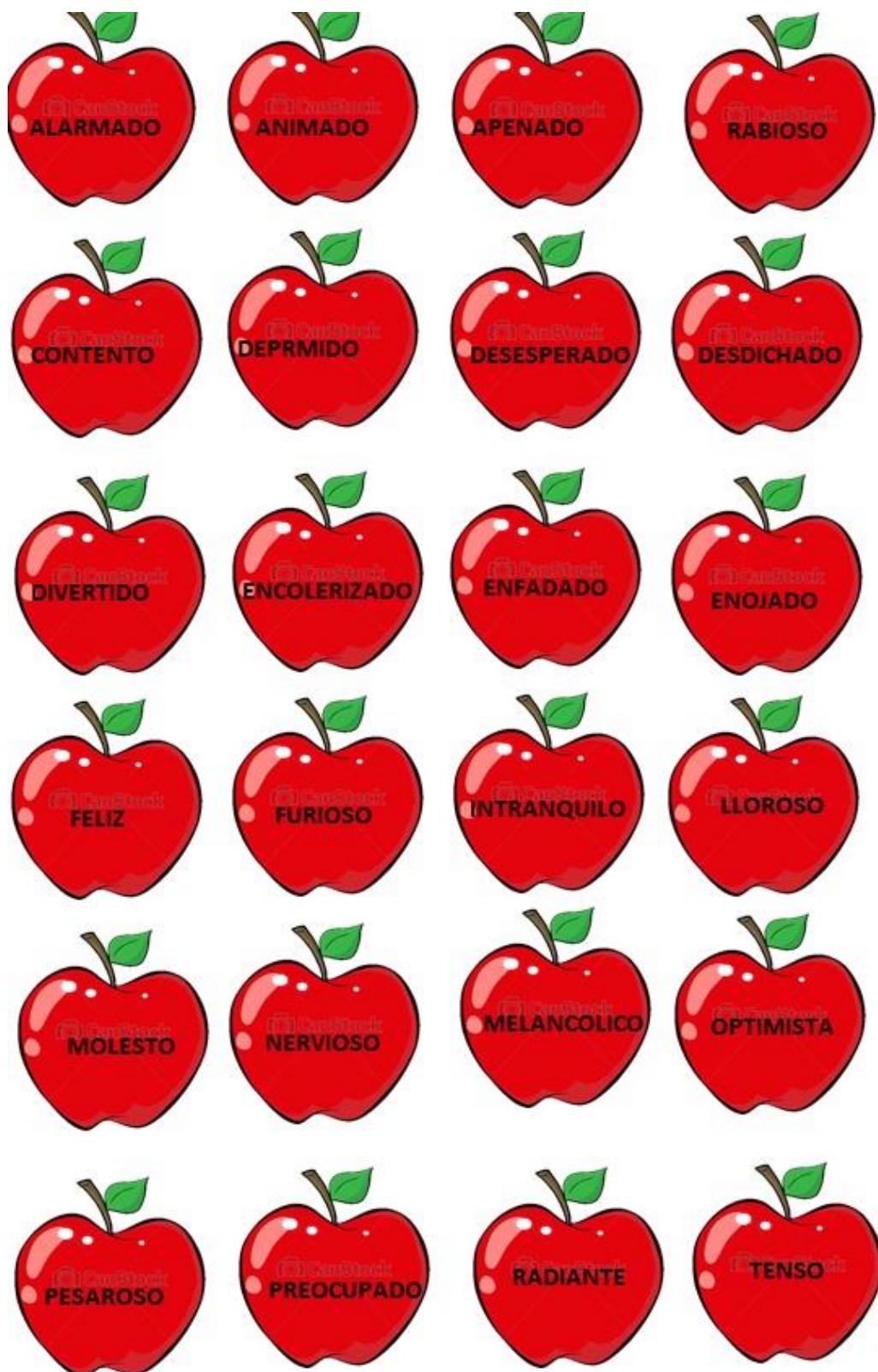


ANSIOSO



FURIOSO





FICHA N°4
LAS PIEDRAS NO COMEN PIZZAS



Instrucciones: Ser piedra no es nada interesante. Como no sienten hambre no comen deliciosos platillos como la pizza, como no sienten sed no beben refrescos, como no sienten alegría no se ríen.

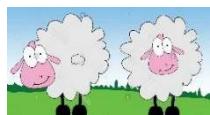
Las personas tenemos mucha suerte, porque si sentimos, disfrutamos y nos divertimos, aunque algunas veces los sentimientos resultan desagradables.

Como tú no eres de piedra, clasifica las palabras de la lista de abajo en su recuadro correspondiente según se refieran a sensaciones o a sentimientos.

SENSACIONES	SENTIMIENTOS

Lista: Alegría, amor, asombro, calma, calor, dolor, enfado, frío, hambre, miedo, odio, olor, sabor, sed, sueño, tristeza.

FICHA N° 5
CADA OVEJA CON SU PAREJA



Instrucciones: A cada sentimiento búscale un acontecimiento que tú hayas experimentado y únelo

SENTIMIENTOS

Rabia



Miedo



Asco



Satisfacción



Sorpresa



Culpa



Tristeza



Ternura



Vergüenza



ACONTECIMIENTOS



Hago algo que no debo.



Consigo lo que me he propuesto.



Fallo un gol.



Miro un bebé pequeño que duerme tranquilamente en su cuna.



Me entero que mi abuelo tiene una enfermedad incurable.



Me ladra un perro rabioso.



Ocurre algo completamente inesperado.



Me equivoco en público



Veo un bicho asqueroso.

SESIÓN N° 3

OBJETIVO: EDUCACIÓN EMOCIONAL

Comunicar sus emociones de manera adecuada y aprender cómo reaccionar en las situaciones que se le presenten.

PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
Repaso	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre la sesión 2, sobre el reconocimiento de emociones. • Revisar el Termómetro del estado del ánimo: ¿Cómo te sentiste llenándolo cada día? ¿Tuviste alguna sorpresa? 	10 min
Desarrollo	<p>“ADIVINA, ADIVINADOR”</p> <p>Las niñas deben aprender a auto-observarse y comunicar sus emociones, muchas veces al intentar expresarse ante un adulto se bloquean, por ello es útil ponerles ejemplos como <i>observadoras externas</i>.</p> <p>En esta actividad, ellas deben colocar los sentimientos en posibles situaciones que podrían enfrentar. (Ficha 6).</p> <p>“TERMINA LA FRASE”</p> <p>Se les entregará la ficha, en la cual deberán leer cada situación y pensar cómo se sentirían si estuviera en ella, o si alguna vez estuvo en una situación similar, como se sintió (Ficha 7). Hablar sobre la importancia de poder sentir y expresar lo que uno siente, sin ser grosero o muy efusivo.</p> <p>“TORTA DE LOS SENTIMIENTOS”</p> <p>Se les explicará a las niñas sobre las sensaciones gustativas y visuales que tenemos durante el día, y como estas nos hacen desarrollar emociones positivas o negativas. Se les entregará la ficha en la cual habrá un círculo dividido en sentimientos, también se les dará hojas de diferentes colores en las que escribirá las situaciones y las pegará al lado de cada sentimiento (Ficha 8).</p> <p>Se analizará el color de hoja que uso para los sentimientos positivos y cual para los negativos,</p>	20 min. 15 min. 15 min.

	igualmente se verá las situaciones colocadas y se conversará sobre cada uno de ellas.	
Actividades complementarias	Termómetro del estado del ánimo. (Ficha 1)	5 min.
	TOTAL	65 min
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas de la 6 a la 8 • Lápices • Hojas de colores • Cinta adhesiva o goma en barra • Tijeras 	

FICHA N°6
ADIVINA, ADIVINADOR

Instrucciones: A continuación, vas a encontrar hechos de todos los días. Lee cada uno de ellos con atención y después escribe cómo te sentirías en esa situación.

Si alguna pregunta no sabes contestarla, no te preocunes, déjala en blanco lee primero el ejemplo:

Ejemplo:

¿Cómo se siente un niño cuando le dan un regalo muy bonito? _____ **Contento**

¿Cómo se siente un niño cuando...

...gana una carrera? _____

...lo seleccionan para el hacer un juego del colegio? _____

...no le invitan a una fiesta de cumpleaños? _____

...se mira al espejo y se ve gordo? _____

...un adulto lo escucha con atención? _____

...lo riñe el maestro? _____

...un compañero le dice «¡eres muy bonita!»? _____

...le sale muy bien un dibujo? _____

...su amigo no le presta sus juguetes? _____

...se pelea con un amigo? _____

...no hace algo que le han mandado? _____

...ve discutir personas que quiere? _____

...desaprueba un examen? _____

FICHA N°7
TERMINA LA FRASE

Instrucciones: Elige de la lista de abajo, la palabra que exprese mejor lo que tú sientes en cada ocasión y escríbelas encima de la raya como se muestra en el ejemplo 1, Si consideras que debes escribir más de una palabra hazlo como en el ejemplo 2.

Ejemplo 1:

Cuando llevo mucho tiempo sin comer, siento: *Hambre*

Ejemplo 2:

Cuando mi amiga me dice que no quiere ir a jugar conmigo siento *Tristeza, enojo.*

- Hace mucho viento en invierno, siento: _____
- Cuando tenemos que regresar de un paseo antes de lo planeado, siento:

- Cuando me pegan sin querer una fuerte palmada jugando pesca - pesca, siento:

- Llevo mucho tiempo sin beber agua, siento: _____
- Si se muere mi gatito, siento: _____
- Llevo mucho rato sin hacer nada divertido, siento: _____
- Sudo cuando hay demasiado sol en verano, siento: _____

Lista: Aburrimiento, calor, dolor, fastidio, frío, sed, tristeza, enojo.

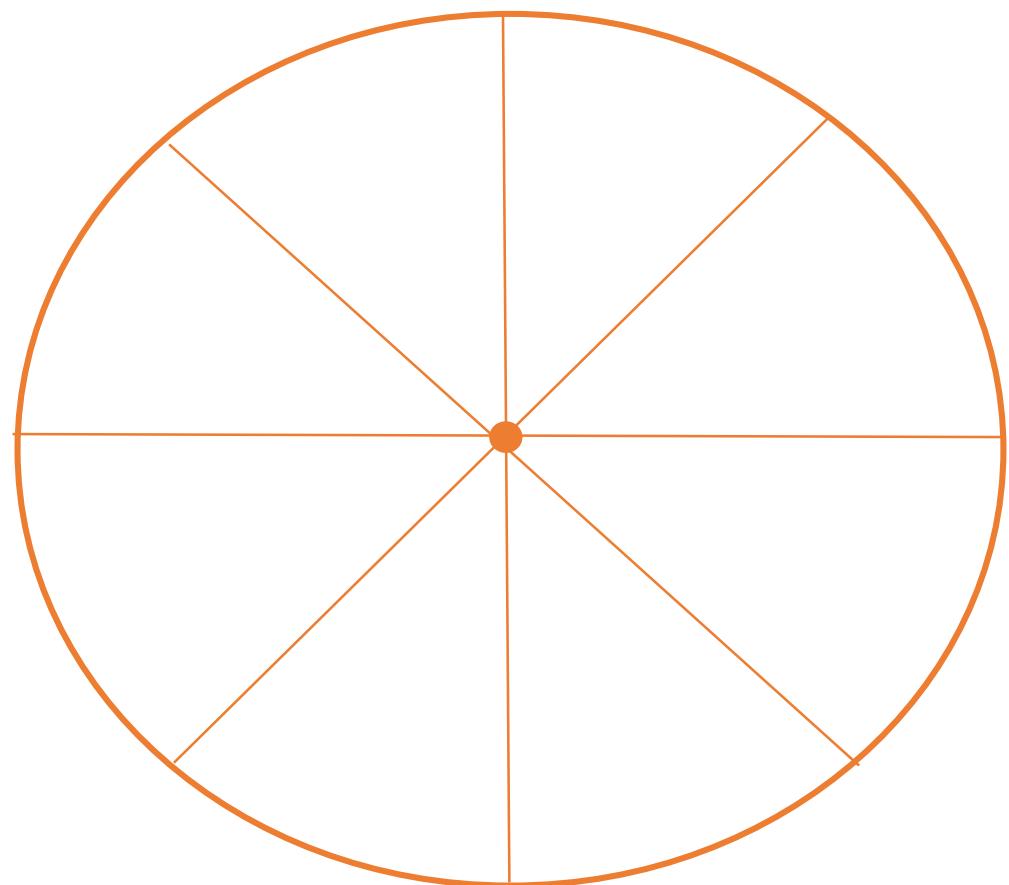
FICHA N° 8

LA TORTA DE LOS SENTIMIENTOS



Instrucciones: Gastón Acurio es un famoso cocinero peruano, especialista en deliciosos pasteles. En esta ocasión ha elaborado una torta de diferentes sabores, utilizando como ingredientes los sentimientos. Hay sabores dulces como la alegría, la tranquilidad o el amor, y amargos como la tristeza, el nerviosismo o el enfado.

Escribe en cada trozo de torta una situación en la que tú has probado estos sabores distintos. Pinta luego cada trozo de torta del color que mejor le vaya, por ejemplo, blanco para la alegría y negro para la tristeza.



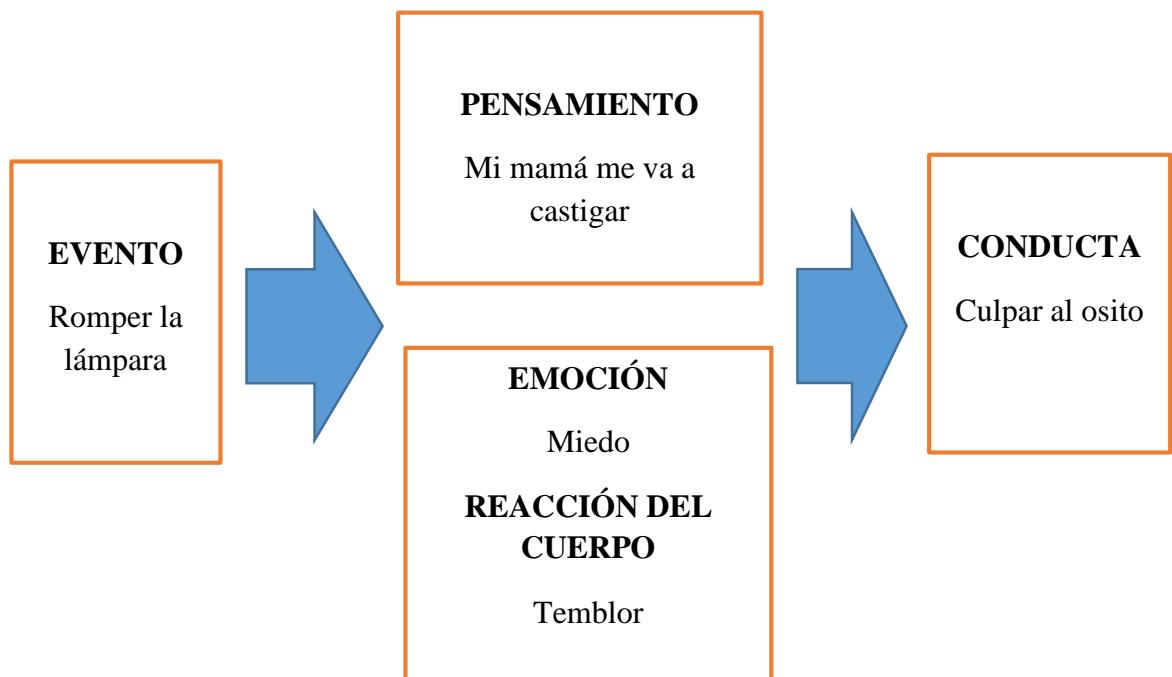
SESIÓN N° 4

OBJETIVO: EDUCACIÓN EMOCIONAL

Comprender la relación de pensamiento, emoción y conducta y que lo identifique en su vida diaria.

PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
Repaso	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre la sesión 3 • Revisar el Termómetro del estado del ánimo: ¿Cómo te sentiste llenándolo cada día? ¿Tuviste alguna sorpresa? 	10 min.
Desarrollo	<p>“RELACIONO MI PENSAMIENTO, EMOCIÓN Y CONDUCTA”</p> <p>Se dará un breve ejemplo de la relación y se explicará la importancia de los pensamientos en esta relación (ficha 9).</p> <p>Se entregará un ejemplo de Enriqueta y partir de ello, tendrá que responder algunas preguntas a partir del ejemplo. (ficha 10)</p> <p>A-B-C. Al finalizar deberán escribir una situación que está pasando y cuáles son sus pensamientos, emociones y conductas con respecto a ella (Ficha 11).</p>	30 min.
Actividades complementarias	Termómetro del estado de ánimo. (Ficha 1)	10 min.
	TOTAL	50 min
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha 9, 10 y 11 • Lápices 	

FICHA N° 9
RELACIONO MI PENSAMIENTO, EMOCIÓN Y CONDUCTA



FICHA N° 10

Observa lo que le ocurre a Enriqueta



1) ¿Qué es lo que le pasa a Enriqueta?

2) ¿cuál es su pensamiento de Enriqueta?

3) ¿Qué emoción sintió Enriqueta?

4) ¿Cuál fue la conducta de Enriqueta?

5) ¿Qué le dirías a Enriqueta?

FICHA N° 11
TRABAJANDO CON EL MÉTODO ABC

A continuación, te planteamos un cuadro, escribe algún suceso importante para ti, describe el evento, qué pensaste, qué emociones tuviste y cuál fue tu conducta.

EVENTO	PENSAMIENTO
EMOCIÓN	CONDUCTA

SESIÓN N° 5		
OBJETIVO: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA		
PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
Repaso	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre la sesión 4 • Revisar el Termómetro del estado de ánimo: ¿Cómo te sentiste llenándolo cada día? ¿Tuviste alguna sorpresa? 	10 min.
	<p>“INTERROGATORIO DE LA INSPECTORA PESQUISAS”</p> <p>Se describirá una situación sobre lo que le ocurrió a un niño, luego debe responder las preguntas de la inspectora Pesquisas, para poder descubrir la mejor forma de actuar en diversas situaciones (Ficha 12)</p>	15 min.
Desarrollo	<p>“MENTE EN BLANCO”</p> <p>Las niñas deben entender el puente del pensamiento entre el hecho y el sentimiento, para ello se les dará una ficha donde la columna del pensamiento está en blanco, y la situación y el sentimiento están ocupados (Ficha 13). Deberá ponerse en el lugar de la persona que pasa por esa situación.</p>	15 min.
	<p>“PIENSO, LUEGO SIENTO”</p> <p>Se le presenta sucesos cotidianos que producen frustración o malestar, para que las niñas expresen sus pensamientos y sentimientos (Ficha 14).</p>	15 min.
Actividades Complementarias	<ul style="list-style-type: none"> • Termómetro del estado de ánimo. (Ficha 1) • Completar la ficha “Pienso luego siento” (Ficha 14) 	5 min.
	TOTAL	60 min
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas de la 12 a la 14 • Lápices 	

FICHA N°12
INTERROGATORIO DE LA INSPECTORA PESQUISAS

Instrucciones: Lee en voz alta lo que le ocurrió a María. Después contesta las preguntas de la inspectora Pesquisas que hay al final de la ficha.

A. SITUACIÓN

Mi profesora, doña Simpatía, no vino a trabajar. La reemplazó doña Antipatía, no me cae nada bien. Ayer me sacó a la pizarra y me puso una raíz cuadrada. La hice mal y dijo delante de la clase que debía estar más en la tierra y menos en las nubes.

B. PENSAMIENTO

¡Tierra, trágame! Mis compañeros me van a decir tonta.

C. CONSECUENCIA

Me sentí avergonzada. Me puse más colorada que un tomate. Deseé haberme hecho invisible.



PREGUNTAS DE LA INSPECTORA PESQUISAS

1. ¿POR QUÉ QUERÍA DESAPARECER MARÍA?

2. ¿POR QUÉ SE PUSO MÁS ROJA QUE UN TOMATE?

3. ¿QUERÍA IRSE PORQUE SE HABÍA EQUIVOCADO HACIENDO EL EJERCICIO DE MATEMÁTICA?

4. ¿POR QUÉ SINTIÓ VERGÜENZA?

5. ¿HABRÍA SIDO DISTINTO SI HUBIERA CREÍDO QUE SUS COMPAÑEROS DE CLASE PENSABAN QUE DOÑA ANTIPATÍA LE TENÍA CÓLERA Y NO ESTABA BIEN LO QUE ELLA HABÍA HECHO?

FICHA N°13
MENTE EN BLANCO

Instrucciones: Rellena la columna central con el pensamiento que da lugar al sentimiento que aparece en la última columna.

