

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



EFECTO DE UN PROGRAMA BASADO EN MINDFULNESS SOBRE
LA PREOCUPACIÓN EXCESIVA EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA
DE UNA UNIVERSIDAD ESTATAL

Tesis presentada por los

bachilleres:

ELGUERA RANILLA, GABRIELA
ELIZABETH

LLERENA BABILONIA, DARÍO
FIDEL

Para optar el título profesional de
PSICÓLOGOS.

Asesorados por: Ps. Angel Wuilder
Barreda Coaquira.

AREQUIPA – PERÚ

2018

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| DEDICATORIA..... | 6 |
| AGRADECIMIENTO | 7 |
| RESUMEN | 8 |
| ABSTRACT | 9 |
| LISTA DE GRAFICAS | 10 |
| LISTA DE TABLAS..... | 10 |
| CAPITULO I INTRODUCCIÓN | 11 |
| Planteamiento del problema..... | 11 |
| Hipótesis | 14 |
| Objetivos | 15 |
| Importancia del estudio | 15 |
| Limitaciones del estudio..... | 16 |
| Definición de términos..... | 17 |
| Variables e indicadores | 19 |
| CAPITULO II REVISIÓN DE LA LITERATURA | 20 |
| Mindfulness o atención plena | 20 |
| Definiendo mindfulness..... | 23 |
| Caracterizando mindfulness..... | 23 |
| Mitos y prejuicios | 30 |
| Componentes mindfulness..... | 31 |
| Mecanismos de acción..... | 32 |
| Midiendo mindfulness | 36 |
| Aplicaciones clínicas de mindfulness | 37 |

| | |
|---|----|
| Estudios neurofisiológicos del mindfulness | 43 |
| Preocupación y ansiedad generalizada, y su tratamiento basado en mindfulness | 45 |
| Ansiedad generalizada y la preocupación patológica..... | 45 |
| Modelo de la preocupación como evitación experiencial..... | 46 |
| Circularidad de la preocupación crónica | 48 |
| La preocupación y la rumiación..... | 48 |
| Otros correlatos clínicos relevantes del trastorno de ansiedad generalizada | 49 |
| Tratamientos para la ansiedad generalizada..... | 49 |
| Terapia conductual basada en aceptación y mindfulness para el tratamiento de ansiedad generalizada..... | 51 |
| CAPITULO III METODOLOGÍA | 53 |
| Métodos técnicas, tipo y diseño de investigación | 53 |
| Población o muestra..... | 55 |
| Materiales e instrumentos | 56 |
| Procedimientos | 57 |
| Recolección de datos | 58 |
| Análisis e interpretación de los resultados..... | 58 |
| CAPITULO IV RESULTADOS..... | 59 |
| CAPITULO V | 63 |
| DISCUSIÓN..... | 63 |
| CONCLUSIONES | 66 |
| RECOMENDACIONES | 67 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 68 |

| | |
|---|----|
| ANEXOS | 76 |
| Instrumento..... | 77 |
| Ficha de validación de instrumentos por expertos..... | 79 |
| Ficha de observación | 80 |
| Pautas de entrevista | 81 |
| Caso 1 | |
| Caso 2 | |

*Dedicamos este trabajo
a todas aquellas
personas en cuyo
interior aun arde un
espíritu de benevolencia
y compasión hacia la
vida y hacia los demás,
así como un espíritu
innovador que luche por
la verdad y el amor en la
ciencia y el arte.*

*Nuestros padres, nuestros docentes,
nuestros amigos, los participantes de
esta investigación y muchas otras
personas, en algún momento y lugar
de nuestras vidas, intercedieron de
alguna forma, con su interés y
esfuerzo para que este trabajo sea
completado, de corazón lo valoramos
y agradecemos.*

RESUMEN

El presente estudio logró determinar cuál es el efecto de un programa basado en habilidades mindfulness en una población de estudiantes de psicología con una preocupación excesiva, posiblemente patológica, la cual fue identificada con la aplicación de una prueba de tamizaje. Fueron seleccionados veinte sujetos para conformar ambos grupos, del grupo experimental desertaron cuatro participantes quedando seis participantes en este grupo, el mínimo permitido para este tipo de intervención, y diez participantes en el grupo control. Luego de aplicar el tratamiento pudimos validar la efectividad del programa ya que se redujo significativamente la preocupación excesiva de los participantes. Es así que queda demostrada la efectividad del programa basado mindfulness, lo cual a la vez es un incentivo a seguir investigando y trabajando en la aplicación de esta intervención en nuevas áreas para contribuir al bienestar integral de las personas y la sociedad.

Palabras clave: Preocupación patológica, mindfulness, Trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

ABSTRACT

The present study was able to determine what is the effect of a mindfulness program in a population of psychology students with a high, possibly pathological concern, which was identified with the application of a screening test. Twenty subjects were selected to form both groups; from the experimental group, four participants defected, leaving six participants in this group, the minimum allowed for this type of intervention, and ten participants in the control group. After applying the treatment we were able to validate the effectiveness of the program as the high concern of the participants was considerably reduced. Thus, the effectiveness of the program and the therapeutic model is demonstrated, which at the same time is an incentive to continue researching and working on the application of this model in new areas to contribute to the integral development of people and society.

Key words: Pathological preoccupation, mindfulness, Generalized anxiety disorder (GAD).

Lista de tablas

| | |
|---------------|----|
| Tabla 1 | 35 |
| Tabla 2 | 38 |
| Tabla 3 | 62 |

Lista de graficas

| | |
|-----------------|----|
| Grafica 1 | 22 |
| Grafica 2..... | 59 |
| Grafica 3..... | 60 |
| Grafica 4..... | 61 |

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La preocupación es una experiencia que todos los seres humanos compartimos. Todos nos preocupamos alguna vez por algún motivo, los pensamientos de preocupación son una respuesta habitual al afrontamiento de situaciones estresantes. Sin embargo, cuando la preocupación se hace predominante llegando a ser excesiva, incontrolable y crónica o bien cuando interfiere en el funcionamiento cotidiano puede categorizarse en un trastorno psiquiátrico denominado Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) (American Psychiatric Association, 2000). En el DSM-IV (APA, 1994) la penetrabilidad e incontrolabilidad de la preocupación patológica fue enfatizada, según este manual el Trastorno de Ansiedad Generalizado es diagnosticado cuando existe preocupación excesiva (llamada expectación aprensiva) caracterizada porque la persona le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación sobre múltiples temas.

Por otra parte la preocupación se ha descrito como la activación persistente de la representación cognitiva de uno mismo,

incluidos pensamientos inquietantes, historias o imágenes sobre un posible peligro o amenaza (Borkovec, Ray y Stober, 1998)

Según el Dr. Javier Saavedra Castillo, Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. El 10.5% de la población adulta de Lima, es decir más de 600 mil personas han presentado altos estados de preocupación y ansiedad alguna vez en su vida. Pero de esta población, un bajo porcentaje es la que regresa a terapia y la que continúa con un seguimiento continuo, esto debido a diversos motivos como falta de tiempo, dinero, soporte familiar o la sensación de no mejorar, entre otros motivos personales.

En el transcurso de nuestra formación como estudiantes fuimos testigos de dos desenlaces fatales en la escuela Profesional de Psicología donde dos compañeros y amigos se quitaron la vida por problemas personales; situaciones que motivaron la selección de nuestra institución como lugar de investigación; ya que existen ciertos prejuicios sociales con respecto a dicha población estudiantil, como: “un estudiante de psicología como no va saber manejar sus propios problemas psicológicos”, como estudiantes, como hijos, algunos como padres, como parejas, como cualquier otra persona la preocupación excesiva puede tomar como víctima a cualquiera; volviéndose posteriormente un trastorno de ansiedad generalizada y como ya lo mencionamos alterando de una forma drástica nuestra salud y el normal funcionamiento en nuestras actividades cotidianas.