SITUACIÓN	PIENSO	ME SIENTO
Mi amiga del salón no quiere jugar conmigo.		Triste
Mi tutora no me deja ver televisión.		Enfadada
Me seleccionaron para el equipo de vóley del colegio.		Alegre
La profesora del colegio empieza a tomar lección oral y no he estudiado.		Asustada
		Nervioso

FICHA N°14
PIENSO, LUEGO SIENTO

Instrucciones: Descartes, famoso filósofo y matemático, afirmó «*pienso, luego existo*». El traductor se ha equivocado y ha entendido «*pienso, luego siento*», que quiere decir primero pienso y después siento. Escribe qué pensarías y sentirías tú en cada una de las situaciones de abajo.

Situación 1: En un examen saco una nota más baja de lo que me esperaba.

Primero pienso:

Luego siento:

Situación 2: En el colegio veo un grupito de niñas que murmuran y señalan en mi dirección.

Primero pienso:

Luego siento:

Situación 3: Mi tutora me riñe por algo que yo no he hecho.

Primero pienso:

Luego siento:

Situación 4: Invito a jugar a mi mejor amiga, pero ella no quiere.

Primero pienso:

Luego siento:

Situación 5: Le pido a mi tutora que me ayude a hacer las tareas y me contesta que las haga yo sola.

Primero pienso:

Luego siento:

SESIÓN N° 6

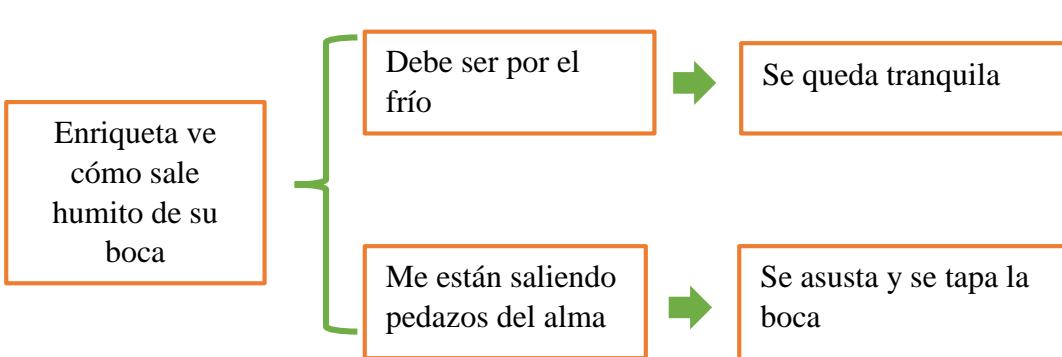
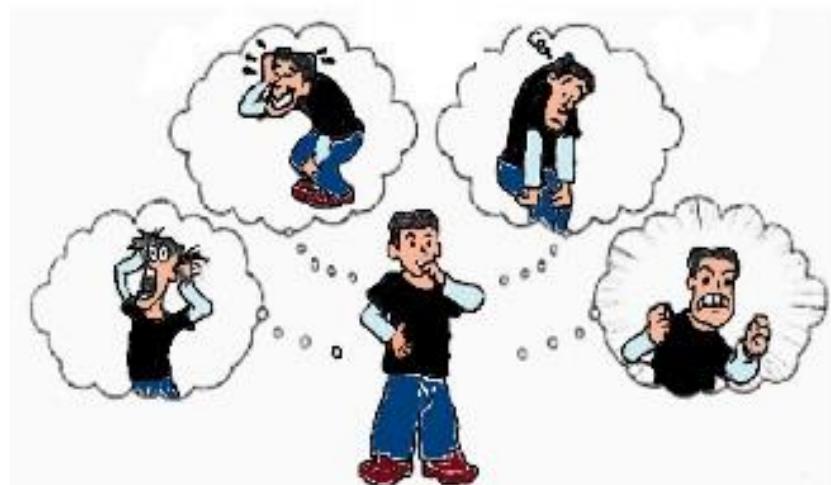
OBJETIVO: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Se aplicara el método ABC para que las niñas comprendan la relación de sus pensamientos, emociones y conducta.

PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
Repaso	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre la sesión 5 • Revisar el Termómetro del estado de ánimo: ¿Cómo te sentiste llenándolo cada día? ¿Tuviste alguna sorpresa? • Revisar la ficha Pienso Luego Existo (Ficha 14) 	10 min
Desarrollo	<p>“INTERPRETAMOS LO QUE VIVIMOS”</p> <p>Basado en el método ABC de terapia cognitiva</p> <p>Se explicará sobre la interpretación que podemos darle a diferentes situaciones, reforzaremos la idea de que “El puente del pensamiento” es importante, ya que de lo que pensemos, actuaremos. (Ficha 15).</p> <p>Se entregará una ficha con un ejemplo y algunas situaciones, y se les pedirá que pueda escribir sobre la situación según las caritas de la ficha. (Ficha 16)</p>	30 min.
Actividad complementaria	<ul style="list-style-type: none"> • Termómetro del estado de ánimo (Ficha 1) • Completar la ficha del “Interpretamos lo que vivimos” basado en el método ABC, con las situaciones diarias para reforzar lo aprendido (Ficha 17) 	10 min
	TOTAL	50 min
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha 15, 16 y 17 • Lápices 	

FICHA N° 15
INTERPRETAMOS LO QUE VIVIMOS

Una misma situación la puedes interpretar de distintas maneras y eso influye en cómo te sientes:



FICHA 16

PRACTICANDO

A continuación, rellena los espacios vacíos según la emoción:

SITUACION	PENSAMIENTO	EMOCION	CONDUCTA	REACCION
				
				
				
				
				

FICHA N° 17
INTERPRETANDO SITUACIONES PROPIAS

A continuación, tienes un cuadro para que lo completes con una situación que hayas vivido durante la semana.

SITUACIÓN	
PENSAMIENTO	
EMOCIÓN	
CONDUCTA	
CUERPO	

SESIÓN N°7

OBJETIVO: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Identificar algunas formas de pensar erróneas que pueden no concordar con la realidad, para iniciar un cambio cognitivo en cuanto a las creencias.

PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
Repaso	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre la sesión 6 • Revisar el Termómetro del estado de ánimo: ¿Cómo te sentiste llenándolo cada día? ¿Tuviste alguna sorpresa? • Revisar la ficha “Interpretamos lo que vivimos” basado en el método ABC, con las situaciones diarias para reforzar lo aprendido (Ficha 17) 	10 min.
Desarrollo	<p>“YO CREO LO QUE QUIERO CREER”</p> <p>Se dará una explicación sobre la costumbre de pensar las cosas de una misma manera e interpretar todo desde esa misma perspectiva, aun cuando no tenemos pruebas de que sea cierto. Estas formas de pensar nos hacen sentir mal, ya que frecuentemente nos equivocamos al pensar (Ficha 18). Se describirán algunos ejemplos y se hará una breve actividad, se le dará diversos adjetivos, de los cuales, las niñas escogerán cuál o cuáles de ellos van conforme a su verdadero “yo soy”, luego se le pregunta si ellas creen que los demás niños piensen de la misma forma. Se le explicará que no todos pensamos igual y a veces tenemos diferentes conceptos de las cosas y las personas. (Ficha 19)</p>	20 min.
	<p>“LOS ANTEOJOS DE LAS CREENCIAS”</p> <p>Las creencias firmes que tenemos sobre nosotros mismos o los demás son como anteojos con los cuales vemos la vida. Por ello se le dirá al niño que pruebe con que lentes mira mejor (Ficha 20) y que así pueda discernir con cuál de ellos le gustaría ir caminando por la vida, asimismo, se le dirá a qué se refiere cada uno de esos lentes. Se le enseñará una serie de pensamientos, y tendrán que decir que lentes le corresponde (ficha 21).</p>	20 min.

Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Termómetro del estado del ánimo. (Ficha 1) • Completar la ficha del “anteojos de las creencias”, con las situaciones diarias para reforzar lo aprendido (Ficha 22) 	5 min.
	TOTAL	55 min
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas de la 18 a la 22 • Lentes de sol y otros 	

FICHA N° 18
YO CREO LO QUE QUIERO CREER

Por ejemplo:



La mujer y el chico tienen una idea muy fuerte y no importa si es así o no. Esa idea no la quieren cambiar por nada.

FICHA N° 19

YO SOY

Divertido	Tonto	Lindo	Miedoso	Desconfiado
Cariñoso	Asustado	Nervioso	Feo	Obsesivo
Inseguro	Amargado	Peleador	Inteligente	Tímido
Exagerado	Solitario	Perfeccionista	Confuso	Chistoso
Malhumorado	Desobediente	Buen amigo	Alterado	Distraído
Alegre	Seguro	Ganador	Chévere	Inútil
Deportista	Gritón	Molesto	Sedentario	Vago
Perdedor	Inquieto	Antipático	Exigente	Valiente
Chismoso	Presumido	Risueño	Amable	Juguetón

YO SOY:

FICHA N° 20
LOS LENTES DE LAS CREENCIAS

Lentes Catastróficos:

- Todo es peligroso
- No me puedo defender
- No puedo resolver los problemas
- Me puede pasar algo
- Me van a criticar
- Tengo que tener mucho cuidado
- Soy débil, frágil



Lentes Oscuros:

- Soy un inútil
- Nadie me quiere
- Todo me sale mal
- No sirvo para nada
- Fue culpa mía
- Las niñas no les gusta jugar conmigo



Lentes Espejados:

- La culpa es de ellos
- Me odian
- Están todos contra mí
- Me lo hace a propósito
- Me tienen harto
- Son todos unos tontos



FICHA N° 21

Completar la ficha

SITUACIÓN			
Si me ven bailar se van a reír de mí.			
No sirvo para nada.			
Si paso de año es pura casualidad.			
Es injusto que me digan lo que tengo que hacer.			
Soy un desastre.			
¿Será un ratero ese ruidito que escuche?			
Me puede pasar algo si mis padres no están			
¡¡Mis hermanos me tienen cansado!!			
A mí no me quiere nadie.			
¿Y si ese perro me muerde?			

FICHA N° 22

Ahora es tu turno de colocar todas las situaciones que tienes en un día a día completa la ficha.

SITUACIÓN			

SESIÓN N° 8		
OBJETIVO: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA		
Reconocer pensamientos irreflexivos y modificarlos para una mejor comunicación.		
PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
Repaso	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre la sesión 7 • Revisar el Termómetro del estado de ánimo: ¿Cómo te sentiste llenándolo cada día? ¿Tuviste alguna sorpresa? • Revisar la ficha “anteojos de las creencias” (Ficha 22) 	10 min.
Desarrollo	<p>“ERROR DEL ADIVINO”</p> <p>Se les explicará a las niñas que muchas veces erramos al adelantarnos a “suponer” cosas que realmente no pasaron, y es así como podemos hacer que los demás se alejen de nosotros o sentirnos mal por no estar con nuestros amigos. Se les dará un ejemplo y se les pedirá que cambien la situación, simplemente cambiando el pensamiento en tal ejemplo (Ficha 23).</p> <p>“¡ESTO ES UN ASALTO!”</p> <p>El pensamiento de que algo malo nos puede pasar a nosotros o que vivimos entre la maldad, nos hace actuar siempre con miedo. Por eso, se les dirá a las niñas que nos cuente y escriba por qué situaciones han pasado las cuales las han hecho sentir que se encontraba en gran peligro (Ficha 24).</p>	20 min.
Actividad complementaria	<ul style="list-style-type: none"> • Termómetro del ánimo. (Ficha 1) • Crear su propia historia basada en la ficha “Error del adivino”. 	20 min.
	Total	55 min.
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas de 23 y 24 • Lápices 	

FICHA N° 23
ERROR DEL ADIVINO



A partir del ejemplo nos gustaría que te animaras a contarnos cuál fue tu pensamiento cuando ingresaste a la casa hogar.

Crea tu propia historieta sobre esta situación:

FICHA N°24

¡ESTO ES UN ASALTO!

Luis se encontraba muy tranquilo al llegar a su casa, cuando de pronto apareció su sobrino de visita y él quedó muy asustado ya que le estaba apuntando con una pistola de juguete, él pensó que podría ser un delincuente vestido de niño y se puso a llorar.



Ahora es tu turno

¿Cuáles son las situaciones que te causaron miedo cuando ingresaste a la casa hogar?

¿Cuál era tu pensamiento en cada una de ellas?

SESIÓN N° 9		
OBJETIVO: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA		
PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
Repaso	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre la sesión 8 • Revisar el Termómetro del estado de ánimo: ¿Cómo te sentiste llenándolo cada día? ¿Tuviste alguna sorpresa? • Revisar la historia que crearon en base a la ficha “el error del adivino”, y que cuenten su historia de forma voluntaria. 	15 min.
Desarrollo	<p>“ALARMAS QUE FUNCIONAN BIEN Y ALARMAS QUE FUNCIONAN MAL”</p> <p>Las niñas deben aprender sobre los recursos y peligros con los que vivimos, pero deben aprender que todo peligro es menor a los recursos con los que podemos contar, por ello se les explicará que muchas veces podemos ver la vida con los anteojos catastróficos, pero debemos quitárnoslos y regular nuestra alarma. Se dará una ficha para que pueda distinguir entre diversos pensamientos, cuál de ellos está siendo recurrente en él (Ficha 25).</p>	20 min.
	<p>“¡LEONES O LEONCITOS!”</p> <p>Se dará un breve ejemplo con respecto al tema anterior y se le pide que llene una ficha, donde deba escribir sobre los peligros que antes creía que los albergues le podrían causar, se discutirá sobre sus respuestas al concluir la ficha (Ficha 26).</p>	20 min.
Actividad complementaria	<ul style="list-style-type: none"> • Termómetro del estado de ánimo. (Ficha 1). • Completar la ficha de “como agrandamos el peligro” (Ficha 27). • Completar la ficha de “registro de peligros”(ficha 28) 	5 min.
	Total	60 minutos

Materiales	<ul style="list-style-type: none">• Fichas de 25, 26, 27 y 28
	Lápices

FICHA N° 25

ALARMAS QUE FUNCIONAN BIEN Y ALARMAS QUE FUNCIONAN MAL



Esto es parecido a lo que pasa con las alarmas de los autos: cuando funcionan bien, suenan solamente si algunos ladrones intentan robar el vehículo. ¿Viste lo que pasa cuando funcionan mal y se descontrolan? ¡Se activan ante cualquier cosa! Una fuerte corriente de aire, alguien que inocentemente se apoyó encima de la maletera, pueden hacer que se quede sonando toda la noche sin razón suficiente.

En los seres humanos, esa alarma que es la ansiedad también puede desregularse y ponerse a sonar ante cualquier cosa. Y el resultado es: podemos asustarnos ante situaciones que no merecen la pena, estar constantemente nerviosos y alterados, etc.

¿Cuál o cuáles de estos pensamientos están invadiendo mi cabeza?

Marca con una X todos aquellos con los que te identifiques y si deseas puedes añadir otros.

Me van a Criticar	Soy Aburrido	El examen estará súper Difícil
Me voy a morir	Algo malo me puede pasar	No entiendo nada
Yo solo no puedo	A veces me siento solo	Yo seré el culpable
Nadie me ayuda	Si mis papás no están, algo malo me va a pasar	

¿Crees que tener esos pensamientos te anima o te entristece?

FICHA N°26
¡LEONES O LEONCITOS!

¿Qué pensarías y sentirías si te encontraras con este feroz león?



Ahora, ¿si ese león estuviese en su jaula?



¿Y si además tuvieras un escudo?



¿Y una escopeta?

¿Y si te
acompañara el
guardia del
zoológico?



... ¿O si fuese un
león de peluche?

FICHA N° 27

COMO AGRANDAMOS EL PELIGRO

LEONES QUE PENSABA QUE ERAN SALVAJES	LEONES QUE RESULTARON SER DE PELUCHE
	

FICHA N°28
REGISTRO DE PELIGROS

A partir de ahora te vamos a pedir que cada vez que te imagines que hay un peligro, pienses si hay peligro real o es solo tu imaginación. A continuación, tienes una tabla para ir anotando para que converses con las personas que te cuiden.

DÍA	SEMANA 1: PELIGRO QUE IMAGINÉ	SEMANA 2: PELIGRO QUE IMAGINÉ
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

SESIÓN N° 10		
OBJETIVO: REDES DE APOYO		
PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
Repaso	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre la sesión 9 • Revisar el Termómetro del estado de ánimo ¿Cómo te sentiste llenándolo cada día? ¿Tuviste alguna sorpresa? • Revisar la actividad complementaria “Como agrandamos el peligro” y “registro de peligro”, que cuenten su experiencia voluntariamente. 	15 min
Desarrollo	<p>“RECUERDO LO QUE APRENDO”</p> <p>Siguiendo con el tema anterior, las niñas deberán completar la ficha teniendo como una situación “vivir en la casa hogar”, pero en esta oportunidad, ellas deben escribir cuáles son los recursos con los cuales cuenta contra esta situación que está pasando (Ficha 29).</p> <p>Después de completar la ficha, se hablará junto con las tutoras sobre los recursos que tienen las niñas.</p> <p>El objetivo de este, es que las niñas puedan notar que no están solas en esta lucha, ya que cuentan con el apoyo de la casa hogar y de sus tutoras.</p>	20 min
	<p>“QUIERO UN MOMENTO CONTIGO”</p> <p>Ya que en la anterior actividad se pudo involucrar mucho más a las tutoras, se ofrecerá un espacio para que las tutoras puedan hablar con las niñas sobre sus sentimientos y pensamientos con respecto a la situación que pasan.</p>	15 minutos

	El objetivo es que las niñas sientan que las tutoras también pueden pensar y sentir positivamente sobre su situación.	
Actividad complementaria	<ul style="list-style-type: none"> • Termómetro del ánimo. (Ficha 1) • Completar la ficha de red de apoyo (ficha 30) 	5 minutos
	Total	60 minutos
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas de 29 y 30 • Lápices 	

FICHA N°29
RECUERDO LO QUE APRENDO

SITUACIÓN:

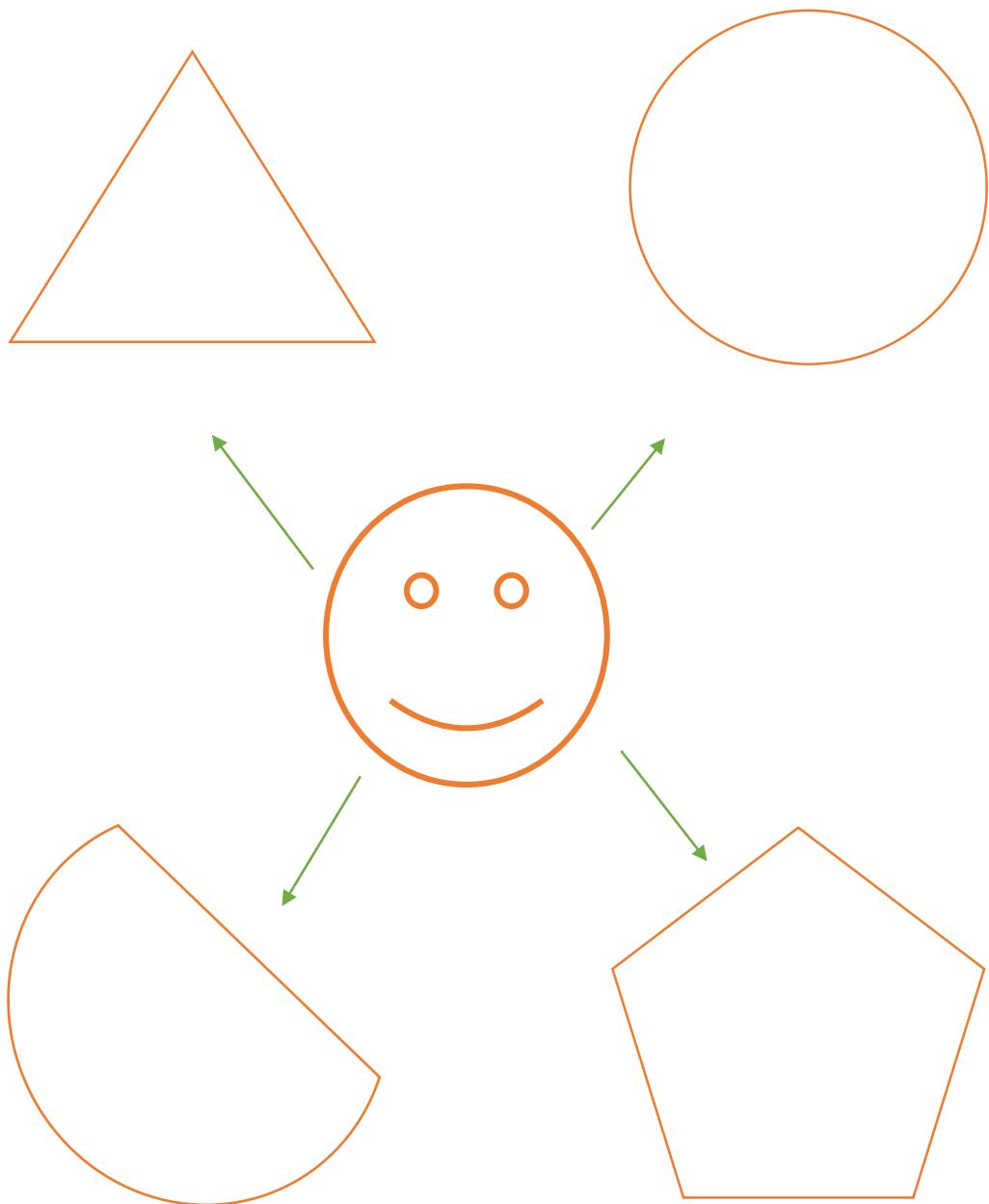
¿QUÉ ERA LO QUE PENSABAS?

ESCRIBE TODOS LOS RECURSOS QUE TIENES PARA AFRONTAR ESTA SITUACIÓN:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

FICHA N° 30
MI RED DE APOYO

Escribe los nombres de las personas que te apoyan en cualquier circunstancia de tu día a día (Tutoras, amigas, psicóloga, profesora, etc)



SESIÓN N° 11

OBJETIVO: REDES DE APOYO

Comprender la relación de su comportamiento con sus sentimientos, con el fin de reemplazar sus conductas generadoras de tristeza y apatía por otras, como el juego y las relaciones sociales, que conlleva placer y mejoran su estado de ánimo.

PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
Repaso	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre la sesión 10 • Revisar el Termómetro del estado de ánimo. • Revisar la carta que escribieron a quienes consideran su red de apoyo, y que compartan voluntariamente. 	15 min.
Desarrollo	<p>PENSAMIENTOS QUE BLOQUEAN Explicar que Algunos pensamientos pueden bloquear la formación de redes sociales. Por ejemplo:</p> <p>“No me han llamado, parece que ya no les importo.”</p> <p>“Yo no le voy a pedir perdón.”</p> <p>“Yo no le caigo bien.”</p> <p>“Nadie me entiende.”</p> <p>“No la puedo perdonar.”</p> <p>Para esto se recurre a sesiones anteriores para que cambien estos pensamientos errados.</p>	20 min.
	<p>“LOS ESPIRALES”</p> <p>Se explicará a las niñas, sobre los espirales por los que las personas vamos pasando, ya sean descendientes o ascendentes. Se le enseñará un ejemplo donde un niño pasa por los dos tipos de espirales (Ficha 30).</p> <p>Se entregará una ficha en la cual, ellas deben escribir una o dos situaciones en las que haya pasado por esos tipos de espirales (Ficha 31)</p> <p>Se les pedirá que nos expliquen el porqué de sus espirales y si hay algo que le hubiera gustado cambiar en alguno de ellos.</p>	20 min.

Actividad Complementaria	<ul style="list-style-type: none"> • Termómetro del ánimo. (Ficha 1). 	5 min.
	Total	60 minutos
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas 31 y 32 • Lápices y colores 	

FICHA N° 31
LOS ESPIRALES



FICHA N° 32

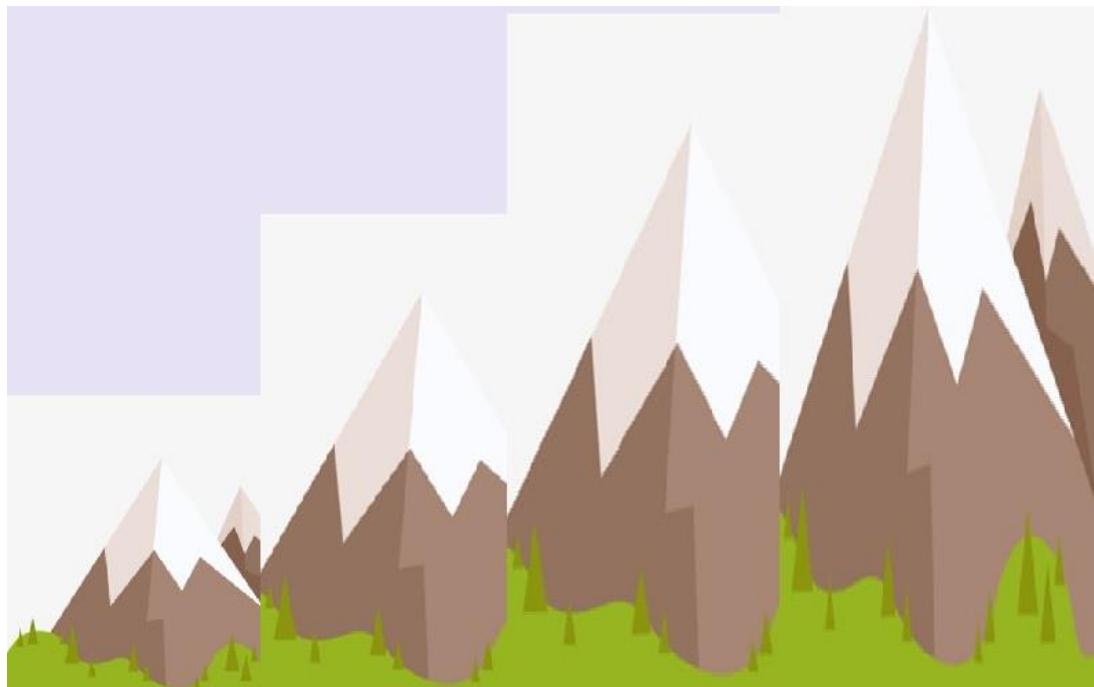
Ahora es tu turno, dibuja y completa un espiral con cosas que te hayan pasado

SESIÓN N° 12		
OBJETIVO: REDES DE APOYO		
PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
Repaso	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre la sesión 11 • Revisar el Termómetro del estado de ánimo. 	15 min.
Desarrollo	<p>“¿DIFICULTAD PARA ARRANCAR?”</p> <p>Se explicará a las niñas qué son las metas y cómo alcanzarlas y como esto puede ayudar a sentirse mejor. Compartir sus metas con su red de apoyo para recibir ánimo para su cumplimiento.</p> <p>Se dará una breve introducción sobre los planes que hay hacia un futuro cercano y lejano. Se le entregará la ficha donde hay un ejemplo práctico, donde las niñas puedan reconocer que no siempre se logra todo fácilmente, sino que se necesita esfuerzo y pequeños pasos para lograr lo que uno quiere. (Ficha 33).</p>	30 min.
Actividad complementaria	<ul style="list-style-type: none"> • Termómetro del ánimo. (Ficha 1) • Completar la ficha “Metas a lograr” (Ficha 34) 	5 min.
	Total	50 min.
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas de la 33 y 34 • Lápices 	

FICHA N° 33

¿DIFICULTAD PARA ARRANCAR?

¿Qué quieras llegar a ser? ¿Qué quisieras hacer en un futuro?



Resume lo que hablamos hoy:



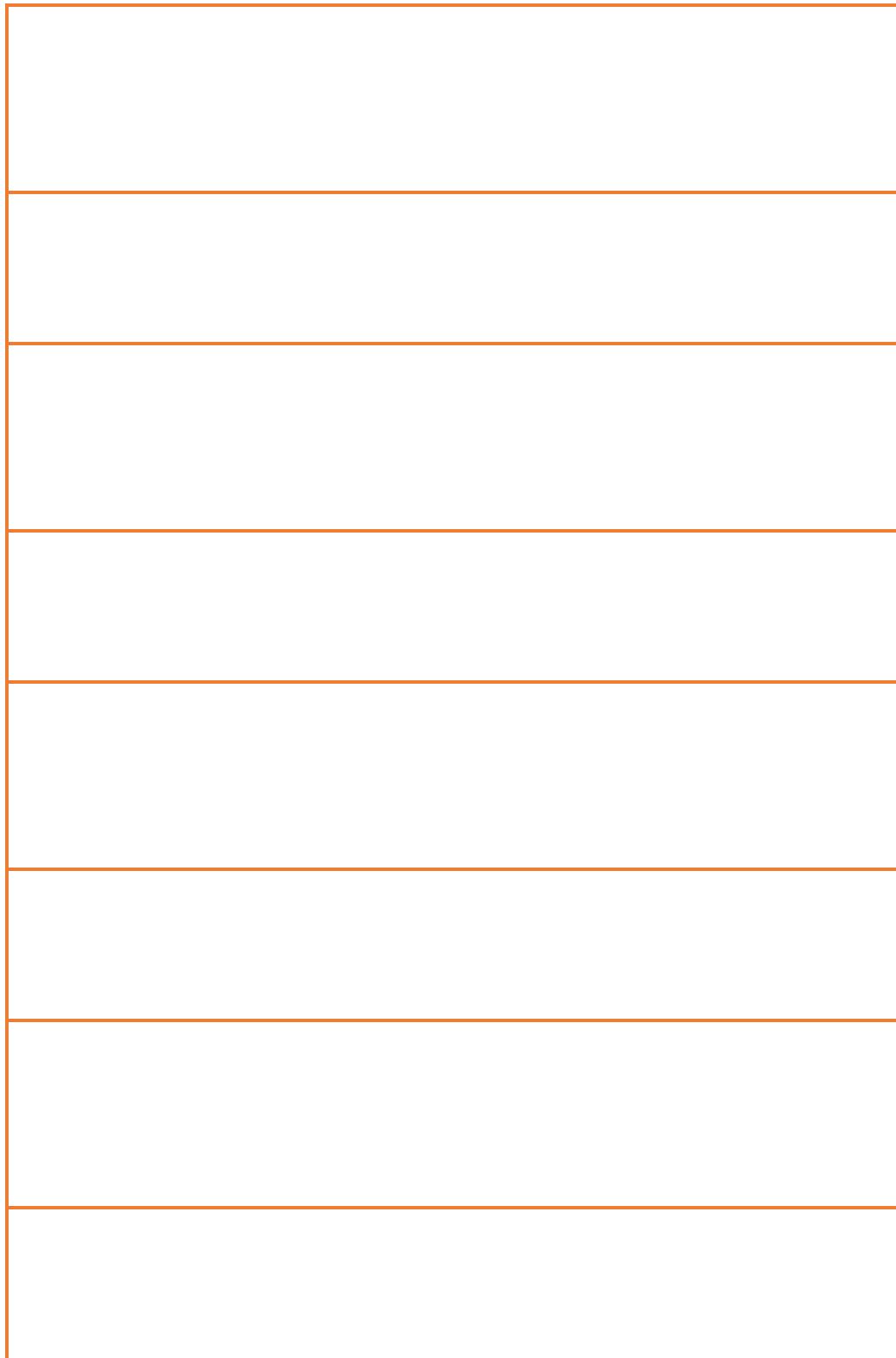
¿Qué es lo que tú quieras lograr dentro de la casa hogar?



FICHA N° 34
METAS A LOGRAR

A CORTO PLAZO

A MEDIANO PLAZO



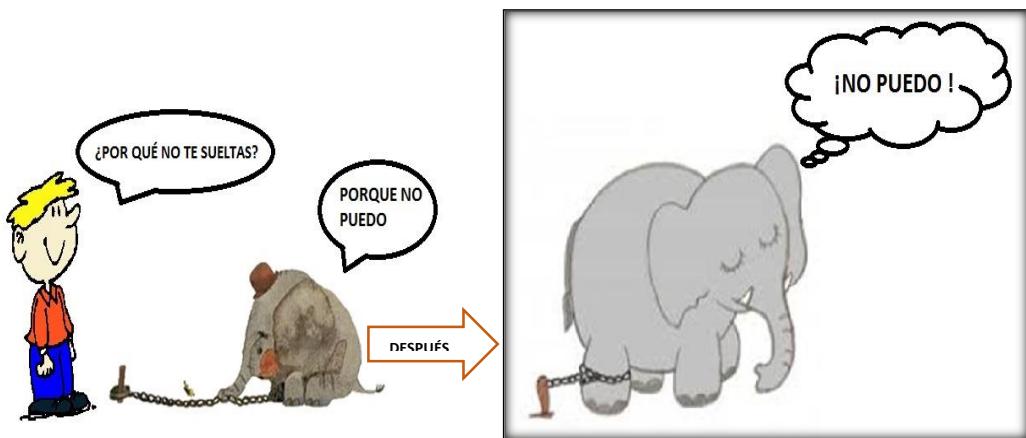
SESIÓN N° 13

OBJETIVO: POTENCIANDO LO APRENDIDO

Identificar qué recuerdos o pensamientos no les permite tener un buen desarrollo emocional.

PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
Repaso	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre la sesión 12 • Revisar el Termómetro del estado de ánimo • Revisar la ficha “metas a lograr” y que compartan de forma voluntaria. 	15 min.
	<p>“TENGO UNA ESTACA”</p> <p>Se les contará a las niñas la historia del elefante y la estaca, se les explicará que muchas personas viven como el elefante, con creencias (anteojos) que no los dejan avanzar, no ven un futuro y se quedan atrás, atados en una estaca del pasado. Se le da una ficha donde pueda contestar una serie de preguntas con respecto al tema (Ficha 35).</p>	20 min.
Desarrollo	<p>“A COMBATIR LA TRISTEZA”</p> <p>Algunas veces, estando en un lugar no muy agradable nos sentimos tristes y desanimados. Las niñas deberán responder si estar en la casa hogar es agradable, tanto como estar en colegio o con los amigos. Se les pregunta cuál fue su pensamiento la primera vez que fue a la casa hogar, como se sintió en ese momento. Se le dará una ficha donde pueda escribir su pensamiento, las pruebas a favor y las pruebas en contra de ese pensamiento (Ficha 36).</p>	20 min.
Actividad Complementaria	Termómetro del ánimo. (Ficha 1)	5 min.
	Total	60 min.
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas 35 y 36 • Lápices 	

FICHA N° 35
TENGO UNA ESTACA



1. ¿TE GUSTARÍA VOLVER EL TIEMPO ATRÁS?

2. ¿ALGUNA VEZ TE HAS SENTIDO COMO EL ELEFANTE?

3. ¿AHORA QUE PIENSAS QUE ES UNA ESTACA EN TU VIDA?

4. SI VINIERAS DEL FUTURO Y TE DIJERAS ALGO, ¿QUÉ SERÍA?

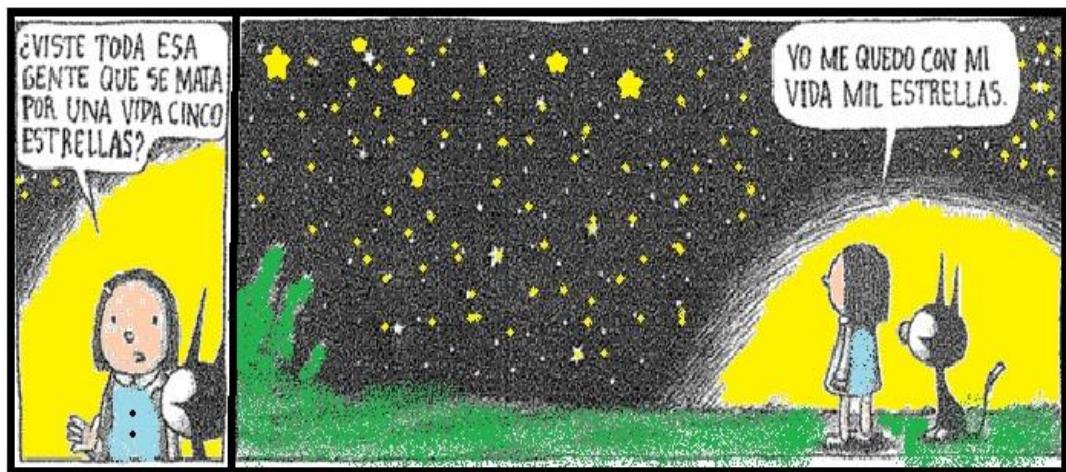
FICHA N°36
A COMBATIR LA TRISTEZA

PENSAMIENTO:

PRUEBAS A FAVOR	PRUEBAS EN CONTRA

SESIÓN N° 14		
OBJETIVO: POTENCIANDO LO APRENDIDO		
PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
Repaso	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre la sesión 13 • Revisar el Termómetro del estado de ánimo 	10 min.
Desarrollo	<p>“LOS PUNTOS DE VISTA DE ENRIQUETA”</p> <p>Se les entregará la ficha a las niñas, donde encontrarán un dialogo de Enriqueta, en la cual se puede ver la linda forma de ver las cosas y eso hace que se sienta bien con su vida (Ficha 37).</p>	20 min.
	<p>“MENSAJE FAMILIAR”</p> <p>Se le explicará que algunas veces las personas que queremos u otras niñas nos dicen cosas que nos hacen sentir tristes, como en el caso de la ovejita (Ficha 38).</p> <p>Se les pedirá a las niñas que le escriban una carta a esa ovejita para poder ayudarla.</p>	20 min.
Actividad complementaria	<ul style="list-style-type: none"> • Termómetro del estado de ánimo. (Ficha 1) • Se pedirá a las niñas que escriban una carta a alguna persona que en algún momento le hizo sentir triste, donde pueda expresarle todo lo que sintió y no pudo decírselo en ese momento. 	10 min.
	Total	60 minutos
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas de la 37 a la 38 • Lápices 	

FICHA N° 37
LOS PUNTOS DE VISTA DE ENRIQUETA



Enriqueta tiene una linda forma de ver las cosas y eso la hace sentirse bien con su vida. Es importante aprender a ver las cosas CLARAMENTE. Distorsionar las cosas que vemos es cómo enfocar mal la lupa.

Sí magnificamos los datos malos, perdemos de vista o minimizamos los buenos, si está ocurriendo alguna de las distorsiones que te explicamos. Fíjate poniendo la lupa si estás en un lugar equivocado y trata de recuperar la información que te falta.



FICHA N°38

MENSAJE FAMILIAR



Esta oveja gris se siente distinta a las demás y encima se lo dicen claramente. A veces las personas que más queremos nos dicen cosas por el estilo y nos sentimos terriblemente mal, tristes o deprimidos.

Escríbelle una carta a la ovejita gris para ayudarla a sentirse mejor:

Querida ovejita:

Ahora escríbele una carta a alguna persona que en algún momento te hizo sentir triste, exprésale todo lo que sientes y no pudiste decírselo antes.

SESIÓN N° 15

OBJETIVO: POTENCIANDO LO APRENDIDO

Reconocer los aspectos positivos y negativos que han vivido, para que puedan ser conscientes de que aspectos mejorar.

PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
Rapaso	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre la sesión 14 • Revisar el Termómetro del ánimo. • Revisar la carta que escribieron a la persona que algún día les hizo sentir triste y que lo compartan de forma voluntaria. 	15 min.
Desarrollo	<p>“RESUMEN DE MI VIDA”</p> <p>Se les pedirá a las niñas que completen la ficha con aspectos positivos y negativos de su vida, ya sea, en la casa hogar, colegio, con sus amigos y compañeros, con los tutores, en la calle o con desconocidos (Ficha 39).</p>	20 min.
	<p>“LA TORTA”</p> <p>Se les explicará a las niñas que escriban en un cuadro de la ficha cuáles son las cosas que no soporta y las cosas que si soporta. Después se les pedirá que lo grafique en una torta, ¿qué porción ocupa cada una de las cosas que escribió? (Ficha 40).</p>	20 min.
Actividad complementaria	Termómetro del ánimo. (Ficha 1)	5 min.
	Total	60 min.
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas de la 39 y 40 • Lápices • Plumones y colores 	

FICHA N° 39
RESUMEN DE MI VIDA

Instrucciones: Completa la ficha con aspectos positivos y negativos de tu vida, ya sea tu familia, la casa hogar, colegio, amigos y compañeros.