A lo largo de los años han existido diversos tratamientos para afrontar la ansiedad y la preocupación excesiva, siendo la psicoterapia y la medicación las más utilizadas. Pero como ya mencionamos los síntomas de la preocupación patológica pueden reaparecer en cualquier momento y situación volviéndose crónica su aparición y evidenciando que las terapias tradicionales utilizadas no abordan completamente la prevención de recaídas posteriores

(Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams, John D. Teasdale; “Terapia Cognitiva de la Depresión Basada en la conciencia plena”,2002).

Fennell M. Segal Z. (2017) indican que existen varias investigaciones que mostraron que la tasa de recaída en pacientes con depresión, que recibieron un tratamiento basado en mindfulness, al año siguiente, (año con la más alta incidencia de recaídas) se redujo un 50% en comparación con las personas que recibieron una terapia convencional.

Mindfulness se presenta como la antípoda de las características de la preocupación en cuanto permite a la persona desarrollar un enfoque del aquí y el ahora, orientación a la experiencia con curiosidad y aceptación. Además de generar una actitud hacia la experiencia de apertura y una forma de reaccionar con ecuanimidad permitiendo una autorregulación basada en la toma de conciencia deliberada y sin juicios.

Es por eso que en los últimos años, las teorías basadas en Mindfulness y en aceptación se han combinado con las tradicionales basadas en cambio, como, la terapia cognitivo-conductual, en un intento por mejorar el tratamiento efectivo de psicopatologías como la ansiedad y los trastornos depresivos (Hayes, 2005; Segal 2006). Así pues la práctica de mindfulness traducido como “conciencia plena o atención plena” ofrece una manera diferente de relacionarse con los problemas que surgen en la vida cotidiana, ofreciendo un cambio de actitud frente a la aparición de dichos problemas; cuando percibimos un problema lo primero que se nos viene a la mente es el deseo de que desaparezca y hacemos todo lo posible que esté en nuestras manos para que esta sensación desagradable a nivel físico, cognitivo y emocional se vaya, entonces luchamos contra esto, pensando en que hacer para que esto disminuya, intentando evitar y rehuir las incomodidades; lo que nos lleva a un estado muchas veces peor, mucho más intenso y desagradable, multiplicando

nuestras incomodidades. (Ronald D. Siegel. “la solución mindfulness”, 2010)

En nuestro medio se ha realizado hasta la actualidad investigaciones relacionadas al mindfulness dirigidos a diferentes grupos diferenciados por la edad entre ellos universitarios, niños y docentes de la ciudad de Lima. Entre ellos: “Mindfulness y calidad del sueño en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana” (2014) investigación realizada por Natalia Succar Acurio. “Mindfulness, flow y rendimiento académico en estudiantes universitarios” por Mónica Alfaro Bouroncle (2016), “Propuesta de intervención de un programa de mindfulness en niños y niñas con necesidades educativas especiales en el contexto educativo” por Natalia Martínez Merlos (2017). Todos estos estudios dan como resultado el gran campo de investigación del Mindfulness en los diferentes ámbitos de la psicología y la aplicación funcional de esta práctica como terapia psicológica efectiva en diferentes grupos sociales.

Es por lo expuesto anteriormente que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Reducirá de forma significativa la preocupación excesiva, identificada en un grupo de estudiantes de psicología de una Universidad Estatal por efecto de la aplicación de un programa de entrenamiento basado en habilidades mindfulness?

2. HIPÓTESIS

La aplicación de un programa de entrenamiento en habilidades Mindfulness causará la reducción significativa de la preocupación excesiva en un grupo de estudiantes de psicología de la Universidad Nacional de San Agustín

3. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Determinar el efecto de un programa basado en el entrenamiento en habilidades mindfulness, sobre la preocupación excesiva en un grupo de estudiantes de psicología de la Universidad Estatal.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a.** Identificar el grado de preocupación de los estudiantes de psicología de una universidad estatal antes y después de la aplicación de un programa mindfulness.
- b.** Demostrar si existe una diferencia significativa entre la preocupación excesiva encontrada en estudiantes de psicología de una universidad estatal antes y después de la aplicación de un programa mindfulness.

4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La presente investigación pretendió validar el efecto de un programa basado en habilidades Mindfulness y promover su utilización dentro del ámbito psicoterapéutico en nuestro medio, ya que alrededor del mundo su uso, en comparación con las terapias convencionales, está demostrando obtener resultados positivos y significativos sobre los diversos problemas de salud mental y física a corto y largo plazo.

Es así que con este trabajo intentamos ayudar a aquellas personas que encontramos afectadas por estados de preocupación excesiva y posiblemente patológica, cuando esta se hace predominante llegando a ser excesiva, incontrolable y crónica puede categorizarse en un trastorno psiquiátrico denominado Transtorno de Ansiedad Generalizada (American Psychiatric Association, 2000). Mindfulness se ha utilizado en la intervención de múltiples trastornos mentales dando resultados positivos. Por otro lado ayudamos a la propagación del

conocimiento y práctica del Mindfulness en estudiantes de psicología, terapeutas y personas que trabajan en el área de salud mental contribuyendo con su desarrollo profesional y personal.

La presente investigación atendió y se desenvolvió dentro del área clínica de la psicología, debido al desarrollo de la atención como herramienta terapéutica, en una población con preocupación excesiva, sin embargo su uso se extiende a las diferentes ramas de la psicología como la social, educativa y organizacional.

Por lo tanto viendo la creciente y validada investigación sobre la capacidad autoreguladora de la atención que produce la aplicación del mindfulness sobre diferentes trastornos y siendo el de la ansiedad y la preocupación excesiva un problema con incidencia significativa y consecuencias negativas en nuestra realidad es que nos embarcamos en la realización de este estudio que promovió el tratamiento de la preocupación y los diferentes problemas de salud mental desde este enfoque nuevo y esperanzador.

5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- A.** La principal limitación que encontramos en la realización de este estudio fue el poco conocimiento e interés de las personas hacia el tema de mindfulness, así como también la presencia de mitos y creencias falsas sobre el tema.
- B.** La deserción de algunos participantes en el desarrollo del programa.
- C.** Los desafíos y dificultades personales de los participantes para poder realizar sus prácticas y tareas para casa.
- D.** La falta de instrumentos de medición psicofisiológica para evaluar las diferentes respuestas psicofisiológicas producidas por la preocupación en un nivel objetivo (físico).

6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

A. PREOCUPACIÓN

Según Borkovec (1988) la preocupación está caracterizada por un predominio de actividad conceptual o de pensamientos verbales abstractos siendo la imaginación, en contraste, menos advertida en el fenómeno. Además, la preocupación conlleva una carga de afecto negativo, cuando nos preocupamos nos hablamos a nosotros mismos sobre cosas negativas, sobre todo eventos negativos que tememos que puedan ocurrir en el futuro (Borkovec, Ray & Stöber, 1998).

B. PREOCUPACIÓN Y ANSIEDAD GENERALIZADA

En el DSM-III-R (APA, 1987), la preocupación crónica o patológica fue identificada como la característica central definitoria del TAG, especificándose un conjunto de características somáticas asociadas a la preocupación. En el DSM-IV (APA, 1994) la penetrabilidad e incontrolabilidad de la preocupación patológica fue enfatizada, a la vez que se eliminó la naturaleza no realista de la preocupación. Los pensamientos de preocupación son una respuesta habitual al afrontamiento de situaciones estresantes. Sin embargo, cuando la preocupación se hace predominante llegando a ser excesiva, incontrolable y crónica puede convertirse en un trastorno diagnosticado como ansiedad generalizada (TAG) cuya característica central es la preocupación. En este caso la preocupación se hace patológica y es causa de desazón, disrupción y pérdida de regocijo en la vida.

C. MINDFULNESS O ATENCIÓN PLENA

Mindfulness o atención plena se ha descrito como una conciencia centrada en el presente, no elaborativa y no enjuiciadora, en la cual cada pensamiento, sentimiento o

sensación que surge en el campo atencional es reconocido y aceptado tal como es (Kabat-Zinn, 1990; Segal, Williams & Teasdale, 2002). Se admite comúnmente que mindfulness tiene sus raíces en el budismo, siendo un término proveniente de la traducción al inglés del vocablo “Sati” del idioma Pali. El Pali es la lengua en la que se encuentran escritas las colecciones más antiguas de los textos budistas (Canon Pali).