ASPECTOS POSITIVOS	ASPECTOS NEGATIVOS

FICHA N°40

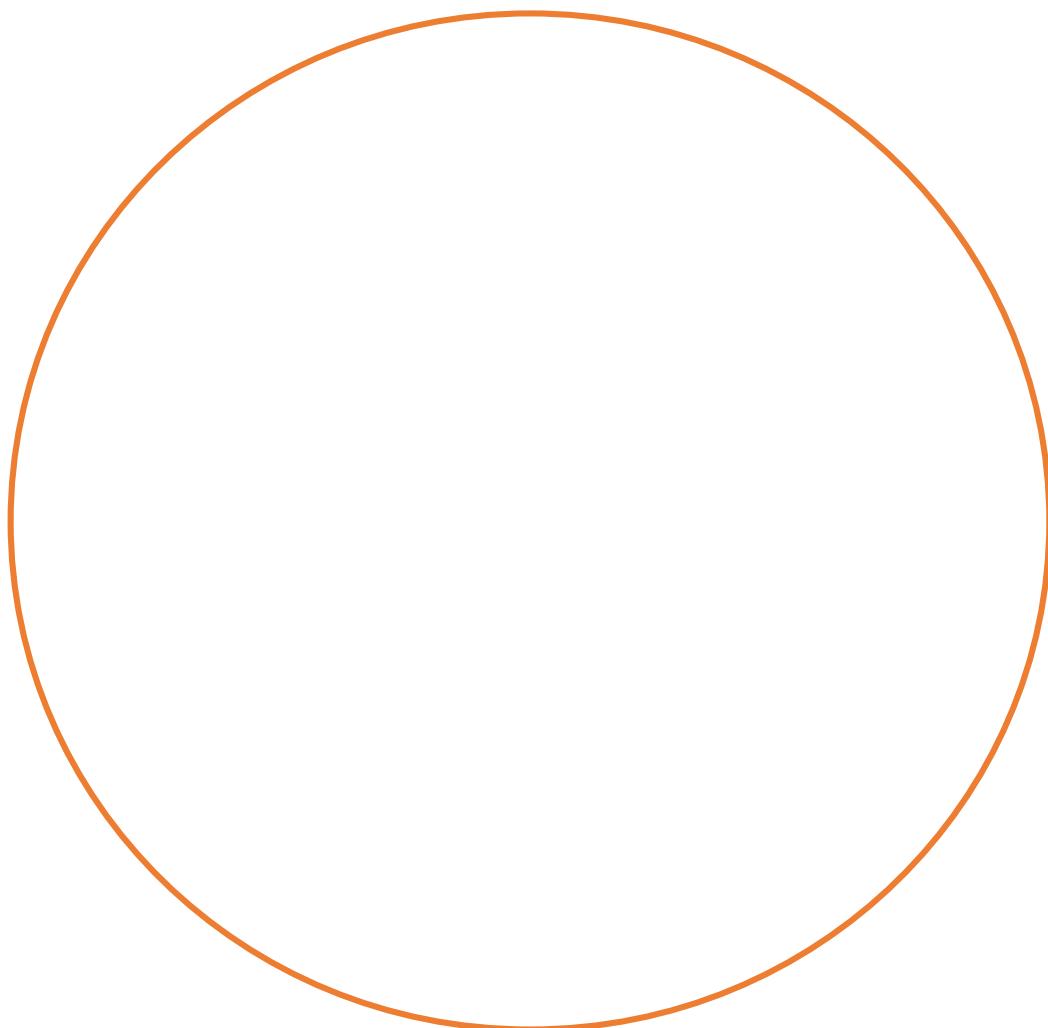
LA TORTA

Antes de preparar la torta seleccionaremos los ingredientes, pensaremos en las cosas que si soporto y las cosas que no soporto.

COSAS QUE NO SOPORTO	COSAS QUE SI SOPORTO

Aquí puedes graficar tu torta de acuerdo a lo que te gusta y no te gusta.

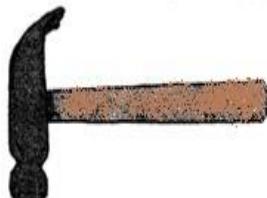
¿Qué porción ocupa cada una de las cosas que escribiste?



SESIÓN N° 16		
OBJETIVO: POTENCIANDO LO APRENDIDO		
Buscar que las niñas, puedan desarrollar la resolución de problemas en base a los recursos aprendidos durante todo el programa.		
Aplicar el Cuestionario de Depresión en Niños (CDS), para comparar los resultados del pre test y el post test y verificar la efectividad del programa.		
PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
Repaso	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre la sesión 15 • Revisar el Termómetro del estado de ánimo. 	10 min.
Desarrollo	<p>“LOS PROBLEMAS DEL CARPINTERO”</p> <p>Se les contará a las niñas “La historia del carpintero”. Se les realizará las preguntas de la ficha, y se le pedirá que las completen y creen una moraleja para esta historia (Ficha 41).</p>	20 min.
Evaluación Final	<p>Se evaluará mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS). Se tomará el post test con el grupo de niñas para confirmar la hipótesis sobre el impacto del programa.</p>	30 min.
	Total	60 minutos
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha 41 • Lápices 	

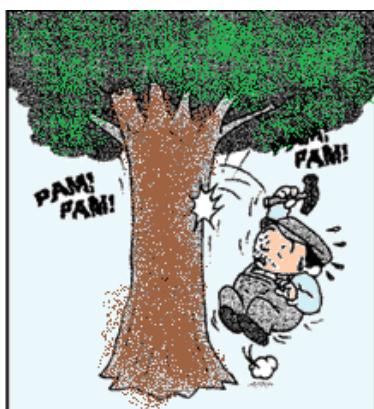
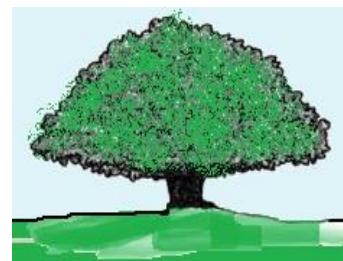
FICHA N° 41
LOS PROBLEMAS DEL CARPINTERO

Matías es un carpintero, toda su vida se dedicó a hacer todo tipo de cosas con la madera: sillas, mesas, armarios, ¡hasta casas! Era su trabajo y lo hacía bien. Estaba súper orgulloso. Hasta que un día le ocurrió uno de esos problemas que todos enfrentamos en la vida. ¡Se le acabaron las reservas de madera! Y para colmo, no pudo encontrar ningún leñador en el pueblo. Todos habían ido a trabajar a los bosques del Sur.



Entonces, quiso intentar solucionar el problema él mismo. Se decidió a cortar árboles para obtener su propia madera. Fue directo hacia el bosque llevando su herramienta favorita, la que lo había hecho famoso: ¡El martillo más rápido del oeste!

Al llegar al bosque encontró un roble importante. "¡Este es mío!", pensó. Y fue a golpearle y golpearle con el martillo. Pero el roble no caía.



Matías se empezó a inquietar. Y luego a frustrarse cada vez más, "¿Qué pasa con este roble? ¿Me está tomando el pelo?", se decía. Así que intentó con otro roble del bosque. Dale que te dale con el martillo.

Al llegar la tarde, ya había golpeado con todos los árboles del bosque, sin resultado. Tenía la mano inflamada como un globo, y sentía un gran dolor y cansancio.

Confuso y frustrado, no podía entender lo que pasaba. Al martillo más rápido del oeste y unos árboles de porquería se le resistían. Cansado y triste, Matías decidió volver a casa.



¿Qué se te ocurre para ayudarlo? ¿Qué error te parece que cometió el carpintero? ¿Qué le recomendarías?

¿Dónde está el problema? ¿Te parece que el problema es que los árboles son muy duros? ¿O es otro?

¿Qué herramientas o alternativas, le podrías sugerir que utilice en lugar del martillo?

1. _____
2. _____
3. _____

Quizás puedes pensar que Matías es un testarudo, que se empeña en resolver su problema con un martillo, a pesar de que ya había comprobado que no iba a lograr nada. Pero por lo general, las personas no somos tan diferentes a este carpintero. Huchas veces nos empeñamos en utilizar la misma herramienta o estrategia a pesar de que no nos da resultado.

MORALEJA:



CASO 1

Presentado por la bachiller

Jennifer Helen

Aguilar Montes

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y Apellidos** : K.E.A.H.B.
- **Edad** : 9 años y 2 meses
- **Sexo** : Femenino
- **Fecha de Nacimiento** : 20 de septiembre del 2009
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Procedencia** : Arequipa
- **Grado de Instrucción** : 3ro de primaria
- **Ocupación** : Estudiante
- **Religión** : católica
- **Informantes** : Madre, padre y profesora de paciente
- **Lugar de Evaluación** : Hospital III Yanahuara EsSalud
- **Fechas de Evaluación** : 06, 13, 20, 27 de noviembre del 2018
- **Examinadora** : Jennifer Helen Aguilar Montes

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente viene a consulta acompañada con su madre, quien refiere que la menor “empezó a sacarse las pestañas a los 7 años de edad y ahora no solo son las pestañas, sino que también se saca los cabellos de la cabeza y se los come.” Fue diagnosticada por psiquiatra con Tricotilomanía. La psiquiatra la derivó a Psicología para iniciar psicoterapia.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL

A los 3 años de edad la profesora de inicial le refería a la madre que menor se comía los crayones, goma, silicona líquida y jaboncillo. Los padres de la menor refieren que el problema de Tricotilomanía se inicia hace dos años aproximadamente, a la edad de 7 años empezó arrancándose las pestañas hasta producir una alopecia en las pestañas, las llamadas de atención de los padres parecían empeorar la situación.

A los 8 años de edad la menor empezó a cortarse el pelo por mechones a tal punto que solo dejó un mechón en la zona occipital, por lo que padres optaron por cortarle el cabello que le quedaba para que menor tenga menos opción de arrancárselos. En enero del 2018, cuando menor aún tenía 8 años, fue diagnosticada por psiquiatra con Tricotilomanía (F63.3) Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos, según el CIE 10, y medicada con Sertralina, Risperidona y Clonidina medicamentos que según lo que madre refiere “no hacen ningún efecto”, pero que sigue tomándolos hasta la actualidad.

A la edad actual, 9 años, a pesar de tener el cabello corto, la menor se arranca los pelos pequeños uno por uno y se los come, sumándose a esto que es observable la alopecia en las pestañas.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

a) Etapa Pre-natal

Padres refieren que embarazado no fue planificado; sin embargo, se despertó la ilusión de paternidad y maternidad por lo que esperaban con ansias a su primogénita; madre refiere que ella prefería que sea de sexo masculino.

En cuanto al estado psicológico de la madre durante el embarazo refiere que se sentía muy triste y que lloraba casi todo el tiempo por problemas con su esposo.

b) Etapa Natal

El nacimiento fue por parto normal sin presentar complicaciones en el proceso, pesó 3 kilos con 400 gramos, su talla no es recordada por la madre, lloro al instante, Apgar 9.

c) Etapa Post-Natal

La menor lactó con normalidad, ingirió alimentos sólidos a los 6 meses, pero mostraba poco apetito hasta los 3 años aproximadamente.

d) Desarrollo Psicomotor

Padres refieren que su desarrollo fue normal, sostuvo su cabeza a los 3 meses, gateo entre los 7 u 8 meses, dio sus primeros pasos al año y tres meses, se comunicaba mediante palabras al año y dos meses, sin presentar problemas en lo posterior.

La menor siempre ha estado a cuidado de la madre, quien dejó su trabajo 2 años por cuidarla, posterior a ello la madre retoma su laburo en un centro educativo como profesora de inicial, donde lleva a la paciente por no tener con quien dejarla y nota su predominio lateral izquierdo.

Madre refiere que desde pequeña siempre estaba en movimiento, “parecía como si no podría parar, se paraba de la silla y no podía tenerla tranquila, corría de un lado para otro, siempre estaba jugando.”

Actualmente la menor no presenta dificultades en su desarrollo psicomotor.

Educación esfinteriana. Hábitos higiénicos

La menor controló sus esfínteres entre los 2 años y medio y 3 años.

Sus hábitos higiénicos son dirigidos por la madre quien se hace cargo de recordarle e insistir a la paciente que cumpla con su rutina de aseo personal, madre aún se encarga del baño de la menor.

Sueño

Menor hasta los 2 años dormía 16 horas al día aproximadamente, actualmente demora en conciliar el sueño, madre la acuesta a las 8 pm hasta las 6 am. Sin embargo, le cuesta despertar.

Síntomas Neuropáticos

Madre refiere que no presentó enfermedades graves en esta etapa a no ser que a los 3 años se comía los crayones, goma, silicona líquida y jaboncillo según lo que su profesora le refería, además consumió Vick Vaporu lo que le impidió respirar, este acontecimiento no tuvo repercusiones en lo posterior.

e) Etapa Escolar

Madre refiere que a los 2 años de edad fue una época difícil para ambas, madre e hija, puesto que menor comenzó a asistir como alumna al jardín donde la madre se desempeña como profesora de niños de 5 años, la dificultad fue que la menor no quería separarse de su madre por lo que lloraba con mucha frecuencia, lo que obligó a mamá llevarla a su clase, menor no la dejaba trabajar con normalidad porque no quería que su madre se acerque a los alumnos y hacía rabietas, golpeaba a los otros niños y lloraba todos los días, recibiendo constantes llamadas de atención de su madre y castigos físicos, sin embargo esta conducta se mantuvo durante

todo el año. A los 3 años deciden cambiarla de jardín para evitar este conflicto, donde profesora refirió que menor se comía los materiales que usaban como crayones, goma, silicona y jaboncillo.

A los 6 años inicia la primaria en el colegio “Nuestra Señora de Lourdes”, donde asistía con entusiasmo, actualmente cuenta con movilidad que la lleva y la retorna, porque el horario de trabajo de los padres les impide recogerla.

Su conocimiento de las materias que se dictan es óptimo, sin embargo, no le gusta escribir, “nunca le gusta escribir y cuando lo hace omite letras” refirió madre, esta situación hacía que la madre sea muy exigente con ella instándola a que escriba correctamente añadiendo castigos cuando la menor no lograba realizar la tarea encomendada.

Igualmente, profesora de la menor presentó quejas refiriendo que: “no copia lo que le dicto o lo que está escrito en la pizarra”; sin embargo, a pesar de presentar deficiencia en su escritura su lectura es fluida, su comprensión lectora y sus intervenciones orales están por encima del promedio de su salón, la profesora la considera participativa, muy inteligente y traviesa como todo niño.

La menor refiere que hay días que no le gusta ir a la escuela porque los demás se burlan de ella por el problema actual que presenta (Tricotilomanía), diciéndole “eres fea”, pero que ahora que la volvieron a poner en el grupo de sus amigas se siente mejor.

f) Historia de recreación

La menor juega con sus compañeras del colegio con frecuencia, son pocas las veces que se niega a jugar con ellas por no acceder a los juegos que ella prefiere, esto según lo referido por la profesora.

En cuantas actividades lúdicas fuera del colegio la madre de la menor refiere que por las tardes juega con sus primas, juegos que no son supervisados constantemente.

En cuanto a las actividades deportivas, actualmente sale a manejar bicicleta con su padre y lleva clases temporales de natación y yoga, las cuales disfruta.

g) Desarrollo y función sexual

Madre de la menor refiere que la menor vio pornografía a inicios de este año y lo hizo constantemente durante dos meses hasta que por accidente la mamá descubrió las páginas de internet que la menor veía. Refiere “había noches que encontraba su ropa interior mojada con olores fuertes”.

Por esta situación la madre decidió hablar con menor enseñándole lo dañino que podría ser para ella seguir con esa actividad y decidieron bloquear todas las páginas pornográficas de internet.

En dos oportunidades de juego con sus primas encontraron a menor sobre su prima y le llamaron la atención.

V. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

a) Enfermedades y accidentes

Área somática

Cuando menor nació doctores informaron a padres que padecía de pubertad precoz y desde enero de este año le inyectan triptorelina mensualmente.

Cuando tenía 2 años la menor presenta arranques de ira incontrolables para la madre, a los 3 años la menor se comía los crayones, goma y otros materiales de uso en su jardín, también consumió Vick Vaporu por lo que fue llevada al hospital, pero no fue necesaria la hospitalización. Actualmente la menor suele comerse el jabón o borrador, esto es según la observación de la profesora.

En enero del 2018, cuando menor aún tenía 8 años, fue diagnosticada por psiquiatra con Tricotilomanía (F63.3) Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos, según el CIE 10, y medicada con Sertralina, Risperidona y Clonidina, medicamentos que según la madre no hacen efecto, pero aun así los sigue tomando.

b) Personalidad Pre mórbida

Juegos:

Su actividad lúdica lo realizaba sola o en compañía sin presentar comportamientos que lo dificulten.

Sociabilidad:

En cuanto a la esfera social dentro del colegio, la menor refiere tener pocas amigas, considera que tiene un grupo pequeño de amigas y cuando a ella la pusieron en otro grupo la pasó mal, nombra a una de sus compañeras en

especial y refiere “ella no es mi amiga, se burla de mí”, siendo su amiga más cercana su prima de 7 años.

Según lo que padres y profesora refieren la menor no tiene problemas para socializar y juega con normalidad.

Su relación con su profesora se vio afectada desde que profesora le llamo la atención por arrancarse el pelo y por mentir, a lo que menor dijo “ya no confío en mi profesora”.

Reacciones afectivas

Padres refieren que menor es muy afectuosa, pero cuando siente molestia por alguna situación verbaliza su enojo diciéndoles a los padres cosas como “los odio, no quiero vivir con ustedes”.

En repetidas oportunidades la menor miente a los padres y profesora con mucha seguridad, a pesar que los padres tienen pruebas de sus mentiras, ella las sostiene hasta que es muy evidente.

Menor cogió dinero en algunas oportunidades que usaba para comprarse cosas, siendo la cantidad mayor de 50 soles, y en el colegio cogía los útiles de sus amigos.

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES

a) Composición Familiar

Su familia está compuesta por 4 miembros, su papá tiene 34 años y se desempeña como obrero en la mina, su madre tiene 34 años y trabaja como profesora de niños de 5 años en un jardín; tiene una hermana menor de 3 años y 7 meses, quien asiste al jardín desde los 2 años.

b) Dinámica Familiar

La relación familiar es rutinaria, padres viven juntos, El trabajo del padre le permite estar en casa una semana por la tarde y otra por las mañanas, mamá llega a su casa a las 3:30pm.

Los padres refirieron haber tenido problemas serios hace años y discusiones delante de la menor, actualmente cuando surgen problemas evitan discutir delante de sus menores hijas.

La menor al llegar del colegio es recibida por su tía, quien tiene una hija de 7 años a quien menor la considera su mejor amiga.

Cuando empezó el problema de arrancarse las pestañas quería irse con abuelos o tíos y no quería estar con sus padres, porque ellos le llamaban la atención.

c) Condición Socioeconómica

Viven en casa propia de 2 pisos, material noble donde la paciente comparte la habitación con su hermana menor.

La madre trabaja como profesora de niños de 5 años, su sueldo está destinado para pagar deudas y gastos del hogar, el padre se desempeña como obrero en la mina parte del sueldo del padre lo ahorrán.

d) Antecedentes Familiares Patológicos

La madre de la menor refiere que en su infancia tenía pensamientos constantes de que a su padre le pasaría algún accidente o moriría y eso la ponía triste y lloraba a escondidas. Durante su juventud, mientras estudiaba en la universidad pensó en quitarse la vida, indicando que pensaba que todo le salía mal.

En la actualidad la mamá de la paciente refiere que tiene esos pensamientos fatalistas de que puede haber pasado algún accidente a su esposo y desahoga llorando.

VII. RESUMEN

La menor tiene 9 años y 2 meses, asiste al servicio de psicología para iniciar psicoterapia, ya que fue diagnosticada con Tricotilomanía en enero del presente año. La menor está a cuidado de la madre desde su nacimiento hasta la fecha.

En la etapa post – natal, la diagnostican con pubertad precoz, razón por la que recibe una dosis mensual de triptorelina.

En cuanto a los datos resaltantes de su desarrollo se relata lo que padres y profesora refieren: que a los 2 años asiste con madre al jardín donde la madre se desempeña como profesora de 5 años, durante esta experiencia es notorio el apego de la menor hacia la madre, porque lloraba cada vez que la sentía lejos y cuando mamá interactuaba con sus alumnos, a lo que menor reaccionaba con rabietas, llanto, entre otros, aunándose a esto los problemas de pareja que tenían los padres de la menor. A los 3 años, inició su etapa escolar lejos de su madre, y profesora refirió que empezó a comerse los crayones, goma, silicona líquida y jaboncillo en el jardín, comentarios que no significaron de gran alarma para la madre.

A los 7 años de edad se arrancaba las pestañas hasta producir alopecia en la zona señalada y poco tiempo después se cortaba el cabello y se lo arrancaba por mechones.

A los 8 años es diagnosticada con Tricotilomanía y derivada a Psicología para iniciar psicoterapia, tiempo en el cual asistió al servicio de Psicología en dos únicas ocasiones, pero debido a la falta de mejoría dejaron de ir.

Actualmente menor presenta evidente alopecia en algunas zonas del cuero cabelludo y en totalidad en las pestañas, sumándose a esto que ingiere los cabellos y pestañas arrancadas (Tricofagia).

Arequipa, 26 de noviembre del 2018.