D. MINDFULNESS Y APLICACIÓN CLÍNICA

Las numerosas y diversas aplicaciones clínicas del mindfulness la han convertido en un importante foco de atención de la literatura actual. Lo que resulta indudable, en la proliferación actual del mindfulness, es la gran capacidad de integración de sus fundamentos en psicoterapia o en programas de intervención, como demuestra su múltiple aplicación actual en tan variados ámbitos clínicos, y desde enfoques tan dispares como los psicodinámicos y los cognitivos conductuales. Según Bishop (2004) las habilidades vinculadas al mindfulness han sido adaptadas por la psicología contemporánea como una aproximación terapéutica para incrementar la conciencia y la capacidad de responder hábilmente a los procesos mentales que contribuyen al malestar emocional y a la conducta desadaptativa. El entrenamiento en estas habilidades supone un adiestramiento de la mente con el objetivo de reducir la vulnerabilidad cognitiva asociada al malestar emocional y al incremento del estrés, promoviéndose de esta manera el bienestar emocional y la salud mental.

E. TERAPIAS BASADAS EN MINDFULNESS

La atención plena o mindfulness ha adquirido una gran importancia en su vertiente de aplicación terapéutica al ser incluida como un componente fundamental en terapias actuales que presentan un interés notable. Algunos autores (Hayes,

2004; Baer, 2006) han denominado a estas terapias basadas en la aceptación y en el mindfulness como “terapias de tercera generación”, sugiriendo la emergencia de un nuevo paradigma. Estas terapias incluyen en sus componentes procesos del mindfulness y aceptación conjuntamente con procesos de compromiso y cambio directo de conducta. De esta manera, como anteriormente hemos referido, en el contexto terapéutico mindfulness está asociado a otros procedimientos clínicos, como es el caso de la terapia dialéctico comportamental (Linehan, 1993), la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, 1999) o la terapia cognitiva de prevención de recaídas para la depresión (Segal, Wiliams y Teasdale, 2002).

7. Variables e indicadores

| VARIABLES | DIMENSIONES | Sub dimensiones | INDICADORES |
|--|---------------------|-----------------|-------------|
| V1 (independiente) Preocupación alta | Preocupación | | Baja |
| | | | Moderada |
| | | | Alta |
| V2 (dependiente) MINDFULNESS | Atención/conciencia | | Elevada |
| | | | Normal |
| | | | Disminuida |

CAPITULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. MINDFULNESS O ATENCIÓN PLENA:

Introducción

Desde 1979 cuando el programa de reducción del estrés basado en Mindfulness (REBAB) el cual nació en la clínica de Reducción de Estrés en el centro médico de la universidad de Massachusetts, en Worcester, Massachusetts, la idea de que la meditación Mindfulness se integraría en la corriente de la medicina y la ciencia en la forma que lo ha hecho que la INS (Instituto Nacional de Salud) subvencionaría la investigación en los niveles en los que actualmente lo hace, así como celebraría un simposio de todo un día en su campus titulado “ la meditación del Mindfulness y la salud”, o el hecho de que la SNS (sistema nacional de salud) en Gran Bretaña obligaría a implementar una terapia basada en el mindfulness a lo largo de todo el país son circunstancias que no pueden ser identificadas de otro modo sino como sorprendentes.

El surgimiento del interés de las prácticas meditativas y su potencial aplicación dentro de la medicina y la psicología representa la convergencia de dos maneras de conocer: el modo de las ciencias empíricas occidentales y el empirismo de lo meditativo y de las disciplinas de la conciencia orientales.

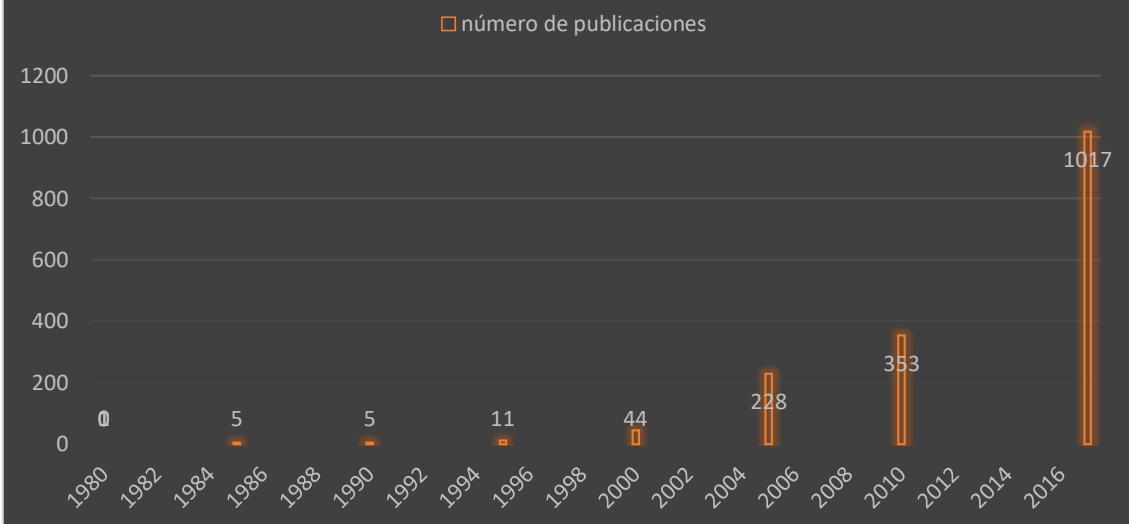
Kabat zinn propone que el mundo solo puede beneficiarse con esta convergencia y confluencia de corrientes siempre q los más altos estándares de rigor y empirismo original de cada corriente sean respetados. (Fenell D y Segal Z. 2017)

Las tradiciones de meditación oriental y la psicología occidental tienen aspectos en común, así como diferencias significativas las cuales es adecuado tener en cuenta. (Didonna, 2014)

En las últimas décadas varios estudios científicos de gran rigor basados en las tecnologías occidentales han demostrado que la meditación practicada por expertos como los monjes budistas puede modificar la actividad cerebral y tiene una influencia positiva en la salud de las personas tanto física como mental (Didona 2014)

Desde el punto de vista científico, el estado o rasgo de mindfulness está relacionado con varios indicadores de salud física y psicológica, tales como un mejor equilibrio del sistema nervioso autonómico (simpático y parasimpático), niveles más altos de afecto positivo, satisfacción con la vida, vitalidad y menores niveles de afectos negativos y otros síntomas psicopatológicos; siendo entonces mindfulness útil para el tratamiento de muchas enfermedades o trastornos. Los mecanismos subyacentes a los efectos que el entrenamiento de mindfulness tiene sobre la salud y el bienestar son diversos e incluyen: un mayor control de la atención, una mayor conciencia de las experiencias internas y externas, una menor reactividad a las mismas experiencias, una consecuente mejor regulación emocional y una mayor flexibilidad psicológica. Todos esos aspectos han despertado un interés exponencial en el medio científico que exponemos en la siguiente Grafica (A. Cebolla y M. Demarzo, 2013)

Grafica 1. Número de publicaciones encontradas con la palabra mindfulness, adaptado de black (2013)



Si bien mindfulness está demostrando en la práctica resultados prometedores. Aun es una aproximación a lo que sería un modelo o constructo psicoterapéutico sólido dentro de la psicología. Sin embargo al recoger algunos de los principios de la psicología oriental e integrarlos a las terapias desarrolladas en occidente, como es el caso de la terapia dialectico conductual; en donde se incorpora el mindfulness como habilidad central en el tratamiento del trastorno límite de personalidad o la terapia de aceptación y compromiso donde se incluyen elementos de mindfulness y se han utilizado con una gran variedad de pacientes o la misma terapia cognitiva conductual con mindfulness integrado. (Kocovski N. 2014), o las diferentes aplicaciones estructuradas en programas basados en midfulness para la mejoría de diferentes afecciones mentales, han hecho del mindfulness una aplicación relevante dentro de la psicoterapia en los últimos años. De esta manera mindfulness se manifiesta como un conjunto de teorías y prácticas que están complementando y contribuyendo al trabajo psicológico de occidente con la intención de disminuir el sufrimiento y producir alivio en las personas, a la vez que se expande y fortalece las corrientes terapéuticas actuales.