EXAMEN MENTAL

I. Datos de Filiación

- **Nombres y Apellidos** : K.E.A.H.B.
- **Edad** : 9 años y 2 meses
- **Sexo** : Femenino
- **Fecha de Nacimiento** : 20 de septiembre del 2009
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Procedencia** : Arequipa
- **Grado de Instrucción** : 3ro de primaria
- **Ocupación** : Estudiante
- **Religión** : Católica
- **Informantes** : Madre, padre y profesora de paciente
- **Lugar de Evaluación** : Hospital III Yanahuara EsSalud
- **Fechas de Evaluación** : 06, 13, 20, 27 de noviembre del 2018
- **Examinadora** : Jennifer Helen Aguilar Montes

II. Actitud, porte y comportamiento

La paciente aparenta la edad cronológica que refiere, su vestimenta es adecuada, su expresión facial denota en la primera ocasión ansiedad y en las posteriores tranquilidad y alegría.

Tiene el cabello corto y de color negro, siempre cubre su cabeza con una vincha o con un sombrero por la notable alopecia en algunas zonas. Es de tez trigueña y ojos marrones, es de contextura delgada y talla acorde a su edad. Su tono de voz es normal, su postura es erguida, además presenta un adecuado aseo personal. Se muestra entusiasta, comunicativa, amable, colaboradora y respetuosa.

Colabora con entusiasmo ante la evaluación y muestra apertura al responder, su comportamiento es adecuado, habiendo de por medio respeto y comunicación activa con la examinadora.

III. Atención, Conciencia y orientación

a) Atención

Mantiene su atención durante la evaluación, aunque por momentos refiere estar cansada por la duración de la evaluación.

b) Conciencia

Su estado de conciencia general es lúcido.

c) Orientación

Se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona. Discrimina adecuadamente el lugar donde se encuentra y donde vive, reconoce con normalidad a las demás personas.

IV. Lenguaje

El curso de su lenguaje es normal y es muy expresiva, se comunica de manera adecuada, clara y pertinente, no presenta desorden ni repeticiones en su manera de hablar, y no tiene ninguna dificultad ni problemas que comprometan negativamente el curso de su lenguaje.

V. Pensamiento

El curso del pensamiento exhibe ilación y coherencia entre las ideas y el contenido del mismo se enfoca en las vivencias de sus aprendizajes. No presenta ningún tipo de pensamientos con alteraciones a considerar.

VI. Percepción

Su percepción es estable y coherente de acuerdo al ambiente que lo rodea. No denota ningún tipo de alteración ni alucinaciones sensoriales.

En una ocasión menor se refirió de ella misma percibiéndose como si tuviese una parte mala y una buena dentro de ella.

VII. Memoria

Su memoria esta conservada y no presenta dificultades para traer a mente acontecimientos del pasado o nuevos aprendizajes.

VIII. Funcionamiento Intelectual: Conocimientos Generales

En cuanto a su funcionamiento intelectual la menor muestra habilidad para resolver problemas matemáticos y para responder preguntas que hace la profesora en cuanto a comprensión de textos y conocimientos aprendidos en clase.

IX. Pensamiento: razonamiento y juicios

Su pensamiento esta conservado. Respondiendo con normalidad ante situaciones.

El curso de su pensamiento en general es adecuado.

X. Estado de Ánimo y Afectos

La paciente es espontánea en sus muestras de afecto, suele referir sin problemas su estado de ánimo actual en los que dijo sentirse triste en situaciones como cuando recibe llamadas de atención de padres.

XI. Comprensión y Grado de Incapacidad del problema o enfermedad

La paciente expresa que arrancarse los cabellos y pestañas no es normal, pero que siente tranquilidad al realizar tal acción. Se siente mal por sentirse excluida o sentir que se mofan de ella por dicha condición, siendo evidente su alopecia, sin embargo, repite la acción aun sin darse cuenta o por sentirse tranquila.

XII. Resumen

La paciente aparenta la edad cronológica que refiere, tiene el cabello corto y de color negro, siempre cubre su cabeza con una vincha o con un sombrero por la notable alopecia en algunas zonas de su cuero cabelludo. Su tono de voz es

normal, su postura es erguida, además presenta un adecuado aseo personal. Orientada en tiempo, espacio y persona. Se muestra entusiasta, comunicativa, amable, colaboradora y respetuosa.

Mantiene su atención durante la evaluación, aunque por momentos refiere estar cansada.

El curso de su lenguaje es normal, se comunica de manera adecuada. El curso del pensamiento es coherente entre las ideas y el contenido del mismo. Su memoria esta conservada y no presenta dificultades para traer a mente acontecimientos del pasado o nuevos aprendizajes.

En cuanto a su funcionamiento intelectual la menor muestra habilidad para resolver problemas matemáticos y para responder preguntas que hace la profesora.

Es espontanea en sus muestras de afecto, suele referir sin problemas su estado de ánimo actual en los que dijo sentirse triste cuando recibe llamadas de atención de padres.

Expresa que arrancarse los cabellos y pestañas no es normal, se siente mal por sentirse excluida o sentir que se mofan de ella por dicha condición, siendo evidente su alopecia, sin embargo, repite la acción aun sin darse cuenta o por sentirse tranquila.

Arequipa, 26 de noviembre del 2018

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y Apellidos** : K.E.A.H.B.
- **Edad** : 9 años y 2 meses
- **Sexo** : Femenino
- **Fecha de Nacimiento** : 20 de septiembre del 2009
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Procedencia** : Arequipa
- **Grado de Instrucción** : 3ro de primaria
- **Ocupación** : Estudiante
- **Religión** : Católica
- **Informantes** : Madre y padre y profesora de paciente
- **Lugar de Evaluación** : Hospital III Yanahuara EsSalud
- **Fechas de Evaluación** : 06, 13, 20, 27 de noviembre del 2018
- **Examinadora** : Jennifer Helen Aguilar Montes

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN

Identificar o descartar síntomas depresivos, identificar rasgos de personalidad más resaltantes y comprender la dinámica familiar.

III. OBSERVACIONES GENERALES

La paciente aparenta la edad cronológica que refiere, tiene el cabello corto y de color negro, siempre cubre su cabeza con una vincha o con un sombrero por la notable calvicie en algunas zonas. Su tono de voz es normal, su postura es erguida, además presenta un adecuado aseo personal. Orientada en tiempo, espacio y persona. Se muestra entusiasta, comunicativa, amable, colaboradora y respetuosa.

Colabora con entusiasmo ante la evaluación y muestra apertura al responder, su comportamiento es adecuado, habiendo de por medio respeto y comunicación activa con la examinadora.

Mantiene su atención durante la evaluación, aunque por momentos refiere estar cansada por la duración de la prueba.

El curso de su lenguaje es normal, se comunica de manera adecuada. El curso del pensamiento es coherente entre las ideas y el contenido del mismo. Su memoria esta conservada y no presenta dificultades para traer a mente acontecimientos del pasado o nuevos aprendizajes.

En cuanto a su funcionamiento intelectual la menor muestra habilidad para resolver problemas matemáticos y para responder preguntas que hace la profesora.

La paciente es espontanea en sus muestras de afecto, suele referir sin problemas su estado de ánimo actual en los que dijo sentirse triste cuando recibe llamadas de atención de padres.

Expresa que arrancarse los cabellos y pestañas no es normal, se siente mal por sentirse excluida o sentir que se mofan de ella por dicha condición, siendo evidente su alopecia, sin embargo, repite la acción aun sin darse cuenta o por sentirse tranquila.

IV. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas Psicológicas:

- Cuestionario de Depresión para niños - CDS
- Test proyectivo de la Familia
- Test proyectivo del Árbol

V. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

- **Cuestionario de Depresión para niños**

Análisis Cuantitativo

Animo alegría	Respuesta afectiva	Problemas sociales	autoestima	Preocupación por la	Sentimiento de culpa	Depresivos varios	Positivos varios	Total positivo	Total depresivo
7	9	8	9	6	8	4	8	8	8

Análisis Cualitativo

Según la evaluación realizada concluimos que menor presenta rasgos de personalidad depresiva, expresada en baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para establecer relaciones interpersonales significativas, y dificultad en expresar respuestas afectivas.

Con un total positivo y total depresivo de 8 puntos lo que potencia la posibilidad de tener rasgos depresivos.

- TEST PROYECTIVO DE LA FAMILIA

ÍTEM	CALIFICACIÓN
Tamaño	Dibujo pequeño: se asocia a una autoimagen insuficiente, sentimientos de inferioridad, formas auto controladas de responder a las presiones ambientales y retraimiento y con menos espíritu de lucha.
Emplazamiento	Arriba: se pone del lado digno, noble, espiritual o sencillamente esta alegre y eufórico. Izquierda: inhibición, timidez, dependencia materna, rutina y cierto encerrarse en uno mismo.
Fuerza del trazo	Presión firme: vitalidad física, extraversion, carácter firme, hay seguridad en sí mismo y sus criterios, refuerza las dotes de mando, señal positiva de fuerza y potencia del “yo” frente al ambiente, también de buen estado de salud, juventud y euforia.
Forma de trazo	Curvas: persona afectiva, sensible, generalmente con alma de artista, extravertida, de buena memoria e imaginación.
Continuidad	Media: equilibrio entre intuición y deducción. Buen dinamismo y agilidad, capacidad de abstracción y comunicación, armonía entre el mundo interior y el mundo exterior
Sombreado	Muestra rasgos ansiosos
Distancia entre personajes	Se observa comunicación entre los miembros de la familia
Valorización	Padre dibujado en primer lugar: lo considera más importante, lo admira, lo envidia, lo teme.
Desvalorización	Dibuja a su hermana en último lugar

Observación:

Menor se muestra colaboradora y con entusiasmo ante prueba. Dibuja en primer lugar al padre en el margen izquierdo, seguidamente a su madre, después ella misma y por ultimo a su hermana menor.

Entrevista:

La familia está por salir a un paseo, dibuja a su mamá cerca de ella porque es a quien más quiere. El que más se enoja es su padre por quien muestra más temor para acercarse a él, y su hermana es dibujada al final porque no quiere jugar con ella.

Análisis e Interpretación de resultados:

Tomando en cuenta la observación, entrevista y la proyección de una familia la evaluada se muestra alegre durante la evaluación, y dependencia materna, presenta una autoimagen insuficiente con sentimientos de inferioridad, formas auto controladas de formas de responder a las presiones ambientales.

Muestra vitalidad física, euforia. Equilibrio entre intuición y deducción. Buen dinamismo y agilidad, capacidad de abstracción y comunicación.

Es afectiva, sensible, generalmente con alma de artista, extravertida, de buena memoria e imaginación.

Se observa rasgos de la ansiedad tanto consciente como inconsciente.

La comunicación entre la familia es óptima y el hecho que haya dibujado a su padre en primer lugar podemos concluir que la figura paterna es más importante para la evaluada por la admiración o temor.

Resumen:

La relación familiar tiene matiz de intimidad entre los miembros de la familia, su padre es más importante por admiración o por temor y una marcada dependencia materna. La menor presenta una autoimagen insuficiente con sentimientos de inferioridad, formas auto controladas de formas de responder a las presiones ambientales.

Muestra vitalidad física, euforia. Equilibrio entre intuición y deducción. Buen dinamismo y agilidad, capacidad de abstracción y comunicación.

Se observa rasgos de ansiedad tanto consciente como inconsciente.

Se muestra alegre durante la evaluación.

- **TEST DEL ÁRBOL**

Análisis cuantitativo:

Edad de evaluada : 9 años y 2 meses

Segmento AB : 230mm.

Segmento CD : 107mm.

AB/edad = 230/9,2 = 25

CD/IW = 107/25 = **4años = edad critica**

ÍTEM	CALIFICACIÓN
Suelo	Con rayas horizontales: extraversión, seguridad y realismo.
Raíces	Tendencia hacia el mundo de los instintos. Persona calculadora, tradicional con cierto inmovilismo.
Tronco	Recto: rigidez, artificiosidad, disciplina, intransigencia, visión clara, reservado y con autocontrol. Anchura normal: equilibrio entre introversión y extraversión, serenidad de ánimo, control. Con el interior dibujado: carácter conflictual, masoquismo, probable capacidad de aumentar los problemas propios, a veces, sentimientos de culpa.
Ramas	En abanico: distracción y superficialidad, agitación interior.
Copa	Proporcionada: equilibrio entre introversión y extraversión., reflexión, serenidad.
Frutos	Deseo de mostrar su propia capacidad. Búsqueda de resultados inmediatos.

Observación:

La menor se muestra colaboradora durante la evaluación.

Análisis e interpretación de resultados

Según los resultados de la evaluación de la edad critica según el índice de Wittgenstein la menor tuvo un conflicto a la edad de 4 años, pudiendo variar un año menos o un año más. Corroborando esto con los datos brindados por la madre, a los 3 años la menor empezó a ir al jardín donde empezó a comerse los crayones, goma, silicona líquida y jaboncillos.

Con la calificación de la prueba se muestra en el dibujo que evaluada es extravertida, seguridad y realismo, con una tendencia a seguir sus instintos, es disciplinada, reservada y mantiene el autocontrol.

Carácter conflictual, masoquismo, probable capacidad de aumentar los problemas propios, a veces, sentimientos de culpa, con una agitación interior.

Deseo que ser vista por su capacidad, buscando resultados inmediatos.

Resumen:

Evaluada con conflicto a los 3 años iniciando su etapa pre escolar, por separación de madre.

Los rasgos de personalidad se encuentran entre extraversión e introversión, tendencia a seguir sus instintos, masoquismo y sentimientos de culpa.

VI. RESUMEN

Según la evaluación realizada concluimos que menor presenta rasgos de personalidad depresiva, expresada en una autoimagen insuficiente con sentimientos de inferioridad, sentimientos de culpa y dificultades para establecer relaciones interpersonales significativas.

Los rasgos de personalidad se encuentran entre extraversión e introversión, tendencia a seguir sus instintos, masoquismo y sentimientos de culpa.

La relación familiar tiene matiz de intimidad entre los miembros de la familia, su padre es más importante por admiración o por temor y una marcada dependencia materna. Muestra vitalidad física y euforia.

Se observa rasgos de ansiedad tanto consciente como inconsciente.

La edad crítica pudo tener su inicio a los 4 años de edad, con un rango de un año de diferencia, siendo que a los 3 años inició con la ingesta de materiales de trabajo en el jardín.

Arequipa, 26 de noviembre del 2018

Jennifer Helen Aguilar Montes
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES

- **Nombres y Apellidos** : K.E.A.H.B.
- **Edad** : 9 años y 2 meses
- **Sexo** : Femenino
- **Fecha de Nacimiento** : 20 de septiembre del 2009
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Procedencia** : Arequipa
- **Grado de Instrucción** : 3ro de primaria
- **Ocupación** : Estudiante
- **Religión** : Católica
- **Informantes** : Madre, padre y profesora de paciente
- **Lugar de Evaluación** : Hospital III Yanahuara EsSalud
- **Fechas de Evaluación** : 06, 13, 20, 27 de noviembre del 2018
- **Examinadora** : Jennifer Helen Aguilar Montes

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente viene a consulta acompañada con su madre, quien refiere que la menor “empezó a sacarse las pestañas a los 7 años de edad y ahora no solo son las pestañas, sino que también se saca los cabellos de la cabeza y se los come.” Fue diagnosticada por psiquiatra con Tricotilomanía. La psiquiatra la derivó a Psicología para iniciar psicoterapia.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas Psicológicas:
 - Cuestionario de Depresión para niños - CDS
 - Test proyectivo de la Familia
 - Test proyectivo del Árbol

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

La paciente es la mayor de dos hermanas, y aunque no fue planificada fue esperada por ambos padres, madre deseaba que fuera varón. Su papá tiene 34 años y se desempeña como obrero en la mina, su madre tiene 34 años y trabaja como profesora de niños de 5 años en un jardín; su hermana menor tiene 3 años y 7 meses.

La relación familiar es estable, sin embargo, refirieron haber tenido problemas serios hace años y discusiones constantes delante de la menor hasta que cumplió 5 años, actualmente cuando surgen problemas evitan discutir delante de sus menores hijas.

La menor inicia su etapa pre-escolar a los 2 años asistiendo junto con su madre ya que mamá trabajaba en el mismo Jardín, según lo refiere la mamá fue una época muy difícil, porque la menor lloraba todo el tiempo todos los días, y no quería que su mamá se acerque a sus alumnos, por esta razón mamá aplicaba castigo físico sin conseguir resultados, la conducta se repitió durante todo el año.

A los 3 años la cambian de jardín donde la menor comenzó a comer crayones, goma, silicona líquida y jaboncillo, a lo que padres no le dieron mucha importancia. Inicia la primaria con entusiasmo a los 6 años, a los 7 años es cuando

la menor se arranca las pestañas y posterior a esto los cabellos, actualmente al arrancarse los cabellos se los come. Madre de menor refiere que siempre fue exigente con ella en cuanto a sus deberes escolares, y que solía aplicarle castigos para que menor cumpla con sus tareas ya que refiere que nunca le gusto escribir, problema que permanece hasta la actualidad.

La madre de la menor en su infancia tenia pensamientos constantes de que a su padre le pasaría algún accidente o moriría lo que provocaba tristeza y lloraba, cuando estaba en la universidad pensó en quitarse la vida porque pensaba que todo le salía mal. Actualmente tiene esos pensamientos fatalistas de que puede haber pasado algún accidente a su esposo y explota en llanto.

Actualmente los padres muestran interés por la recuperación y bienestar de su menor hija.

V. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

La paciente aparenta la edad cronológica que refiere, tiene el cabello corto y de color negro, siempre cubre su cabeza con una vincha o con un sombrero por la notable alopecia en algunas zonas. Su tono de voz es adecuado, su postura es erguida, además presenta un adecuado aseo personal. Orientada en tiempo, espacio y persona. Se muestra entusiasta, comunicativa, amable, colaboradora y respetuosa. Mantiene su atención durante la evaluación, aunque por momentos refiere estar cansada.

En cuanto a su funcionamiento intelectual la menor muestra habilidad para resolver problemas matemáticos y para responder preguntas con elocuencia. En cuanto a la esfera social no tiene problemas en hablar con personas que recién conoce, tiene amigas en el colegio y juega con sus primas y hermana. Es espontánea en sus muestras de afecto con abrazos sin verbalizar lo que siente.

La paciente expresa que arrancarse los cabellos y pestañas no es normal, pero que siente tranquilidad al realizar tal acción. Se siente mal por sentirse excluida o sentir que se mofan de ella por dicha condición, siendo evidente su alopecia, sin embargo, repite la acción aun sin darse cuenta o por sentirse tranquila.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Según la evaluación realizada concluimos que menor presenta rasgos de personalidad depresiva, expresada en una autoimagen insuficiente con sentimientos de inferioridad, sentimientos de culpa y dificultades para establecer relaciones interpersonales significativas.

Los rasgos de personalidad destacados entre extraversion e introversión, tendencia a seguir sus instintos, masoquismo y sentimientos de culpa.

La relación familiar tiene matiz de intimidad entre los miembros de la familia, su padre es más importante por admiración o por temor y una marcada dependencia materna.

Muestra vitalidad física, euforia.

Se observa rasgos de ansiedad tanto consciente como inconsciente.

La edad crítica pudo tener su inicio a los 4 años de edad, con un rango de un año de diferencia, siendo que a los 3 años inició con la ingesta de materiales de trabajo en el jardín.

VII. CONCLUSIÓN O DIAGNÓSTICO

Paciente fue diagnosticada con Tricotilomanía (F63.3) Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos, según el CIE 10, sumándose a esto que ingiere sus cabellos arrancados denominado Tricofagia. Se observa marcada dependencia a la madre y ansiedad ante la separación de la madre.

VIII. PRONÓSTICO

Favorable, en medida que se siga con las indicaciones del tratamiento psicológico, así como el tratamiento farmacológico, y en medida que los padres, quienes son la red de soporte emocional de la menor, faciliten las intervenciones necesarias en dicho proceso.

IX. RECOMENDACIONES

- ✓ Psicoeducar a los padres sobre la Tricotilomanía, informándoles lo importante de una intervención constante.
- ✓ Psicoeducar a menor sobre los riesgos a los que se expone al seguir repitiendo dichas conductas. (Tricofagia)
- ✓ Que los padres puedan mantener la calidez en el hogar y favorecer a la confianza sin preferencias o diferencias entre sus dos menores hijas.
- ✓ Procurar hacer partícipe a menor en actividades recreativas.
- ✓ El tratamiento psicológico debe estar acompañado de la farmacología dictada por psiquiatra.
- ✓ Se recomienda hacer seguimiento más cercano por parte de padres.