A. Definiendo *Mindfulness*

Una de las más actuales y completas definiciones de minfulness es la propuesta por Bishop, el cual escribe: Conceptualizando de manera amplia el mindfulness ha sido descrito como una clase de conciencia centrada en el presente, no enjuiciadora y no conceptual, en la cual cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocido y aceptado por lo que es (citado por Dreyfus, 2011)

Tal y como lo emplean los psicoterapeutas de occidente el termino minduflness a menudo se entiende como una traducción del termino pali “sati” (el pali es el idioma en el que fueron escritas las enseñanzas de buda). El termino sati implica conciencia atención y recuerdo. Los vocablos conciencia y atención tienen un significado similar al empleado al inglés- ser consciente y prestar atención, la palabra recuerdo sin embargo es diferente más que recordar un trauma de la infancia o lo que hemos desayunado se refiere a un continuo recuerdo de que tenemos que ser conscientes y prestar atención (Siegel Pollak y Pedulla 2014)

Por otro lado como estado mental, el mindfulness se experimenta como una conciencia sensorial elevada del momento presente, libre de juicios, de reactividad y de identificación con la experiencia. Como práctica, el midnfulness requiere un enfoque de la atención sostenido y deliberado en procesos sensoriales con una aceptación incondicional de la experiencia sensorial. (Siegel, 2014)

B. Caracterizando *Mindfulness*

Según Germer (2005) la palabra Mindfulness puede ser usada para describir:

- Una práctica de cultivar la atención (meditación)
- Un proceso psicológico (ser consciente)
- Un constructo teórico (Mindfulness).

A continuación detallamos cada una de esas acepciones.

a. *Mindfulness* como meditación

Cuando se alude a la meditación con la palabra *Mindfulness* fundamentalmente se alude a la meditación *Vipassana o visión cabal* (en inglés “*awareness or insight Meditation*”) que principalmente proviene de la tradición *Theravada* del sudeste asiático y que se ha extendido considerablemente en occidente. También se alude a la meditación *Zen*, que proviene de la evolución de un budismo influenciado en China por el taoísmo y que posteriormente enraizó en Japón. Aunque, en la literatura reciente la meditación practicada en algunas escuelas de budismo tibetano ha sido considerada como meditación *Mindfulness*, solo alguna de las prácticas de estos linajes tibetanos se podría considerar específicamente como *Mindfulness*.

Vipassana significa ver hacia adentro o ver la realidad tal como es, no como nos gustaría que fuera. La práctica de la meditación *Vipassana* provoca un cambio radical en nuestro mundo personal, una transformación en nuestra manera de vernos a nosotros mismos y a los demás. El cultivo de la mente y del contenido mental mediante el entrenamiento de introspección es una herramienta que revela una mente despierta, sin contaminación. Enseña el arte de vivir momento a momento (Sobien, 2000)

En la práctica regular de la meditación formal de *Mindfulness* pueden existir inicialmente dificultades u obstáculos para el participante novel, cuya superación tratan de facilitar los propios programas anticipándolos en el entrenamiento. Aunque en la literatura apenas se han descrito consecuencias adversas de la práctica *Mindfulness* de meditación formal, sino al contrario beneficios, sí existen informes de efectos adversos sobre otros tipos de meditación en el contexto terapéutico. (C. Delgado, 2009)

b. *Mindfulness* como proceso psicológico

Según Germer cuando *Mindfulness* denota el proceso psicológico de ser consciente podríamos estar aludiendo a un estado o momento consciente (*mindful*) asociado, a las siguientes características:

- No conceptual: *Mindfulness* es conciencia sin absorción en nuestros procesos de pensamiento.
- Centrado en el presente: *Mindfulness* ocurre siempre en el momento presente. Los pensamientos sobre nuestra experiencia nos distancian un paso del momento presente.
- No enjuiciamiento: la conciencia no puede existir nítida y sin trabas si nos oponemos a nuestra experiencia presente, prefiriendo que sea distinta a la que es.
- Intencional: *Mindfulness* incluye siempre la intención de dirigir la atención hacia algún lugar. Renovar la atención hacia el momento presente le proporciona a *Mindfulness* una continuidad en el tiempo.
- Observación participante: *Mindfulness* no supone un testigo desatento e indiferente que se abstiene de participar. Se trata de experimentar la mente y el cuerpo de una forma más íntima.
- No verbal: La experiencia de *Mindfulness* no puede ser capturada por palabras, porque la conciencia ocurre antes de que las palabras surjan en la mente. Lo verbal no es tanto el referente de *Mindfulness* como lo perceptivo.
- Exploratorio: La conciencia *mindful* trata de investigar siempre los niveles más sutiles de percepción.
- Liberador: cada momento de conciencia *mindful* nos provee de libertad sobre el sufrimiento condicionado.

En la interesante revisión de Vicente Simón (2007) sobre Mindfulness se recoge su relación con diversos aspectos neurofisiológicos. Según Siegel (2007), estas influencias están respaldadas por una conectividad neuronal muy potente que se impone a la incertidumbre de “vivir en el aquí y ahora”. Mindfulness como proceso psicológico podría conllevar la disolución de las influencias del aprendizaje previo sobre la sensación del presente. Simón (2007) expone que el Mindfulness procura más riqueza a la información que llega a las instancias prefrontales, reduciendo el filtro derivado del procesamiento arriba-abajo. La atención y el awareness de Mindfulness suponen la activación de la corteza prefrontal dorso-lateral y zonas más mediales del córtex prefrontal, incluyendo la corteza óbitofrontal, promoviendo un procesamiento más consciente de la información que contrarresta el automatismo del sistema.

c. Mindfulness como constructo psicológico

En el ámbito de la psicología contemporánea Mindfulness ha sido adoptada como una aproximación para incrementar la conciencia y afrontar hábilmente a los procesos mentales que contribuyen al desequilibrio emocional y la conducta disfuncional. Cuando Mindfulness alude a un constructo teórico, se refiere a determinadas formulaciones y definiciones operativas que han sido propuestas por diversos autores en la literatura psicológica actual.

Dentro de todas estas definiciones, a nuestro parecer la más interesante es la propuesta un numeroso grupo de investigadores y clínicos liderado por Bishop, entre cuyos participantes se encontraba Segal, publicaron una sólida propuesta de definición operativa de Mindfulness (Bishop 2004).

Lo hacían en el marco de un modelo donde se contemplan dos componentes fundamentales en Mindfulness:

- Autorregulación de la atención hacia el momento presente.
- Actitud de curiosidad, apertura y aceptación de la experiencia en el momento presente.

Según Feldman (2006) estos dos componentes se pueden desglosar en cuatro:

- a. Habilidad para regular la atención,
- b. Orientación hacia el presente o experiencia inmediata,
- c. Awareness (*darnos cuenta*) de la experiencia,
- d. Actitud de aceptación o no enjuiciamiento de la experiencia.

En la última década aproximadamente, los investigadores que se han interesado por describir y operacionalizar el constructo del mindfulness en sí mismo y esta línea de trabajo más reciente es importante por cuatro razones.

En primer lugar por el principio científico básico de que un fenómeno solo puede estudiarse si puede definirse y medirse correctamente. En segundo lugar la investigación del mindfulness crea oportunidades para investigar el rol específico de esta cualidad en la experiencia y el comportamiento subjetivo mediante metodologías derivadas de la ciencia básica que pueden complementar la investigación aplicada y de intervención. En tercer lugar, y en la misma línea, se asume que la eficacia de las intervenciones de mindfulness se deben, en gran parte, a la mejora de las capacidades conscientes mediante la práctica; pero es algo que solo puede comprobarse con definiciones y operalizaciones claras del mindfulness. En cuarto lugar, y más esencialmente, el estudio del mindfulness puede ayudar ampliar el espectro del estudio de la conciencia humana y sus modos de procesar la experiencia. Así, el estudio del

mindfulness puede ayudar a obtener información sobre la naturaleza de la conciencia su papel fundamental en el funcionamiento humano y sobre cómo sus procesos pueden refinarse para mejorar ese funcionamiento (Warren K. Cordon S. 2009)

d. Constructos relacionados con Mindfulness

Existe una serie de constructos que pueden considerarse relacionados con el constructo psicológico de Mindfulness. Entre ellos es destacable la relación que mantiene con la fenomenología y también la integración en la psicología positiva.

FENOMENOLOGÍA

Dreyfus y Thompson, (2007) nos dicen que la psicología budista y la fenomenología convergen naturalmente en su interés por descubrir el funcionamiento de la mente a través de la experiencia en primera persona, concretamente a través de la observación atenta de nuestras experiencias sensoriales y subjetivas (citado por Warren K. Cordon S. 2009)

Husserl en un análisis detallado de la actitud natural y de la actitud fenomenológica ofrece una introspección importante de cómo podemos entender el mindfulness, en particular en cuanto a su funcionamiento en el marco de la vida cotidiana. Podríamos resumir la visión fundamental de Husserl diciendo que uno no puede pensar en sí mismo y en el mundo sin llevar a cabo lo que él denominó "volver a las cosas mismas" o, dicho en otras palabras, a la forma en que las cosas se nos presentan. Y ello implica lo que Husserl denominó reducción fenomenológica, es decir, despojarse de toda creencia previa sobre lo que debe ser el mundo-la existencia de Dios, de la materia, de esto o de aquello- y

dedicarse simplemente a observar y a fundamentarlo todo en que el mundo se nos presenta.

Se trata de un enfoque muy meditativo. Desde esa perspectiva, lo primero que hay que hacer cuando se quiere analizar algo es poner en suspenso todas las ideas previas al respecto, dejar de lado todos los prejuicios y las pautas habituales, ver simplemente lo que ve y fundamentarlo todo ahí.

PSICOLOGÍA POSITIVA

En lo referente según Peterson a la definición de la psicología positiva, parece que hay consenso al entenderla como el estudio científico sobre lo que hace que la vida merezca la pena ser vivida (citado por Alvear D. 2013). Evidentemente, esta definición nos lleva a entender la psicología positiva como un término abarcador e integrador de múltiples áreas de estudio e investigación de la conducta humana en lo referente al bienestar y al funcionamiento óptimo tanto individual como colectivo.

Según Sheldon y otros (2000) en la psicología positiva existe un nuevo compromiso por parte de los investigadores para enfocar la atención en las fuentes de la salud psicológica, yendo más allá del énfasis anterior que se centraba casi exclusivamente en el ámbito psicopatológico (citado por Alvear D. 2013)

Hefferon y Boniwell, 2011 no dicen que en lo concerniente a la relación entre la psicología positiva y mindfulness, en general, desde la psicología positiva mindfulness se entiende como una práctica saludable más, que puede resultar útil a la hora de crecer como persona (citado por Alvear D. 2013)

La mera práctica de mindfulness de una manera continuada puede generar el desarrollo de varios rasgos o estados mentales asociados con la psicología positiva, en gran parte esto se puede deber al carácter transversal e integrador de la práctica del mindfulness. Muchos de estos rasgos o estados mentales positivos tienen cabida en la teoría del bienestar de Seligman (2011) expuesta más arriba.

Por otra parte Simón, (2007) en su revisión sobre *Mindfulness* se hace eco de la confluencia señalada por Siegel (2007) entre Mindfulness y el apego en relación a su influencia en las funciones de la corteza pre frontal medial; también considera que la práctica de Mindfulness puede favorecer las relaciones sanas entre individuos a través de una serie de mecanismos como el incremento de la empatía, el equilibrio emocional, la flexibilidad de las respuestas y una predisposición mental a la aproximación.

C. Mitos y prejuicios

1. Un mito relacionado con la utilidad de mindfulness en la salud es la idea de que las terapias basadas en mindfulness son una panacea, es decir, que sirven como solución para todos los males, y como sustitutas de otros tratamientos psicológicos o farmacológicos
2. El revés del mito de la panacea es la idea de que mindfulness no se basa en investigaciones científicas, de que sus efectos beneficiosos proceden del efecto placebo, o que mindfulness es simplemente una técnica de relajación más y que por tanto no puede ser entendido como un tratamiento.
3. Otro prejuicio frecuente es la idea de que mindfulness es exclusivamente propio de la cultura oriental, y así sería difícil para los occidentales practicarlo; o lo que es lo mismo, que la práctica de mindfulness está ligada a la filosofía budista, y por lo tanto no sería adecuada para personas de otras religiones.

4. La postura o posición corporal durante las técnicas meditativas que se utilizan en las prácticas formales de mindfulness es otro asunto que puede generar confusión.
5. Otros conceptos equivocados son los relacionados con las técnicas de mindfulness y sus efectos, por ejemplo, que la práctica de mindfulness permitirá limpiar la mente o ponerla en blanco, que mindfulness es un estado de trance que incluye disociación o pérdida de control, o que es un estado de desconexión o pasar del exterior. (Soler J. 2013)

D. Componentes mindfulness.

En su artículo de revisión el psiquiatra Edgar R. Vásquez-Dextre recopila una relación de componentes de mindfulness completa y sencilla que detallamos a continuación:

1. Atención al momento presente: Centrarse en el momento presente en lugar de estar pendiente del pasado (rumiaciones) o del futuro (expectativas, deseos y temores). Existen opiniones divergentes entre si la atención se debe dirigir a los procesos internos o a los eventos de la vida diaria. Sin embargo es posible compatibilizar estos planteamientos divergentes. Mientras se medita, se puede atender los propios procesos internos y, en la vida cotidiana, centrarse en la tarea que se está realizando.

2. Apertura a la experiencia: Capacidad de observar la experiencia sin interponer el filtro de las propias creencias. En otras palabras observar la experiencia como si fuera la primera vez, cualidad que en el Zen se denomina “mente de principiante”. También implica apertura a la experiencia negativa y observar lo que ocurre con curiosidad.

3. Aceptación: Se puede definir aceptación como, experimentar los eventos plenamente y sin defensas, tal y como son. También como el no oponer resistencia al fluir de la vida. Las personas incurren en conductas desadaptativas en

un intento de evitar experiencias desagradables. En la medida en que puedan aceptar que esas experiencias son ocasionales y limitadas en el tiempo, no necesitarán recurrir a tales conductas.

4. Dejar pasar: Consiste en desprenderse, desapegarse de algo a lo que nos aferrábamos. Una de las características de nuestro yo es procurar atesorar cosas, relaciones, poder, dinero. Se cree erróneamente, que cuanto más posea, cuanto más se controle, cuanto más se consiga, más feliz se será. El afán de aferrarse choca con una característica básica de la realidad que es la temporalidad de las cosas. Nada en el mundo material es estable durante mucho tiempo, todo persiste un cierto tiempo y luego desaparece.

5. Intención: Es lo que cada persona persigue cuando practica mindfulness. Esto podría sonar contradictorio con una de las actitudes del mindfulness que es el no esforzarse por conseguir ningún propósito. Cuando se está meditando no se debe tratar de conseguir ningún propósito inmediato, simplemente hay que participar con conciencia plena de lo que se está haciendo. Sin embargo también hay que tener un propósito, un objetivo personal para movernos hacia ese propósito.

E. Mecanismos de acción

Con la publicación de más investigaciones sobre las redes neuronales subyacentes implicadas en la meditación, los investigadores están empezando a estudiar los mecanismos neurológicos que pueden explicar cómo esas redes promueven los cambios conductuales y clínicos que se reportan con la práctica de mindfulness. Al hacerlo, los científicos esperan entender mejor el midnfulens explorando como se relaciona con otros tipos de actividades mentales. (Treadway T. y Lazar S. 2013)

Cebolla A. 2013 propone una interesante revisión de las consecuencias de mindfulness sobre los mecanismos de acción con más estudios empíricos y teóricos:

1. Cambios atencionales

Al empezar a practicar mindfulness, uno de los primeros fenómenos que se detectan es la variabilidad de la atención. La instrucción básica de mindfulness es la de llevar la atención a la respiración o al cuerpo, y mantenerla, aunque obviamente a los pocos segundos esta se alejará y es entonces cuando debemos hacer que regrese al presente con amabilidad. Este movimiento atencional está también en el centro de la práctica, y es fuente de frustración para los que se inician. De hecho, los efectos positivos que tiene mindfulness sobre la atención han hecho plantearse a muchos profesionales el potencial que tiene para el tratamiento del trastorno de déficit por hiperactividad), aunque todavía no existen suficientes estudios como para confirmar su eficacia. Por otro lado, un entrenamiento en mindfulness sí se ha mostrado eficaz en la reducción de la impulsividad (Soler. 2013) en trastornos graves.