Arequipa, 26 de noviembre del 2018

Jennifer Helen Aguilar Montes
Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPEUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	:	K.E.A.H.B.
Edad	:	9 años y 2 meses
Sexo	:	Femenino
Fecha de Nacimiento	:	20 de septiembre del 2009
Lugar de Nacimiento	:	Arequipa
Procedencia	:	Arequipa
Grado de Instrucción	:	3ro de primaria
Ocupación	:	Estudiante
Religión	:	Católica
Informantes	:	Madre y padre y profesora de paciente
Lugar de Evaluación	:	Hospital III Yanahuara EsSalud
Fechas de Evaluación	:	06, 13, 20, 27 de noviembre del 2018
Examinadora	:	Jennifer Helen Aguilar Montes

II. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

Paciente fue diagnosticada con Tricotilomanía (F63.3) Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos, según el CIE 10, sumándose a esto que ingiere sus cabellos arrancados denominado Tricofagia. Se observa marcada dependencia a la madre y ansiedad ante la separación de la madre.

III. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

- Se trabajará con la terapia cognitivo – conductual, técnicas para modificar conducta en la inversión del hábito.
- El objetivo es reducir la frecuencia de arrancamiento de pelo.

IV. DESCRIPCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

Nº DE SESIÓN	TÉCNICA A UTILIZAR	OBJETIVO A ALCANZAR	TIEMPO
Sesión 1	Psicoeducación	Explicar a padres y a menor sobre el trastorno de Tricotilomanía y las repercusiones entregándoles pautas básicas.	40 min
Sesión 2	Relajación muscular: Jacobson Imaginación guiada.	Esta técnica es de gran utilidad para rebajar la tensión y ansiedad	40 min
Sesión 3	Inversión del hábito: Toma de conciencia	La sensibilización o toma de conciencia consiste en ayudar a la persona a concentrarse en las circunstancias en las que es más probable que se arranque el pelo.	40 min
Sesión 4	Inversión del hábito: Respuesta de competencia	Enseñar al paciente a sustituir el arrancarse el cabello por otra respuesta que sea incompatible con el comportamiento no deseado.	40 min
Sesión 5	Inversión del hábito: Apoyo social	Apoyo social que consiste en llevar a sus seres queridos y familiares al proceso de terapia con el fin de proporcionar durante la fase psicoeducativa del tratamiento la información necesaria para eliminar creencias irracionales (“Si dejo de hacerlo me dañaré de otra forma”) y fomentar la retroalimentación positiva de los familiares cuando el individuo se involucre en respuestas de competencia	

Sesión 6	Práctica en la realidad y en la imaginación.	Para ello se comienza provocando en sesión las situaciones similares a las que disparan la tricotilomanía, si fuera posible, y entrenando al paciente en todo el proceso que se ha planteado hasta ahora	40 min
Sesión 7	Explicación de la actuación del reforzamiento positivo y negativo en su conducta	Motivar los logros de paciente.	40 min
Sesión 8	Refuerzo del terapeuta	Disminuir la frecuencia de la conducta de arrancamiento de pelo.	40 min
SEGUIMIENTO			

V. TÉCNICA TERAPÉUTICA A UTILIZAR

Se trabajará con la terapia cognitivo – conductual, técnicas para modificar conducta en la inversión del hábito.

SESIÓN 1: Psicoeducación

Explicar a padres y a menor sobre el trastorno de Tricotilomanía y las repercusiones. Se explicará la importancia de un trabajo en conjunto con el apoyo y supervisión de los padres durante el proceso terapéutico.

Se informará sobre las pautas básicas para evitar la estimulación de la tricotilomania.

Sugerencias para el control del estímulo que incita al arrancamiento del pelo:

- *No tocarse el pelo, excepto cuando se lo esté peinando.*

- *Mantenerse alejado del espejo, no mirarse el pelo.*
- *Llevar vendas en los dedos utilizados para arrancarse el pelo.*
- *Llevar cubiertas de goma en los dedos utilizados para tirarse del pelo.*
- *Comer semillas, frutos secos no pelados en las situaciones de alto riesgo.*
- *Cubrirse el pelo en situaciones de alto riesgo.*
- *Echarse algo en el pelo (ej. laca o gel)*
- *Hacer algo con los dedos (pintar, cortar, cultivar)*
- *Evitar estar solo. Estar con gente.*
- *Levantarse y ponerse en movimiento, salir a dar un paseo, tener algo para beber.*
- *Lavarse el pelo con más frecuencia.*
- *Usar guantes.*
- *Tener las manos ocupadas, con algún juego distractor.*

SESIÓN 2: Relajación muscular

- **Relajación de Jacobson**

Se basa en la tensión y relajación de diferentes grupos musculares a la vez que se controla la respiración. Se empiezan por los extremos más distales del cuerpo (primero pies y piernas, luego manos y brazos) para ir poco a poco progresando hacia el centro (abdomen, torso) y posteriormente hacia la cabeza.

En cada grupo de músculos se pedirá que se tensen durante unos pocos segundos para posteriormente relajarlos el triple de tiempo del que hayan estado tensados, haciéndose este proceso hasta tres veces seguidas con cada grupo muscular.

- **En mi sitio seguro: imaginación guiada**

Esta técnica es de gran utilidad para rebajar la tensión y ansiedad, especialmente en niños con elevado nivel de imaginación. Se trata de crear en la imaginación del menor

un entorno seguro y relajante donde el motivo de la ansiedad no pueda afectarles. Por ejemplo, una casa de madera en la montaña, una selva llena de animales o una playa.

Este proceso de imaginación va a ser guiado por el terapeuta de manera que se procure un entorno con elementos que al niño le sean agradables y tranquilizadores. Se puede reforzar la relajación con música suave y un tono de voz calmado y profundo.

SESIÓN 3: Inversión del hábito.

La sensibilización o toma de conciencia consiste en ayudar a la persona a concentrarse en las circunstancias en las que es más probable que se arranque el pelo. Esto permite a las personas ser más conscientes de la probabilidad de que el comportamiento se produzca, y ofrece oportunidades para el empleo de técnicas terapéuticas destinadas a desalentar la realización de estas conductas problemáticas.

Se debe averiguar sobre todo el patrón de conducta de arrancamiento, la hora del día en la que sucede con mayor frecuencia, las situaciones asociadas a la conducta, los pensamientos, etc. Así también se consignará la cantidad de pelos arrancados, esto con el fin de hacer más consciente tal actividad y en lo posterior será de motivación al ser posible disminuir cada vez más la cantidad de pelos arrancados.

La recogida de información también incluye descripción de la respuesta, detección de la misma (es decir el entrenamiento en darse cuenta que se está incurriendo en la conducta), identificación de los precursores de la respuesta (son el primer aviso y representan las situaciones que predisponen al hábito) y llevar un auto registro.

Ejemplo de un cuadro de auto registro de situaciones, actividades y personas que pueden estimular el hábito.

CUADRO DE AUTO REGISTRO DE SITUACIONES, ACTIVIDADES Y PERSONAS QUE PUEDEN ESTIMULAR EL HÁBITO

	Situación	Siempre	Casi siempre	Raras veces	Nunca
1	Cuando estoy nerviosa				
2	Cuando miro televisión				
3	Cuando leo				
4	Cuando tengo que estudiar				
5	Cuando tengo que escribir				
6	Cuando estoy sola				
7	Cuando estoy en la movilidad camino al colegio				
8	Cuando estoy en la movilidad camino a mi casa				
9	Cuando estoy en el colegio				
10	Estando en mi sala				
11	Estando en la cocina				
12	Estando en mi cuarto				
13	Cuando estoy de pie				
14	Cuando estoy sentada				
15	Cuando estoy acostada en mi cama				
16	Cuando estoy aburrida				
17	Durante la mañana				
18	Durante la tarde				
19	Durante la noche				
20	Otro:				

AUTORREGISTRO CADA VEZ QUE SE QUIERO ARRANCARME EL PELO

Fecha y hora	Situación	¿Cómo me siento?	¿Qué hice, sentí o pensé después?	¿Cómo me siento ahora?	¿Cuántos pelos me arranque?

Nota: El auto registro continua a lo largo del procedimiento.

SESIÓN 4: Inversión del hábito

La formación en *respuesta de competencia* se centra en enseñar al paciente a sustituir el arrancarse el cabello por otra respuesta que sea incompatible con el comportamiento no deseado.

La conducta incompatible con el hábito de arrancarse el pelo, aplicada preventiva y correctivamente. La conducta incompatible suele ser tensar los puños, lo que impide que se utilicen las manos para tirarse del pelo. Esta conducta incompatible se complementa con la aceptación de las emociones y sensaciones que acompañan al impulso de tirarse del pelo.

Por ejemplo, cuando el paciente experimenta el impulso de arrancarse el cabello en ese momento, cierra sus manos en un puño, resuelve el cubo de Rubik, juega con un Spinner u otros. Esta respuesta se repite cada vez que llega una situación donde hay deseo de arrancar el cabello

SESIÓN 5: Inversión del hábito

Apoyo social consiste en llevar a sus seres queridos y familiares al proceso de terapia con el fin de proporcionar durante la fase psicoeducativa del tratamiento la información necesaria para eliminar creencias irracionales (“Si dejo de hacerlo me dañaré de otra forma”) y fomentar la retroalimentación positiva de los familiares cuando el individuo se involucre en respuestas de competencia. También se les puede enseñar el empleo de estrategias para dar aliento y recordatorios cuando el individuo está en una circunstancia en la que es probable que se arranque el pelo.

SESIÓN 6: Práctica en la realidad y en la imaginación.

Para ello se comienza provocando en sesión las situaciones similares a las que disparan la tricotilomanía, si fuera posible, y entrenando al paciente en todo el proceso que se ha planteado hasta ahora.

Se toma la información del autorregistro que fue llenado por paciente, para saber las situaciones desencadenantes de la tricotilomania y así provocar alguna situación similar para potenciar la capacidad de afronte ante tal situación. En esta sesión la paciente podrá aprender que tiene herramientas para afrontar situaciones que la llevan a arrancarse los pelos. Se llevará a cabo un entrenamiento en auto-instrucciones positivas (“voy a dejar de tirarme del pelo”, “este picor de cabeza no es normal, es lo que siento antes de empezar a arrancarme el pelo, continuo con lo que estoy haciendo”, “tengo herramientas para manejar el este problema”, “esto se pasa”, “puedo con ello”

SESIÓN 7: Explicación de la actuación del reforzamiento positivo y negativo en su conducta

Registrar los progresos es un paso de mucha importancia, por lo cual también se llenará un registro que le sirva de motivación para seguir adelante con el tratamiento. Concederle premios por logros alcanzados, así como restricción de algunos privilegios que se le conceden en el hogar.

SESIÓN 8: Prevención de recaídas. Refuerzo del terapeuta

Este es un punto trascendente del tratamiento, ya que por supuesto las recaídas son muy probables.

Se le enseña al paciente que una recaída no debe desencadenar pensamientos catastróficos que lo llevarían a iniciar el círculo vicioso, sino que una recaída es una oportunidad de

seguir practicando y ejercitando las habilidades aprendidas. Repasar las técnicas de control de estímulo es útil, como así también será necesario el apoyo y el ánimo que el paciente pueda recibir en estos casos. Recordarle al paciente que la meta es definida y acotada, y su objetivo es pasar un día sin arrancarse los pelos, y así cada día empezando de nuevo, pasar ese día sin arrancarse los pelos. Es importante establecer las creencias que el paciente pueda tener sobre las recaídas, sobre todo si son de autocondena o punitivas. En caso de recaídas, lo que se hará es repasar detalladamente tal recaída y en función de eso, repasar el programa completo de tratamiento.

SEGUIMIENTO

Recomendado a los 3, 6 y un año después de culminado el plan psicoterapéutico.

VI.TIEMPO DE EJECUCIÓN DEL PLAN

El plan psicoterapéutico se llevará a cabo en 8 sesiones en las que se trabajara actividades y estrategias que respondan a las necesidades que presenta la paciente para que adquiera nuevas estrategias de afrontamiento a situaciones que desencadenan la Tricotilomanía.

VII.AVANCES TERAPÉUTICOS O LOGROS OBTENIDOS

Se realizaron 3 sesiones con la menor y con sus padres como primera red de apoyo, los resultados obtenidos fueron:

Aceptación y compromiso de parte de los padres quienes son la primera red de apoyo de la menor, para la realización de las tareas asignadas para su casa.

La menor aprendió formas de relajarse cuando se siente tensa.

La menor aprendió formas de cambiar la actividad que la propicia a arrancarse los cabellos por actividades distractoras como hacer manualidades, usar objetos que le permiten tener ocupadas sus manos.

VIII.CAMBIO DE ACTITUDES Y/O COMPORTAMIENTOS

Mínima disminución en el arrancamiento de pelo.

Arequipa, 26 de noviembre del 2018

Jennifer Helen Aguilar Montes
Bachiller en Psicología

ANEXOS



ଚନ୍ଦ୍ର

C.D.S.

PROTOCOLO DE RESPUESTA

Apellidos y Nombres:

Edad: 9 año Sexo: (M) (F) Fecha: 27/11/2008

Evaluador(a): Jennifer Aguirre Maita

- A Muy de acuerdo
- B De acuerdo
- C No estoy seguro
- D En desacuerdo
- E Muy en desacuerdo

MARCA SÓLO UNA RESPUESTA

	A	B	C	D	E
1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

→

	A	B	C	D	E
33	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
38	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

→

	A	B	C	D	E
9	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

→

	A	B	C	D	E
41	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
43	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
46	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
47	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
48	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

→

	A	B	C	D	E
17	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

→

	A	B	C	D	E
49	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
50	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

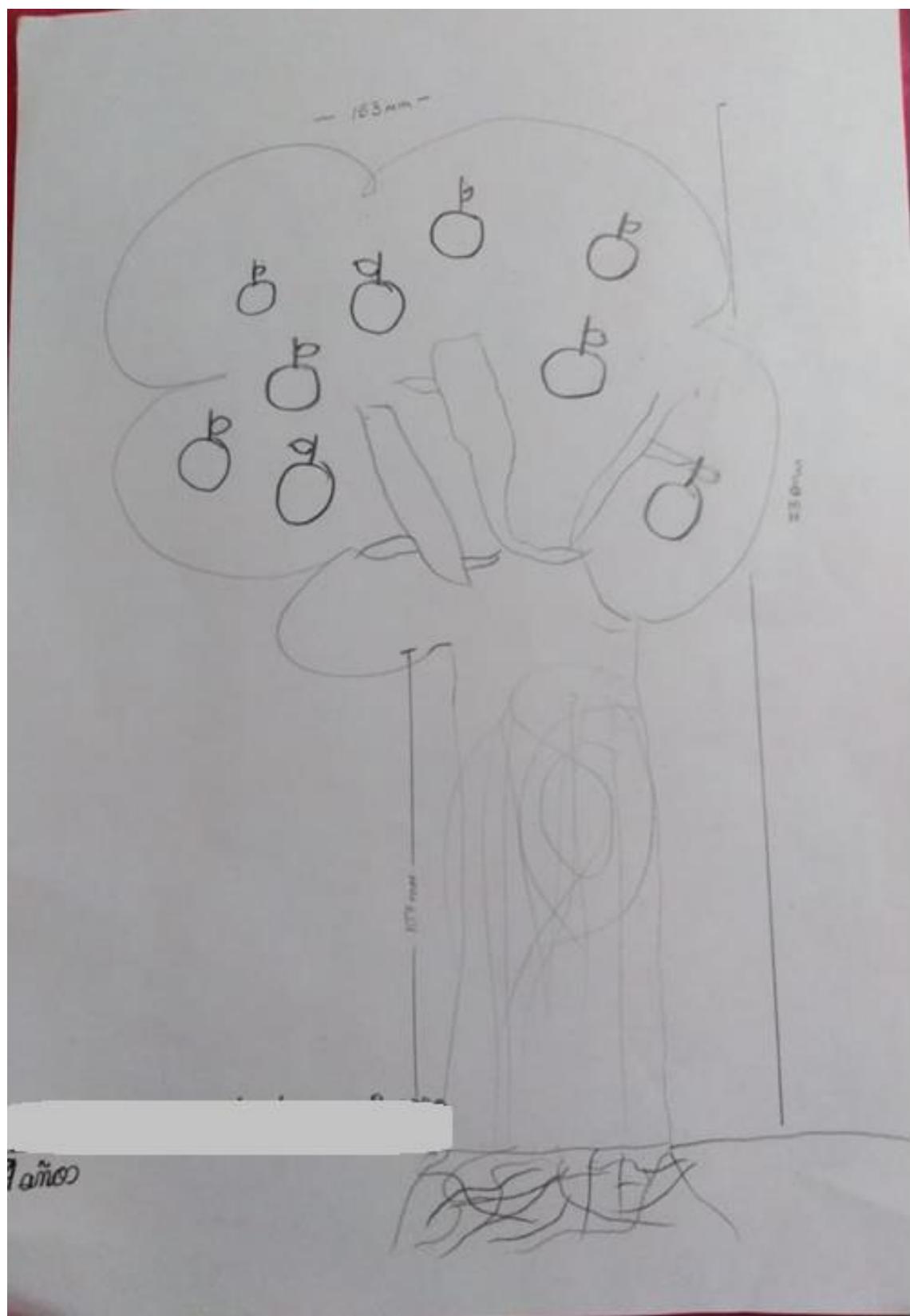
periodo

	A	B	C	D	E
25	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

→

	A	B	C	D	E
57	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
58	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
60	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
62	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
63	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
65	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
66	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

(de acuerdo con la escala de Múltiples Dimensiones de la Difusión Social)



CASO 2

Presentado por la bachiller

Janit Huamani Carrion

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y Apellidos : J.C.A
Edad : 10 años
Fecha de Nacimiento : 26/05/2008
Lugar de Nacimiento : Arequipa
Grado de Instrucción : Primaria
Estado Civil : Soltero
Procedencia : Arequipa
Ocupación : Estudiante
Religión : Católico
Informantes : Madre y profesora del paciente
Lugar de Evaluación : Hospital III de Yanahuara – EsSalud
Fechas de Evaluación : 16, 20 y 21 de noviembre 2018
Examinadora : Janit Huamani Carrion

II. MOTIVO DE CONSULTA:

La madre asiste a consulta con su hijo y refiere: “Mi hijo es distraído en el colegio y ha sufrido bullying por sus compañeros del aula, se muestra triste y no quiere asistir al colegio”.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL:

Niño es acompañado por su madre a consulta, refiriendo que su hijo tiene baja autoestima y le dijo que tenía ganas de morir, por los constantes rechazos de sus compañeros.

Actualmente cursa el cuarto grado de primaria, al comenzar el año escolar, su madre, fue su profesora de salón, en el cual notaba que su hijo era rechazado por sus compañeros; según indicaban ellos (compañeros) era porque se burlaba de ellos, y preferían no jugar con él, su madre que tenía el rol de profesora, les decía a sus alumnos, que el niño tenía una risa fuerte, que parece burla pero no era así, y que no tenía preferencias por su hijo y que los trataba a todos por igual, pidiendo a sus alumnos que lo integraran en sus juegos en las horas de recreo.

En el mes de mayo su madre y también profesora, pidió licencia de maternidad al colegio, ya que estaba próxima para su parto. Para ello el colegio contrató otra profesora para cubrir la docencia de cuarto de primaria, la actual profesora refirió que sus alumnos le comentaron que: “La profesora anterior (madre de del menor) tenía preferencias por su hijo y era muy burlón, ellos preferían no jugar con él”.

En el mes de julio aproximadamente, el niño fue atacado en el patio del colegio, por tres compañeros suyos, dos compañeros lo agarraron de las manos y el tercero con una chalina le envolvió por el cuello, tratando de asfixiarlo, mientras le decían que no soportaban sus constantes burlas, cuando lo soltaron, el menor lloraba y le contó a su madre cuando regresó a su casa, la madre fue al colegio para saber qué había pasado que nadie se dio cuenta de lo ocurrido, es entonces que la profesora se enteró del acontecimiento, y comienza a profundizar y hablar con los niños que habían atacado al paciente, y les explicó que estuvo mal lo que hicieron, ellos le pidieron disculpas, indicando que no volverá a ocurrir.

La madre notaba que su hijo ya no quería ir al colegio y que se mostraba triste, por ello decide cambiarlo de colegio, se retira y asiste con entusiasmo al nuevo colegio por dos semanas, pero le indican a la madre, que el traslado no era posible, ya que estaban casi a mitad de año y que tenía que regresar a su anterior colegio, para no perder el año escolar.

El menor con mucha tristeza regresó a la institución educativa y las cosas habían mejorado, fue bien recibido, pero indica que sus compañeros no juegan con él, le comenta a su madre que se siente triste porque no puede jugar futbol o correr como los demás niños porque tiene la enfermedad de laringotraquiomalacia severa, que hace que se agite rápidamente y tenga dificultades para respirar.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES: PERIODO DEL DESARROLLO:

a) Etapa Pre-natal: Embarazo o gestación.