Pero la atención no es solo un mecanismo subyacente de la práctica de mindfulness, también es esencial para la propia práctica de mindfulness, por eso puede haber dificultades en los inicios de la práctica, debido a déficits atencionales que deben ser tenidos en cuenta. Dificultades atencionales han sido identificadas en múltiples trastornos psicológicos (depresión, trastorno bipolar, etc.) y parte de la eficacia de los entrenamientos en mindfulness pueden ser debidos a la importancia de la misma para articular multitud de procesos de autorregulación. Todavía no está estudiado si realmente las mejoras en la atención tienen relación directa con el bienestar, pero hay consenso científico sobre su importancia fundamental

2. Cambios cognitivos

Esta observación no enjuiciadora de los pensamientos y las emociones entrena la capacidad de observar y razonar sobre las propias cogniciones, generando una distancia o descentramiento de la propia experiencia, es decir, meta

cognición. Al promover el no juzgar la experiencia, se entrena una actitud de aceptación hacia ellos, permitiendo un acercamiento del mismo sujeto a su forma de pensar y sus patrones. Estos cambios cognitivos son claramente visibles en la reducción que se muestra tras una terapia basada en mindfulness en los estilos cognitivos desadaptativos, como la rumiación y la preocupación.

3. Cambios emocionales

Uno de los mecanismos que está cobrando más fuerza es la relación entre cambios emocionales y la práctica de mindfulness, sobre todo referidos a la capacidad de regular las emociones negativas.

Según Garlant Los resultados de las terapias basadas en mindfulness indican una mejora en la capacidad de revalorizar o dar un nuevo significado al sufrimiento, y además estos cambios tienen una relación directa con los niveles de estrés. Por otro lado, existe otro ámbito de la regulación emocional que también parece mediar entre la práctica de mindfulness y el bienestar, y es el referido a la exposición a las emociones o no reactividad. Este efecto está relacionado con la observación de las experiencias emocionales sin intentar alterarlas, lo que genera un fenómeno de exposición. (Citado por Cebolla A, 2013)

Este aspecto se observa claramente en la práctica cuando aparecen experiencias, emociones o sensaciones desagradables y se debe mantener la atención ahí, sin evitarlo, y observando la experiencia desde un punto de vista descentrado, sin identificarse. A pesar de lo planteado, muchos aspectos de la relación entre mindfulness y regulación emocional todavía necesitan ser evaluados.

Baer (2007) nos aclara que mindfulness no se puede entender como una intervención específica para un tratamiento, sino que

va dirigida a trabajar habilidades que modifican las respuestas emocionales y afectivas, que subyacen en muchos trastornos psicológicos, por eso se ha planteado mindfulness como una intervención transdiagnóstico (citado por Cebolla A, 2013)

Cebolla A. junto con su equipo a partir de la excelente revisión realizada por Hotzel, 2011 expone 5 mecanismos clave para entender como la práctica de minfulness afecta la salud a través de cinco mecanismo que se detallan a continuación:

Tabla 1. Mecanismos implicados, instrucciones de la práctica donde se estimula y áreas del cerebro asociadas (Adaptado de Hölzel *et al.*, 2011)

| Mecanismos | Instrucciones de la práctica | Áreas del cerebro asociadas |
|---|---|---------------------------------|
| Regulación de la atención. | Sostener la atención en determinados puntos. | Córtex cingulado anterior |
| Conciencia corporal. | Sostener la atención en las sensaciones corporales: respiración cuerpo, emociones, etcétera. | Ínsula, junta temporo-parietal. |
| Regulación emocional: revalorización. | Generar nuevas formas de reaccionar a las emociones: no juzgar, Aceptar. | Córtex pre-frontal (dorsal). |
| Regulación emocional: exposición, extinción y reconsolidación | Exponerse a aquello que sucede en la conciencia: tomar distancia, no reaccionar a la experiencia interna. | Amígdala. Hipocampo. |

| | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| Cambios en la perspectiva del self. | Desapego a una imagen fija de uno mismo. | Córtex cingulado posterior, ínsula. |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|

F. Midiendo mindfulness

El intento de medir la competencia en Mindfulness es un hecho fácilmente justificable por al menos dos razones. Por una parte, por ser un objetivo de los entrenamientos en Mindfulness adquirir su competencia y destreza y, por otra, por ser plausible entender el grado de habilidad conseguida como una variable predictora del éxito terapéutico. Si consideramos el supuesto de que Mindfulness es una capacidad inherente a las personas, en su medición se debe contemplar tanto la variabilidad intrasujeto (en un mismo individuo la capacidad variará en diferentes momentos o circunstancias), como la variabilidad intersujetos (diferentes individuos experimentarán en un momento determinado diferentes grados de Mindfulness).

A continuación detallamos la propuesta de Delgado en una breve recopilación de la literatura para la medición subjetiva del constructo mindfulness:

- i) ***Frieburg Mindfulness Inventory*** (FMI; Buchheld, Grossman, y Walach, 2001; Walach, Buchheld, Buttenmüller, et al, 2006). Fue el primer cuestionario desarrollado. Inicialmente la escala constaba de 30 ítems medidos en cuatro factores, aplicándose a personas que acudían a retiros de meditación. El análisis factorial de las puntuaciones reveló cierta inconsistencia entre los factores, sugiriendo los autores que la escala se interprete unidimensionalmente y recomendando el uso de una única puntuación global. Posteriormente, los autores han diseñado una versión reducida de 14 ítems con un solo factor que resulta psicométricamente robusta.

ii) ***Mindfulness Attention Awareness Scale*** (MAAS; Brown & Ryan, 2003). Consta de un total de 15 ítems. Está estructurada con un solo factor que se centra fundamentalmente en la capacidad del individuo de estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida cotidiana, por tanto, ofrece una única puntuación global. La escala trata de cuantificar con qué frecuencia se actúa en piloto automático, con preocupación y sin poner atención.

iii) ***Kentucky Inventory of Mindfulness Skills*** (KIMS, Baer, Smith y Allen, 2004). Está inspirado en el marco conceptual de la terapia Dialéctico-Comportamental de Linehan de manera que sus 39 ítems se corresponden con la clasificación de las habilidades *Mindfulness* propuestas desde este enfoque. El cuestionario presenta una estructura multifactorial no jerárquica con cuatro factores: “observando”, “describiendo”, “actuando conscientemente” y “aceptando sin enjuiciar”. Sus medidas reflejan la tendencia a estar consciente en la vida cotidiana sin que se requiera experiencia en meditación.

vi) ***Philadelphia Mindfulness Scale*** (PHLMS, Cardaciotto, 2005; Caraciotto, en prensa). Recoge la aproximación de Kabat-Zinn (1994) siendo al mismo tiempo congruente con la formulación de Bishop (2004). Presenta 20 ítems constituidos en dos factores, “conciencia del momento presente” y “aceptación”.

G. Aplicaciones clínicas del Mindfulness

Una de las razones por las que el uso del mindfulness está teniendo éxito en el área clínica es porque contribuye al restablecimiento del equilibrio emocional (como sucede en la ansiedad o en el trastorno límite de personalidad), y porque favorece los estados de ánimo positivos y las actitudes de aproximación frente a las de evitación,

razón por la que se ha utilizado en el tratamiento de los cuadros depresivos (Segal, Williams, Teasdal, 2002; Simón, 2002)

Según Cebolla A. (2013) Los resultados sobre la eficacia de las terapias basadas en mindfulness no son concluyentes aunque invitan al optimismo. Actualmente, hay una cantidad enorme de estudios controlados con terapias basadas en mindfulness llevándose a cabo, con lo que se espera poder aportar resultados en los próximos años que den luz y aporten datos sobre cuándo y dónde utilizar terapias basadas en mindfulness, sobre todo de cara a su implantación en un sistema público de salud.