La madre quedó embarazada cuando tenía veintiséis años y su esposo de treinta y siete años, fue su segundo embarazo, el primero tuvo un aborto espontáneo. Su embarazo fue planificado y deseado, por ambos padres, la preferencia por el sexo era mujer, pero al enterarse que era varón se alegraron, ya que era un hijo deseado.

Durante el curso, presentó pocos vómitos y con sueño irregular, la madre se cuidada mucho, ya que tuvo un embarazo de alto riesgo, siempre fue puntual en sus controles y trataba de llevar una vida tranquila durante la gestación, él bebe presentó taquicardia durante la gestación, su embarazo duró nueve meses.

b) Etapa Natal: Parto

El parto fue natural, presentó dolores propios del parto, menciona que asiste al hospital Honorio Delgado y es intervenida de inmediato. Durante el parto se presentó complicaciones y tuvieron que utilizar fórceps, para que naciera él bebe, no lloró al nacer y presentó color morado. Nació con 2 kilos 800 gramos y con 49

centímetros.

c) Etapa Post-Natal:

En cuanto a su desarrollo presentó tres paros respiratorios antes de los veinte días de nacido, estando internado por un mes, en el hospital Honorio Delgado, posteriormente fue trasladado a Lima y estuvo tres meses internado, para su recuperación, luego de su mejora la madre regresó para Arequipa a continuar con su tratamiento y con el diagnóstico de laringotraqueomalacia severa, dificultando su desarrollo. El menor utilizó oxígeno ambulatorio hasta los tres años.

Alimentación:

Tuvo lactancia hasta los dos años, no podía ingerir alimentos, porque se atragantaba, es por eso que tenía que comer todo licuado hasta los dos años, para que no tuviera dificultades al pasar los alimentos.

Desarrollo psicomotor:

Irguió la cabeza entre los tres a cuatro meses, se sentó solo a los seis meses, no gateó y comenzó a caminar cuando tenía un año y tres meses.

El desarrollo de su lenguaje fue normal, empezó a balbucear a los cuatro meses y las primeras palabras fueron al primer año, siendo sus primeras palabras “agua, teta, mamá y papá”, aumentando su vocabulario de acuerdo a su desarrollo. El control de esfínteres de día y noche fue aproximadamente a los dos años, no presentó inconvenientes para dejar el pañal

d) Etapa Escolar

El menor asistió al jardín a la edad de tres años, el primer día lloró y no quería quedarse. Durante las clases se mostraba inquieto, parándose constantemente de su asiento, no prestando atención a la maestra. En el ámbito social le era fácil hacer nuevos amigos.

En primer grado, fue cambiado de colegio, presentando los mismos problemas de comportamiento, siendo inquieto durante las clases, presentó dificultades para la lecto-escritura, demoró en aprender a leer, pero tenía un mejor desempeño en matemáticas.

e) Desarrollo y función sexual

El menor comenzó hacer preguntas porque las niñas iban al baño de manera diferente que los niños, la madre le explicó que cada uno es diferente, mostrándole imágenes para que pueda entender.

f) Relaciones sociales:

El niño se caracterizaba por ser sociable, hacia amigos con facilidad lográndose integrar rápidamente a grupos nuevos, a su vez era participativo en actividades de juegos y dinámicas en clase.

V. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

a) Enfermedades y accidentes.

El menor presentó varias enfermedades en el transcurso de su vida, durante la gestación presentó taquicardias, al nacer fue diagnosticado con laringotraqueomalacia severa y neumonía hospitalaria. Actualmente tiene el tabique desviado, siendo intervenido quirúrgicamente.

b) Personalidad Premórbida:

Desde pequeño era distraído, inquieto, no prestaba atención durante clases, pero disfrutaba mucho participar en actividades, siendo alegre y entusiasta. Desde la etapa escolar gustaba participar en eventos del colegio, siendo alegre.

En relación a su comportamiento se mostraba desobediente, ya que prefería jugar y no seguir indicaciones de tareas o trabajos. Actualmente prosigue su actitud de

desobediencia, se muestra sarcástico cuando recibe indicaciones ya sea de los padres y profesora.

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES:

a) Composición Familiar:

El niño vive con sus padres; el padre tiene cuarenta y siete años, se caracteriza por tener una actitud parca, concluyó los estudios de nivel secundario, actualmente trabaja de taxista independiente, cuando se encuentra con buen estado de ánimo juega con sus hijos. La relación con su hijo es buena, por lo general lo apoya y anima a seguir estudiando.

La madre de treinta y seis años, estudió la carrera de educación, actualmente se encuentra con licencia por maternidad. La relación con su hijo ha cambiado debido a que está pendiente de los hermanos menores y ya no está pendiente del paciente.

El menor tiene dos hermanos de seis años y. de tres meses, la relación que guarda con el hermano es buena ya que juegan juntos, aunque en ocasiones pelean y dejan de hablar hasta que se les pase la molestia, luego comienzan a jugar nuevamente.

Su hermano menor está presentando conductas similares al del paciente, aunque la madre menciona que su hermano dos veces más travieso y que ya está perdiendo la paciencia con sus hijos.

b) Condición Socioeconómica (vivienda, condiciones sanitarias, ubicación sociocultural, ocupación)

La vivienda es propia de material noble y cuenta con los servicios necesarios de agua, luz, desagüe. El niño cuenta con el apoyo de ambos padres.

c) Antecedentes Patológicos

No se ha registrado dentro de la familia antecedentes patológicos.

VII. RESUMEN

El paciente nació por parto natural, presentó dificultades durante el parto, presentó taquicardias, por ello se utilizó fórceps para evitar el sufrimiento fetal. Al nacer presentó un color morado y no lloró al instante. Antes de los veinte días, presentó tres paros respiratorios, diagnosticándolo con laringotraqueomalacia severa, de inmediato fue internado y trasladado a la ciudad de Lima, por tres meses, mientras estuvo hospitalizado presentó neumonía, por tal motivo usó oxígeno ambulatorio hasta los tres años. Pasado el tiempo de recuperación, la madre decide regresar a la ciudad de Arequipa.

Su desarrollo psicomotor se presentó con normalidad, en cuanto a su alimentación, tuvo que comer todo licuado hasta los dos años.

A los tres años ingresa al jardín, durante clases era inquieto, se paraba constantemente y se mostraba rebelde ante las llamadas de atención de la profesora. Gustaba mucho de jugar con sus compañeros, ya que, le era fácil hacer nuevos amigos. A los siete años ingresa al colegio y su comportamiento prosigue, siendo inquieto, se distraía fácilmente. Tuvo dificultades para aprender la lecto-escritura.

En segundo grado, la madre fue a consulta psicológica para mejorar su comportamiento y concentración, debido a las constantes llamadas de atención de la profesora, asistió cuatro meses a terapia mejorando en su rendimiento escolar, pero aún presentaba dificultades para copiar los textos.

Actualmente cursa el cuarto grado, al inicio de año escolar su madre fue su profesora de salón, a raíz de su embarazo pide licencia por maternidad laborando hasta el mes de mayo. Ingresando una nueva profesora, ella notaba que el

paciente era rechazado de los juegos grupales, según le contaban sus alumnos era porque él era burlón y siempre fue considerado como el consentido de su madre en las horas de clases, por esta razón preferían no jugar con él.

A mitad del año escolar, el paciente fue atacado con una chalina por sus compañeros, tratando de ahorrarlo. El menor le contó a su madre lo ocurrido e indicaba que ya no quería regresar al colegio, su madre fue averiguar qué había pasado, ningún docente se dio cuenta de lo ocurrido, ya que se encontraban en una reunión, la madre decide cambiarlo de colegio, pero rechazan el pedido ya que era mitad de año. El paciente regresó a su colegio, pero aún sus compañeros no quieren jugar con él, el menor se muestra triste, porque no puede jugar como los demás compañeros y no puede realizar deportes ya que tiende a agitarse rápidamente.

En el mes de noviembre el menor fue operado por que tenía el tabique desviado, dejando de asistir por dos semanas a su centro de estudio, eso le alegraba ya que no asistiría a clases.

El menor vive con sus padres y hermanos, donde las relaciones son favorables, siendo su familia de condición socioeconómica media, vivienda propia, contando con todos los servicios, considerados para una buena calidad de vida.

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y Apellidos : J.C.A
Edad : 10 años
Fecha de Nacimiento : 26/05/2008
Lugar de Nacimiento : Arequipa
Grado de Instrucción : Primaria
Estado Civil : Soltero
Procedencia : Arequipa
Ocupación : Estudiante
Religión : Católico
Informantes : Madre y profesora del paciente
Lugar de Evaluación : Hospital III de Yanahuara – EsSalud
Fechas de Evaluación : 16, 20 y 21 de noviembre 2018
Examinadora : Janit Huamani Carrion

II. Porte, Comportamiento y Actitud

El niño, aparenta la edad referida, de contextura gruesa, postura erguida y marcha normal, con un adecuado arreglo y aseo personal. Su tono de voz es apropiado, por momentos tiene la voz alta. Durante la evaluación se muestra colaborador, aunque se fatiga rápidamente y se distrae con facilidad, continúa y se esfuerza por responder.

III. Atención, Conciencia y orientación

Orientada en tiempo, espacio y persona; su estado de conciencia general es lúcido, se mantiene alerta a los estímulos del ambiente, tiempo de reacción adecuada, relata con claridad su problema y condición, comprende y responde

adecuadamente. Presta atención por momentos cortos, se concentra y luego tiende a distraerse con facilidad.

IV. Lenguaje

No presenta dificultades para pronunciar palabras y comprender lo que se le indica.

V. Pensamiento

El pensamiento es fluido, dando respuestas coherentes a las preguntas que se le formula, en el contenido del pensamiento engloba la tristeza de no poder jugar como sus compañeros. Sin embargo, existe interés por cambiar y mejorar la confianza en sí mismo.

VI. Percepción

Capaz de percibir y valorar su realidad sin que se evidencie alteraciones de la percepción.

VII. Memoria

No presenta dificultades para comprender lo que se le indica, por ello logra responder adecuadamente, la memoria a corto plazo es buena recuerda con facilidad, de la misma forma la memoria de largo plazo para relatar hechos pasados.

VIII. Funcionamiento Intelectual: Conocimientos Generales.

En cuanto a la concentración, al realizar pequeñas y sencillas operaciones matemáticas el evaluado demostró capacidad para responder haciéndolo de manera rápida y adecuada; sin embargo, no presenta las mismas habilidades para comprensión verbal, tiende aburrirse rápido y no responde de manera adecuada.

IX. Pensamiento: razonamiento y juicios

No tiene dificultades para expresar significados y objetos lógicos tiene un buen juicio, diferenciando que es lo correcto o lo incorrecto sobre una imagen o alguna situación específica.

X. Estado de Ánimo y Afectos.

Durante la entrevista mostró un estado de ánimo triste y cansado debido a los sucesos que ha vivido en el colegio. Es un niño inquieto, mostrando ser colaborador por períodos cortos.

XI. Comprensión y Grado de Incapacidad del problema o enfermedad

El menor es consciente de que es inquieto y tiene lucidez de todos los conflictos que presenta en el colegio, tiene voluntad de recibir ayuda psicológica para superar sus problemas.

XII. Resumen

El niño aparenta la edad referida, de contextura gruesa, postura erguida y marcha normal, con un adecuado arreglo y aseo personal. La expresión de su rostro denota tranquilidad, pero al relatar lo ocurrido en el colegio, se muestra triste. Tono de voz apropiado, durante la evaluación se muestra colaborador, presta atención por períodos cortos, fatigándose rápidamente. Paciente orientado en tiempo, lugar espacio y persona. Presenta un lenguaje coherente, no presenta alteraciones perceptivas. Hace un buen uso del lenguaje expresivo y comprensivo; el curso de su pensamiento es adecuado, mantiene el control y secuencia de sus ideas, no presenta ninguna alteración en el contenido del pensamiento. Memoria remota y reciente conservada. Su estado de ánimo generalmente es de tristeza, cuando recuerda los constantes rechazos de sus compañeros, nivel general es poco tolerante a la frustración. Tiene

conciencia del problema que tiene, y de los factores detonantes como soluciones posibles, por lo que está dispuesto a recibir ayuda.

26 de noviembre de 2018

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos : J.C.A
Edad : 10 años
Fecha de Nacimiento : 26/05/2008
Lugar de Nacimiento : Arequipa
Grado de Instrucción : Primaria
Estado Civil : Soltero
Procedencia : Arequipa
Ocupación : Estudiante
Religión : Católico
Informantes : Madre y profesora del paciente
Lugar de Evaluación : Hospital III de Yanahuara – EsSalud
Fechas de Evaluación : 16, 20 y 21 de noviembre 2018
Examinadora : Janit Huamani Carrion

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN

Evaluación de coeficiente intelectual, funciones ejecutivas y síntomas depresivos al paciente que fue víctima de acoso escolar.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Ψ Entrevista
- Ψ Observación
- Ψ Pruebas psicológicas

- Test de inteligencia WISC - IV
- Test de depresión para niños-CDS
- Test para el trastorno de déficit de atención/ hiperactividad ADHDT

IV. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.

1. Escala Wechsler de Inteligencia para Niños WISC-IV

Análisis cuantitativo:

ESCALA	PUNTAJE	CLASIFICACIÓN
Comprensión verbal (VCI)	73	Limítrofe
Razonamiento perceptual (PRI)	100	Promedio
Memoria de trabajo (WMI)	99	Promedio
Velocidad de procedimiento (PSI)	109	Alto

Análisis cualitativo:

Paciente posee un coeficiente intelectual de 91, ubicado en una categoría promedio; con un predominio de habilidades de ejecución en velocidad de procedimiento. A continuación, se describirá los puntajes de cada escala.

COMPRENSIÓN VERBAL: C.I. de 73 en una categoría limítrofe, en vocabulario, como lo demuestra su capacidad para dar información, su desempeño es bajo en esta área o una capacidad mal desarrollada por falta de estimulación.

Puede pensar de manera abstracta y formar conceptos verbalmente.

RAZONAMIENTO PERCEPTUAL: C.I de 100 en una categoría promedio, presentó buen desempeño, procesos espaciales y buena integración visomotora.

MEMORIA DE TRABAJO: C.I. de 99 en una categoría promedio, logrando manipular secuencias verbales y expresadas verbalmente, a su vez la información específica está disponible para su manipulación y transformación durante un periodo corto de tiempo.

VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO: C.I de 109 en una categoría alto, desempeñándose mejor percepción visual, organización; asimismo buena capacidad para utilizar las manos y la vista de manera eficiente.

2. Test de depresión para niños CDS

Análisis cuantitativo:

Escala	Decatipo	Clasificación
TOTAL DEPRESIVO	6	Normal
Respuesta afectiva (RA)	6	Normal
Problemas sociales (PS)	7	Mayor
Autoestima (AE)	5	Normal
Preocupación por la muerte (PM)	6	Normal
Sentimientos de culpabilidad (SC)	3	Menor
Depresión varios (DV)	7	Normal
TOTAL POSITIVO	7	Normal
Anónimo – Alegría (AA)	3	Menor
Positivos varios (PV)	9	Mayor

Análisis cualitativo:

La prueba de depresión para niños arroja, que en la dimensión total depresivo se encuentra en la normalidad, dentro de esta se encuentran las escalas de respuesta afectiva, autoestima, preocupación por la muerte y depresivo varios, se encuentra en una normalidad; sin embargo, en la escala de problemas sociales, tiene un puntaje mayor, presentando dificultades en la interacción social y aislamiento de su entorno de amigos. En la escala de sentimientos de culpabilidad, muestra un

puntaje bajo, dando a entender que no tiende se culpabiliza por nada, por el contrario, sintiéndose víctima de las circunstancias. En la dimensión de total positivo se encuentra la escala de ánimo-alegría, obtuvo un puntaje menor, aludiendo a poca alegría y disfrute en las actividades que realiza. En la segunda escala de positivos varios, presenta un puntaje mayor, representando manifestaciones depresivas en el niño.

El menor presenta una depresión leve.

3. Test de déficit de atención / hiperactividad ADHDT

Análisis cuantitativo:

Sub test	Grado de severidad	
Inatención	19	Promedio
Impulsividad	5	Bajo
Hiperactividad	4	Bajo
Coeficiente TDAH	87	Promedio

Análisis cualitativo:

El menor obtuvo un puntaje promedio en el sub test de inatención, presenta pobre concentración y fácilmente se distrae ante cualquier estímulo, en ocasiones se muestra ido y aparenta que sueña despierto, tiene poca habilidad para planificar y terminar sus actividades o tareas. Sin embargo, en ocasiones tiende a ser molesto e inquieto, buscando conversar o jugar. En el sub test de impulsividad obtuvo un puntaje bajo, haciendo como referencia que tiene control de sus impulsos, en algunas ocasiones tiene dificultad para esperar su turno. En el sub

test de hiperactividad obtuvo un puntaje bajo, entendiéndose que puede regular su conducta.

V. Resumen

El paciente posee una capacidad intelectual normal promedio, hace uso de sus potencialidades, muestra una conducta de ser inquieto y en ocasiones pesimista respecto a futuro y de sus posibles amigos, no toma adecuadamente las indicaciones que se le dan. No presenta indicadores de lesión cerebral.

Emocionalmente presenta sentimientos de inseguridad, ansiedad, impulsividad, en ocasiones se muestra triste, presentando dificultades en la interacción social y aislamiento de su entorno de amigos, tiende al mal humor y resentimiento con poca capacidad para perdonar, mostrando baja tolerancia a la frustración.

Su capacidad para planificar sus actividades es pobre, mostrándose desordenado, tiende a distraerse fácilmente ante cualquier estímulo y al recibir indicaciones, no puede seguir las órdenes, por la poca atención que presta, su atención tiende a ser corta, en ocasiones se muestra ido y aparenta que sueña despierto.

26 de noviembre de 2018

Janit Huamani Carrion
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos : J.C.A
Edad : 10 años
Fecha de Nacimiento : 26/05/2008
Lugar de Nacimiento : Arequipa
Grado de Instrucción : Primaria
Estado Civil : Soltero
Procedencia : Arequipa
Ocupación : Estudiante
Religión : Católico
Informantes : Madre y profesora del paciente
Lugar de Evaluación : Hospital III de Yanahuara – EsSalud
Fechas de Evaluación : 16, 20 y 21 de noviembre 2018
Examinadora : Janit Huamani Carrion

II. MOTIVO DE CONSULTA:

La madre asiste a consulta con su hijo y refiere: “Mi hijo es distraído en el colegio y ha sufrido bullying por sus compañeros del aula, se muestra triste y no quiere asistir al colegio”.

III. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Paciente nació por parto natural, presentando dificultades durante el parto, presentó taquicardias, es por ello que utilizan fórceps para evitar el sufrimiento fetal. Al nacer presentó un color morado y no lloró al instante. Antes de los veinte días, presentó tres paros respiratorios, diagnosticándolo con laringotraqueomalacia severa, de inmediato fue internado y trasladado a la

ciudad de Lima, por tres meses, mientras estuvo hospitalizado presenta neumonía, por tal motivo usó oxígeno ambulatorio hasta los tres años. Pasado el tiempo de recuperación, la madre decide regresar a la ciudad de Arequipa.

Su desarrollo psicomotor se presentó con normalidad, en cuanto a su alimentación, tuvo que comer todo licuado hasta los dos años.

A los tres años ingresa al jardín, durante clases era inquieto, se paraba constantemente y se mostraba desafiante ante las llamadas de atención de la profesora. Gustaba mucho de jugar con sus compañeros, ya que le era fácil hacer nuevos amigos. A los siete años ingresa al colegio y su comportamiento prosigue, siendo inquieto, se distraía fácilmente. Tuvo dificultades para aprender la lecto-escritura. En segundo grado, la madre fue a consulta psicológica para mejorar su comportamiento y concentración, debido a las constantes llamadas de atención de la profesora, asistió cuatro meses a terapia y mejoró en su rendimiento escolar, pero aún presentaba dificultades para copiar textos.

Actualmente cursa el cuarto grado, al inicio de año escolar su madre fue su profesora de salón, a raíz de su embarazo solicitó licencia por maternidad desde el mes de mayo. Ingresando una nueva profesora, ella notaba que el paciente era rechazado de los juegos grupales, según le contaban sus alumnos era porque él era burlón y siempre fue considerado el consentido de su madre en las horas de clases, por esta razón preferían no jugar con él. A mitad del año escolar, el paciente fue agredido con una chalina por sus compañeros, tratando de ahorrarlo. El menor le contó a su madre lo ocurrido e indicaba que ya no quería regresar al colegio, su madre fue averiguar qué había pasado, ningún docente se dio cuenta de lo ocurrido, ya que se encontraban en una reunión, la madre decide cambiarlo de la institución, pero rechazan el pedido ya que era mitad de año, el menor

regresó a su colegio, pero aún los compañeros no querían jugar con él, el menor se muestra triste, porque no puede jugar como los demás compañeros y no puede realizar deportes ya que tiende agitarse rápidamente, en el mes de noviembre, fue operado por que tenía el tabique desviado, dejando de asistir por dos semanas al colegio, eso le alegraba ya que no asistiría a clases.