Tabla 2. Eficacia de las terapias basadas en mindfulness. (Cebolla a. 2013)

| Trastornos | Efectos | Por qué es eficaz |
|------------|---|--|
| Depresión | <ul style="list-style-type: none"> •Prevención de recaídas. •Tratamiento de depresiones leves. | <ul style="list-style-type: none"> •Mejora concentración. •Aumento de la capacidad de descentramiento o metacognición. • Clarificación de la especificidad de las metas vitales. •Reducción de rumiación. •Aumento de autocompasión. • Reducción de reactividad cognitiva. |
| Ansiedad | <ul style="list-style-type: none"> Hipocondría. Ansiedad social. Ansiedad generalizada. Fobias. | <ul style="list-style-type: none"> •Reducción de la preocupación. •Facilitar la extinción a través de una mayor conciencia y atención a estímulos múltiples condicionados. •Descentramiento. |

| | | |
|---------------|---|---|
| Adicciones | <ul style="list-style-type: none"> •Prevención de recaídas en el consumo de sustancias. •Reducción de consumo de alcohol. • Menores episodios de ansia de consumo. | <ul style="list-style-type: none"> •Mejora de habilidades de afrontamiento (rechazo de consumo). •Aumento de autoeficacia. •Reducción de consumo a través de reducción de afecto negativo. |
| Dolor crónico | <ul style="list-style-type: none"> •Dolor crónico de espalda. •Fibromialgia. | <ul style="list-style-type: none"> •Altera la evaluación contextual de dolor. •Reduce la catastrofización y la sensibilidad al dolor. • Reduce los síntomas psicopatológicos asociados. • Reducción de la ansiedad asociada con el dolor. |

a. Psicoterapia individual

Hoy en día, las áreas clínicas en las que se aplican tratamientos basados en midnfulness son extremadamente amplias y varios estudios realizados sobre la materia destacan la relevancia clínica de esas formas de tratamiento con respecto a varios trastornos. El mindfulness es un componente esencial de varios modelos de terapia estandarizados, principalmente en la optica cognitivo conductual. (Dionna)

Es así que una de las terapias más usadas es la terapia cognitivo conductual con mindfulness integrado (Cayoun) en la que nos presenta un enfoque terapéutico sistémico que entrelaza meditación minduflness con elementos centrales de métodos cognitivos y conductuales con el fin de enseñar a los pacientes a interiorizarla atención para regular emociones y la atención, y a externalizar esas habilidades a los contextos en los que su discapacidad se inicia o se mantiene. Este modelo

se presenta en un programa de 4 fases: 1) fase personal 2) Fase de exposición, 3) fase interpersonal y 4) fase empática (Cayoun 2014)

Debido a esta tendencia de aplicación e investigación en aumento han aparecido diferentes guías para pacientes como para psicoterapeutas. Siegel (2015) propone que mindfulness se ha convertido en una herramienta valiosa e indispensable para el psicoterapeuta debido a que cumple un rol implícito en el que el psicoterapeuta es el practicante y de primera mano vive la experiencia de meditar, sus desafíos y sus beneficios, hasta cumplir un rol explícito en el que la psicoterapia está basada en un modelo de intervención mindfulness.

Según las experiencias clínicas de Pollak Siegel y Pedulla (2015) explican que a pesar de las innumerables maneras de clasificar y describir estas prácticas los profesionales clínicos debemos tener en cuenta estas consideraciones cuando elegimos entre estas:

1. ¿Qué habilidades queremos enfatizar-concentración, monitoreo abierto (mindfulness per se) o aceptación?
2. ¿prácticas informales, formales o de retiro
3. ¿Qué objetos de atención burdos o sutiles?
4. Prácticas religiosas o no religiosas
5. ¿orientadas hacia puntos seguros o puntos peligrosos?
6. ¿Centradas en la narración o en la experiencia
7. ¿Centradas en la verdad relativa o en la verdad absoluta?

b. Psicoterapia Grupales

En los últimos años, la irrupción de las terapias basadas en mindfulness ha supuesto toda una revolución, generando mucha literatura científica, que ha mostrado la eficacia de estas terapias en múltiples contextos y trastornos, contaminando también el ámbito no clínico y divulgativo. No solo las terapias basadas exclusivamente en mindfulness han sido investigadas, también las terapias tradicionales (terapia cognitivo-conductual,

terapia sistémica, psicoanálisis, etcétera) se han abierto a la incorporación de técnicas de mindfulness dentro del abanico de técnicas que proponen.

Programas

i) Reducción del estrés basado en la atención plena (REBAP)

Jon Kabat-Zinn es sin duda alguna uno de los pioneros en el uso clínico e investigación en mindfulness. Biólogo de profesión, creó en 1979 el programa de reducción de estrés basado en Mindfulness (*Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR*), y creó la clínica de reducción de estrés basada en mindfulness en Worcester, Massachusetts (Estados Unidos), hoy conocida como Center for Mindfulness in Medicine, HealthCare and Society (CFM). El programa MBSR está basado en un entrenamiento en mindfulness estructurado en ocho sesiones semanales de dos horas y media aproximadamente, y un fin semana de retiro en silencio. Durante el entrenamiento, los participantes tienen que acudir a las sesiones y practicar sesiones de mindfulness de 45 minutos en casa, seis días a la semana. Bajo las siglas MBSR hay toda una industria de formación y promoción de mindfulness, en la que sin duda alguna se ha mirado el resto de propuestas terapéuticas basadas en mindfulness.

ii) Terapia cognitiva para la depresión basada en la conciencia plena (TCDBCP)

Desarrollada por Zindel Segal, John Teasdale y Mark Williams (2002). Este protocolo terapéutico es un tratamiento psicológico grupal diseñado para la prevención de recaídas en depresión, basado en el entrenamiento de mindfulness. Es una adaptación de un programa MBSR en combinación con intervenciones

tradicionales de terapia cognitiva para la depresión. En estos momentos es una de las intervenciones basadas en mindfulness que mayor evidencia ha recibido, de hecho el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica de Gran Bretaña (NICE) recomienda esta terapia como intervención de elección para la prevención de recaídas en depresión en personas con tres o más recaídas en depresión, y es al menos tan eficaz como la medicación (Piet y Hougaard, 2011). La estrategia que utiliza la MBCT para evitar las recaídas es ayudar a los pacientes a desembarazarse de los procesos rumiantivos que suelen mantener los estados depresivos. La esencia del mindfulness es la utilización intencionada del control de la atención para establecer una configuración del procesamiento de la información alternativo al depresivo (basado en el presente, en la aceptación y en el no juicio) y que por tanto es incompatible con la configuración del engranaje depresivo (Teasdale, 1999). Actualmente, se han llevado a cabo múltiples adaptaciones a diferentes trastornos, como la ansiedad, prevención de suicidios o población no clínica.

iii)Prevención de recaídas en caducas adictivas basada en mindfulness.

Programa desarrollado por Alan Marlatt (MBRP, Bowen, Chawla y Marlatt, 2013) que combina un entrenamiento en mindfulness con un programa tradicional de prevención de conductas adictivas. Al igual que los otros dos programas, también está compuesto por ocho sesiones. Alan Marlatt desarrolló el programa tradicional de prevención de recaídas en adicciones y clasifica los factores que contribuyen a unas recaídas en adicciones en dos amplias categorías: determinantes inmediatos (situaciones, efectos de violación de la abstinencia) y

antecedentes encubiertos (ansia de consumo y estilos de vida). El objetivo de este programa es ayudar a los pacientes a reconocer y preparar las situaciones de alto riesgo de consumo. Este mismo autor decidió añadir a este programa el entrenamiento en mindfulness para dar una aproximación más compasiva, enfatizando la aceptación en lugar de la culpa y la vergüenza. El entrenamiento en mindfulness sirve para observar las experiencias de forma consciente y sin juzgar, lo que hace que el paciente sea más consciente de sus estados emocionales y fisiológicos, y que de esta manera sea capaz de identificar los estados internos que disparan las recaídas.