El menor vive con sus padres y hermanos, siendo las relaciones favorables para su desarrollo, su familia es de condición socioeconómica media, vivienda propia, contando con todos los servicios, considerados para una buena calidad de vida.

IV. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

El niño aparenta la edad referida, de contextura gruesa, postura erguida y marcha normal, con un acierto arreglo y aseo personal. Tono de voz apropiado, durante la evaluación se muestra colaborador, presta atención por tiempos cortos, fatigándose rápidamente. Paciente orientado en tiempo, lugar espacio y persona. Presenta un lenguaje coherente, no presenta alteraciones perceptivas. Memoria remota y reciente conservada.

Su estado de ánimo generalmente es de tristeza, cuando recuerda los constantes rechazos de sus compañeros. Tiene conciencia del problema que tiene y de los factores detonantes como soluciones posibles, por lo que está dispuesto a recibir ayuda.

V. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

Ψ Entrevista

Ψ Observación

Ψ Pruebas psicológicas

- Test de inteligencia WISC – IV
- Test de depresión en niños CDS
- Test para el trastorno de déficit de atención/ hiperactividad ADHDT

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El paciente posee una capacidad intelectual normal promedio, hace uso de sus potencialidades y más muestra una conducta de ser inquieto y en ocasiones pesimista respecto a futuro y de sus posibles amigos en el futuro, no toma adecuadamente las indicaciones que se le dan. No presenta indicadores de lesión cerebral.

Emocionalmente tiene sentimientos de inseguridad, ansiedad, impulsividad, en ocasiones se muestra triste, presentando dificultades en la interacción social y aislamiento de su entorno de amigos, tiende al mal humor y resentimiento con poca capacidad para perdonar, tiene baja tolerancia a la frustración.

Su capacidad para planificar sus actividades es pobre, mostrándose desordenado, tiende a distraerse fácilmente ante cualquier estímulo y al recibir indicaciones, no puede seguir las órdenes, por la poca atención que presta, su atención tiende a ser corta, en ocasiones se muestra ido y aparenta que sueña despierto.

VII. DIAGNÓSTICO

El paciente posee una capacidad intelectual normal promedio, emocionalmente es inseguro e inestable, con pobre atención y concentración, tiende a distraerse fácilmente con cualquier estímulo. Presenta dificultades para planear y organizar sus actividades. Todos estos rasgos configuran un trastorno de déficit de atención sin hiperactividad. (F 98.8 Segundo CIE 10).

VIII. Pronóstico

Favorable

IX. Recomendaciones

Ψ Psicoterapia individual

Ψ Psicoterapia familiar

26 de noviembre de 2018

Janit Huamani Carrion
Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPEUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos : J.C.A
Edad : 10 años
Fecha de Nacimiento : 26/05/2008
Lugar de Nacimiento : Arequipa
Grado de Instrucción : Primaria
Estado Civil : Soltero
Procedencia : Arequipa
Ocupación : Estudiante
Religión : Católico
Informantes : Madre y profesora del paciente
Lugar de Evaluación : Hospital III de Yanahuara – EsSalud
Fechas de Evaluación : 16, 20 y 21 de noviembre 2018
Examinadora : Janit Huamani Carrion

II. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

El paciente posee una capacidad intelectual normal promedio, emocionalmente es inseguro e inestable, con pobre atención y concentración, tiende a distraerse fácilmente con cualquier estímulo. Presenta dificultades para planear y organizar sus actividades. Todos estos rasgos configuran un trastorno de déficit de atención sin hiperactividad. (F 9 8.8 Según CIE 10).

III. OBJETIVO GENERAL

Favorecer el bienestar personal, social y familiar del niño y de sus padres a través de la intervención grupal basada en el desarrollo y/o potenciación de competencias y/o habilidades y pautas educativas en el hogar.

IV. DESCRIPCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

Nº DE SESIÓN	TERAPIA	OBJETIVO
Nº 1	Psicoeducación con los padres	Explicar y comprometer a los padres a desarrollar las capacidades de su hijo y así mejorar la calidad de vida del niño y de su propia familia.
Nº 2	Psicoeducación con la profesora	Establecer nuevos cambios dentro del aula, brindar estrategias para mejorar atención y concentración con los alumnos.
Nº 3	Relajación	Controlar y canalizar el exceso de actividad, los estados de agitación, nerviosismo y así favorecer las emociones positivas.
Nº 4	Concentración y atención	Desarrollar de manera didáctica con ejercicios sencillos para mejorar la atención y concentración.
Nº 5	Modificación de conducta	Implementar reforzadores para la extinción de conductas disruptivas y la implantación de conductas positivas.
Nº 6	Técnicas de habilidades sociales	Desarrollar las habilidades sociales para relacionarse de manera adecuada para favorecer la interacción social con sus compañeros y así evitar problemas de rechazo social y baja autoestima.

V. DESARROLLO

Sesión 1

Técnica: Psicoeducación

Información inicial a padres

Contenido:

Se les informó el diagnóstico de su hijo y se les ofreció información sobre el trastorno de déficit de atención y de las investigaciones más recientes; así mismo se les indicó que el trabajo es multidisciplinario y demanda su colaboración indicando las pautas que deben seguir desde casa.

Coordinación con el centro:

- La coordinación de la familia con el centro es esencial para programar de forma conjunta las estrategias educativas diseñadas para el alumno.
- Aprovechar las entrevistas para hablar de las dificultades encontradas, los progresos y para establecer objetivos conjuntos y revisarlos periódicamente.
- Supervisar la agenda como medio para controlar deberes, exámenes, trabajos, material, etc.

Tiempo: 30 minutos

Sesión 2

Técnica: Psicoeducación con la docente

Contenido:

Se le explicó a la profesora que el paciente presentaba de poca concentración y atención en clase y que se necesitaba de su ayuda para poner en marcha el plan de intervención, dando así un mejor desempeño de aprendizaje. También se informó de los problemas que se pueden originar en el aula y las pautas básicas para abordarlos.

Ubicación del alumnado en el aula:

Adecuar un lugar en el que pueda tener vigilancia continua, cerca de la profesora y lejos de distracciones. Elegir para él compañeros que le puedan ayudar a realizar tareas, tomar anotaciones y que no le distraigan.

Mantener un ambiente estructurado, con rutinas estables, motivador, y predecible. Con el objetivo de que el alumno sepa lo que tiene que hacer en cada momento y se sienta seguro en el aula. Es bueno utilizar material visual para recordar al alumno en qué momento del trabajo de clase nos encontramos.

Tareas y deberes. Es conveniente reducir y fragmentar las actividades. Utilizar un formato simple y claro. Se aconseja utilizar refuerzos y apoyos visuales en la instrucción oral y variar los ejercicios. No sobrecargar de tareas para casa al alumno.

Utilizar frases cortas, claras con construcciones sintácticas sencillas;

Focalizar la atención en los conceptos “claves” proporcionando al estudiante un listado antes comenzar la explicación; · presentar la idea principal explícitamente al principio de la explicación.

Tiempo: 30 minutos

Sesión 3

Técnica: Relajación

Contenido:

Técnicas de relajación para combatir los altos niveles de ansiedad que puedan presentar, y poder trabajar el control de impulsos y desarrollar la atención y la concentración al igual que podrá ayudar al niño a tener un sueño placentero.

Enseñar al niño a respirar correctamente, se realizará con dinámicas iniciales y realizar como un juego y que el niño pueda descubrir que puede controlar su respiración.

Ejemplo:

Enseñaremos a los niños y niñas a respirar de manera pausada y floja y de manera rápida y fuerte. El ratón es pequeño y respira despacio y lento, pero en cambio el elefante que es grande y fuerte, necesita respirar rápido y fuerte. Los niños y niñas aprenden que la respiración adecuada es la del ratón. También nos podemos ayudar del papel de seda. Así pueden observar como el papel no se mueve cuando respiramos como un ratón y como se mueve cuando respiramos como un elefante.

Se realizará la relajación en cada sesión para reforzar y notar mejoras.

Tiempo: 30 minutos

Sesión 4

Técnica: Modelamiento

Contenido:

Atención selectiva: ¡Adivina qué hora es!, se presentan una serie de relojes y el alumno/a debe decirnos que hora marcan, también podemos darle a él o a ella un reloj para que pongan la hora que el maestro/a le indica.

Atención selectiva, sostenida y dividida: encuentra las diferencias, se presentan dos series aparentemente iguales, pero no es así debe buscar los detalles que hacen que sean diferentes. Podemos empezar buscando pocas diferencias para después ir aumentando la dificultad e ir manteniendo la atención durante más tiempo, de forma paulatina.

Atención selectiva, sostenida y dividida: Decir disparates, consiste en contar una historia que tenga disparates, el niño debe decir cuáles son esos disparates. Por ejemplo: “Iba por el campo y de repente miré al cielo y vi un cerdo volando...” .

Atención selectiva: Dictado de gráficos, consiste en dar unas instrucciones al alumno/a como, por ejemplo: Para un golpe dibujar un círculo y para 2 dibujar un cuadrado y para tres dibujar una raya.

Atención dividida: Vamos a jugar a las sumas y a las restas, consiste en que el alumno/a debe realizar una serie de sumas y restas y cuando escuche un timbre deberá dar un golpe en la mesa y después continuar con las operaciones matemáticas hasta que vuelva a sonar el timbre y así sucesivamente.

Atención selectiva: Publicidad Consiste en ver cuatro spots publicitarios y después nos contará el orden en la que lo ha visto y cuál es su tema principal, es decir, qué anuncian.

Tiempo: 20 minutos (una actividad por día)

Sesión 5

Técnica: Modelamiento

Contenido:

El “tiempo fuera” es una técnica que puede aplicarse para modificar conductas negativas, consiste en apartar al niño a un sitio que carezca de estímulos positivos para él, un lugar donde no tenga juegos o compañía con la que pueda entretenerte. No se trata de buscarle un sitio hostil, sino un lugar que le resulte aburrido. Se llegará a un acuerdo con los padres para que el niño reciba reforzadores positivos, en base al mejor desempeño en clase y cumplimiento de tareas y trabajos.

Tiempo: 30 minutos

Sesión 6

Técnica: Modelamiento

Contenido:

Conocer e identificar:

- Las normas y comportamientos sociales adecuados y correctos a cada contexto.
- Las diferentes esferas de la interacción social.
- El proceso de socialización y sus partes.
- Las aptitudes y habilidades sociales propias y en los demás.

Desarrollar: Entrenamiento asertivo

- Conocer los derechos asertivos y respetarlos.
- Funcionamiento empático: Solidaridad social.
- Manejo asertivo de los conflictos.
- Asertividad
- En el uso de las técnicas mediante prácticas de rol-playing.

Mejorar:

- La expresividad (verbal y no verbal) y la comunicación social.
- La comunicación en los diferentes entornos: social, escolar y familiar.

Se realizará 3 sesiones

Tiempo: 30 minutos

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN DEL PLAN

45 minutos, por sesión, una vez por semana durante 1 mes y medio.

VII. AVANCES TERAPÉUTICOS O LOGROS OBTENIDOS

Recién se ha comenzado con la primera sesión esperamos mejores avances.

VIII. CAMBIO DE ACTITUDES Y/O COMPORTAMIENTOS

Se logró modificar su actitud hacia el problema y compromiso de los padres.

26 de noviembre de 2018

Janit Huamani Carrion
Bachiller en Psicología

ANEXOS

WISC-N Spanish

ESCALA DE INTELIGENCIA PARA NIÑOS DE WECHSLER
CUARTA EDICIÓN - ESPAÑOL

Nombre del Niño _____

Nombre del Examinador _____

Cálculo de la Edad del Niño

	Año	Mes	Día
Fecha del Test	2018	11	20
Fecha de Nacimiento	2003	05	26
Edad	10	5	24

Conversion de Puntajes Brutos a Puntajes Equivalentes

Subtest	Puntajes Brutos	Puntajes Equivalentes				
Diseños de Bloques	35 11	11	11	11		
Semejanzas	16 7 7			7		
Retención de Dígitos	13 10		10	10		
Complejos de Figuras	16 9	9		9		
Códigos	52 12		12	12		
Vocabulario	18 5 5			5		
Secuenciación Letra-Número	16 10	10		10		
Razonamiento de Matrices	20 10	10		10		
Comprensión	11 4 4			4		
Búsqueda de Símbolos	24 11		11	11		
(Complejización de Figuras)		()		()		
(Cancelación)			()	()		
(Información)	10 6 (6)			(6)		
(Aritmética)			()	()		
Suma de Puntajes Equivalentes	16 30 20 23 91	Comp. Verb.	Raz. Perc.	Memo. Trab.	Veloc. Proc.	Esc. Total

Suma de Puntajes Escalares a Composición de Puntajes de Conversión

Escala	Suma de Punt. Equiv.	Puntajes Compuestos	95 % Intervales de Confianza	Rangos Percentiles Para Población USA	Rangos Percentilares Ajustados
Comp. Verbal	16	VCI 73	68-82		
Raz. Percep.	30	PRI 100	93-107		
Memo. de Trab.	20	WMI 49	41-57		
Veloc. de Proc.	23	PSI 109	97-108		
Escala Total	89	FSIQ 91	88-96		

Rangos Percentilares Ajustados

Método A (Método Preferido)			Método B	
Experiencia Educativa en USA	Nivel de Educación Paterna	Clasificación	Experiencia Educativa en USA	
—	—	—	—	—

Perfil de Puntajes Escalares de Subtests Básicos

SI	VC	CO	Razonamiento Perceptual (PCo)			Memoria de Trabajo DS LN (AR)		Velocidad de Procesamiento CD SS (CA)	
			BD	PCn	MR	DS	LN	AR	CD
7	5	4	11	9	10	10	10	10	11
19	•	•	•	•	•	•	•	•	•
18	•	•	•	•	•	•	•	•	•
17	•	•	•	•	•	•	•	•	•
16	•	•	•	•	•	•	•	•	•
15	•	•	•	•	•	•	•	•	•
14	•	•	•	•	•	•	•	•	•
13	•	•	•	•	•	•	•	•	•
12	•	•	•	•	•	•	•	•	•
11	•	•	•	•	•	•	•	•	•
10	•	•	•	•	•	•	•	•	•
9	•	•	•	•	•	•	•	•	•
8	•	•	•	•	•	•	•	•	•
7	7	5	4	3	2	1	•	•	•
6	•	•	•	•	•	•	•	•	•
5	•	•	•	•	•	•	•	•	•
4	•	•	•	•	•	•	•	•	•
3	•	•	•	•	•	•	•	•	•
2	•	•	•	•	•	•	•	•	•
1	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Perfil de Puntajes Compuestos

VCI	PRI	WMI	PSI	FSIQ
160	150	140	130	120
110	100	90	80	70
60	50	40	30	20
50	40	30	20	10

ADHDT

Test para el Transtorno por Déficit de Atención / Hiperactividad

Un método para Identificar
Individuos con ADHDT (TDA / H)

FORMULARIO DE RESPUESTAS

Sección I. Datos de Identificación		
Nombre del Examinado	J. C.	
Dirección	Avda. Salva Negre	
Grado y Sección	4to	
Nombre del Informante	M. A. J.	
Relación con el Examinado	Madre	
Nombre y Titulo del Examinador	Juan Huamán	
Fecha de Aplicación del Test	2018	Año
	11	Mes
	20	Día
Fecha de Nacimiento del Examinado	2008	Año
	09	Mes
	24	Día
Edad Cronológica del Examinado	10	Año
	5	Mes
	24	Día

Sección II. Sumario de Puntajes					Sección IV. Perfil de Puntuaciones					
Subtests	Puntaje Bruto	PE	%	EE M	ADHDT Subtests	ADHDT Totales	Otras Medidas de Inteligencia Logro ó Conducta			
Subtests	4	7	—	1	Hiperactividad	Cociente ADHDT (TDA/H)	Test usado			
Impulsividad	5	7	—	1	Impulsividad	Cociente Compuestos o Totales	Test usado			
Desatención	19	10	—	1	Inatención	Test usado	Test usado			
Suma de Puntajes Estandar 24					Puntajes Estandar de los Subtests	Test usado	Test usado			
Cociente ADHDT (TDA/H) 82 3					20	160	Test usado			
					19	155	Test usado			
					18	150	Test usado			
					17	145	Test usado			
					16	140	Test usado			
					15	135	Test usado			
					14	130	Test usado			
					13	125	Test usado			
					12	120	Test usado			
					11	115	Test usado			
					10	110	Test usado			
					9	105	Test usado			
					8	100	Test usado			
					7	95	Test usado			
					6	90	Test usado			
					5	85	Test usado			
					4	80	Test usado			
					3	75	Test usado			
					2	70	Test usado			
					1	65	Test usado			
						60	Test usado			
						55	Test usado			

Sección III. Guía de Interpretación

Puntajes Estandar de Subtest	Cociente ADHD (TDA / H)	Grado de Severidad	Probabilidad de ADHD (TDA / H)
17 - 19	131+	Alto	Muy Alto
15 - 16	121 - 130		Alto
13 - 14	111 - 120		Por encima del promedio
8 - 12	90 - 110		Promedio
6 - 7	80 - 89		Por debajo del promedio
4 - 5	70 - 79		Bajo
1 - 3	< 69		Muy Bajo

Alto
↓
Bajo

C.D.S.

PROTOCOLO DE RESPUESTA

Apellidos y Nombres:

Edad: 10

Sexo: (M) (F)

Fecha: 19

Evaluador(a)

- A Muy de acuerdo
 B De acuerdo
 C No estoy seguro
 D En desacuerdo
 E Muy en desacuerdo

MARCA SÓLO UNA RESPUESTA

	A	B	C	D	E
1	X	O	O	O	O
2	O	O	O	O	X
3	O	O	O	O	O
4	O	O	O	O	X
5	O	O	O	O	X
6	O	O	O	O	X
7	X	O	O	O	O
8	O	O	O	O	O

33
34
35
36
37
38
39
40

	A	B	C	D	E
33	O	X	O	O	O
34	O	O	X	O	O
35	O	O	O	X	O
36	O	O	X	O	O
37	X	O	O	O	O
38	X	O	O	O	O
39	O	O	O	O	O
40	O	O	O	O	O

AA 43 35-49
int. int.RA 20
int. int.PS 27 45-54
int. int.AE 10 25-34
int. int.PM 19 40-49
int. int.SC 20 35-44
int. int.DV 35 15-24
int. int.

	A	B	C	D	E
9	X	O	O	O	O
10	O	O	O	O	X
11	O	X	O	O	O
12	O	O	O	O	X
13	O	O	O	O	X
14	O	O	O	O	X
15	X	O	O	O	O
16	O	O	O	O	O

41
42
43
44
45
46
47
48

	A	B	C	D	E
41	O	X	O	O	O
42	O	O	X	O	O
43	X	O	O	O	O
44	O	O	O	X	O
45	X	O	O	O	O
46	O	O	O	O	X
47	X	O	O	O	O
48	O	O	O	O	O

AE 10 25-34
int. int.

	A	B	C	D	E
17	X	O	O	O	O
18	X	O	O	O	O
19	O	O	O	O	X
20	O	O	O	O	X
21	X	O	O	O	O
22	O	O	O	O	X
23	O	O	O	O	X
24	X	O	O	O	O

49
50
51
52
53
54
55
56

	A	B	C	D	E
49	O	O	O	O	X
50	X	O	O	O	O
51	O	O	O	O	X
52	O	O	O	O	X
53	O	O	O	O	X
54	X	O	O	O	O
55	O	O	O	O	X
56	X	O	O	O	O

PV 32 60-28-32
int. int.TP 45 13+32
int. int.

TD 141 int. int.

	A	B	C	D	E
25	X	O	O	O	O
26	X	O	O	O	O
27	O	O	O	O	X
28	O	O	O	O	X
29	X	O	O	O	O
30	O	O	O	O	X
31	X	O	O	O	O
32	O	O	O	O	X

57
58
59
60
61
62
63
64

	A	B	C	D	E
57	X	O	O	O	O
58	O	O	O	O	X
59	O	O	O	O	X
60	X	O	O	O	O
61	X	O	O	O	O
62	O	O	O	O	X
63	O	O	O	O	X
64	O	O	O	O	X

65
66