H. Estudios Neurofisiológicos sobre *Mindfulness*

En la actualidad, las técnicas de neuroimagen nos permiten conocer de manera detallada lo que está pasando en nuestro cerebro, tanto a nivel funcional (explicando tanto los procesos que se suceden cuando llevamos a cabo una tarea, como las áreas que se encargan del mantenimiento basal de nuestro cuerpo cuando estamos en reposo) como a nivel estructural (detectando cambios en el volumen tisular de la sustancia gris y blanca). A lo largo de los últimos años ha habido un gran crecimiento de investigaciones que han tratado de estudiar qué cambios tanto a nivel funcional como anatómico se producen en la práctica de la meditación. El gran núcleo de estos estudios coincide en tres estructuras básicas relacionadas con la práctica de mindfulness:

1. la corteza cingulada anterior y su implicación en la atención:

A pesar de la diversidad de los hallazgos, parecería que la corteza cingulada anterior, junto a otras áreas como la corteza pre frontal medial o áreas somatosensoriales secundarias han mostrado cambios cuando se practica

meditación a largo plazo e incluso en estudios actuales (Dickenson, 2013) en principiantes, permitiendo un control más voluntario y flexible de la atención. Estos estudios pueden dar luz a futuros tratamientos de enfermedades que impliquen déficits atencionales (Van de Weijer-Bergsma 2012).

2. La ínsula (INS), relacionada con la conciencia del propio cuerpo:

La capacidad de notar sensaciones corporales o prestar atención al propio cuerpo ha sido descrita como una de las principales características de la práctica de mindfulness. De hecho, en gran parte de los ejercicios incluidos en las prácticas de mindfulness el objeto de atención, ya sea focal o amplio, es una sensación física. Por ejemplo, así sucede en el caso de la observación de la sensación física de la respiración en los orificios de la nariz o la observación de las sensaciones que emergen en todo el cuerpo en la exploración corporal.

Esta característica tiene fuertes implicaciones adaptativas, ya que la capacidad de ser más o menos sensibles, por ejemplo, a las sensaciones térmicas que acontecen en nuestro cuerpo hará que nos adaptemos mejor y más rápido a nuestro entorno, respondiendo mejor a los diversos contextos.

3. La corteza prefrontal (PFC), vinculada a la regulación de las emociones.

Creswell (2007), pidieron a meditadores que realizaran una tarea de reconocimiento de las emociones, resultando en una reducción de la conectividad entre la PFC y la amígdala derecha respecto a participantes que no practicaban meditación. Los autores vinculan estos

resultados a que los meditadores tienden a tratar los estados emocionales como «objetos» de atención. Al tratar estos estados como productos mentales transitorios, ello permite al meditador mantener un mayor grado de distanciamiento sobre la experiencia emocional. Esto contrasta con la forma habitual de pensar y sentir, en la que emociones y pensamientos son considerados como si fueran «hechos» o «realidades». De esta forma otorga una mejor regulación emocional lo cual a la vez permite una respuesta más equilibrada ante situaciones emocionales asociadas a respuestas condicionadas automáticas y negativas.

2. Preocupación y ansiedad generalizada, y su tratamiento basado en mindfulness

A. La Ansiedad Generalizada y la preocupación patológica

El diagnóstico de TAG fue introducido en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) como una categoría residual (únicamente era asignado cuando no se encontraban los criterios para otros trastornos de ansiedad). Posteriormente en el DSM-III-R (APA, 1987), la preocupación crónica o patológica (*Worry*) fue identificada como la característica central definitoria del TAG, especificándose un conjunto de características somáticas asociadas a la preocupación. En el DSM-IV (APA, 1994) la penetrabilidad e incontrolabilidad de la preocupación patológica fue enfatizada, a la vez que se eliminó la naturaleza no realista de la preocupación.

Sin embargo, incluso en la actualidad, no están suficientemente contrastadas las características psicofisiológicas de las personas con TAG o preocupación crónica, existiendo estudios con resultados divergentes, no obstante, en el DSM-IV R el TAG es diagnosticado cuando existe excesiva preocupación sobre múltiples temas, resultando difícil de controlar y estando asociada a tres o más de los siguientes síntomas: Tensión muscular, inquietud o impaciencia,

dificultad de concentración o de dejar la mente en blanco, fatigarse fácilmente, irritabilidad y alteración del sueño. Además, se ha señalado que el TAG puede tener un impacto importante en el desarrollo y curso de otros trastornos.

El TAG se diferencia de otros trastornos de ansiedad en que no posee un objeto focal específico de miedo, ansiedad o preocupación ni tampoco presenta conductas fóbicas específicas de evitación. Los estudios que trataron de descubrir un foco específico de preocupación entre los individuos diagnosticados con TAG revelaron que su preocupación no está caracterizada por ningún miedo particular, sino por preocupaciones frecuentes sobre un rango de temas variados, así como también por preocupaciones menores e idiosincrásicas (Brown, Barlow & Liebowitz, 1994; Roemer, Molina & Borkovec, 1997).

A menudo, estas preocupaciones se refieren a predicciones de sucesos futuros catastróficos que tienen una escasa probabilidad de ocurrir las cuales son accesibles con facilidad debido al sesgo de amenaza en el procesamiento de la información y la tendencia a sobreestimar el riesgo que presentan estos individuos. La naturaleza permeable y penetrante de la preocupación patológica se hace también evidente en cuanto que la observación clínica señala con consistencia que los individuos con TAG parecen transitar de un área de preocupación a otra, mas que fijar su preocupación exclusivamente en un tema determinado por un periodo de tiempo largo (Borkovec & Roemer, 1994).

B. Modelo de la preocupación como evitación de la experiencia

El lenguaje genera sufrimiento, en parte, porque conduce a la “evitación experiencial”, la cual se entiende como el proceso por el que uno intenta evitar las propias vivencias (pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones corporales, tendencias de conducta) incluso aunque eso pueda llegar a ocasionarle dificultades de comportamiento a largo plazo (como, por ejemplo, no ir a una fiesta debido a la fobia social que se padece, o no hacer ejercicio porque uno se siente demasiado deprimido para salir de

la cama). De todos los procesos psicológicos estudiados por la ciencia, la evitación experiencial es uno de los peores (Hayes, 2004).

Borkovec y colaboradores han propuesto un modelo de evitación para tratar de formular una explicación del fenómeno de la preocupación patológica. El modelo asume que en la conducta de preocupación existe un reforzamiento negativo, que se produce a través de varias vías, una de ellas automática, que conlleva la reducción de la experiencia somática ansiosa o *distrés* interno que la acompaña, y otras estrategias, que integran por un lado la evitación, percibida supersticiosamente, de los sucesos futuros catastróficos de baja probabilidad de ocurrencia; y por otro lado la reducción del malestar asociado a la intolerancia a la incertidumbre característica de los individuos con TAG. (Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004)

Borkovec (2002) hipotetiza que la preocupación patológica puede provocar respuestas defensivas típicas de inmovilidad o congelamiento (*Freezing*). Si la preocupación se entiende como un habla interna ante señales internas o externas de amenaza para evitar la ocurrencia de eventos negativos, entonces puede considerarse en sí misma una respuesta defensiva. Sin embargo, por las características del fenómeno y de nuestra sociedad actual esta respuesta defensiva no es la respuesta típica de lucha o huída (*Fight-Flight*), por lo que por defecto, la conducta resultante podría ser análoga a la respuesta de congelamiento (*Freezing*) caracterizada por demora, incremento del tono muscular, inhibición simpática y tono vagal reducido. De este modo, Borkovec apunta la posibilidad de que exista una evitación cognitiva causada por defecto, es decir, por la ausencia de una respuesta motora que responda a esa señal de amenaza interna o externa que desencadena la preocupación.

C. Circularidad de la preocupación crónica

Distintos aspectos relacionados con la evitación experiencial implican una ocurrencia circular de la preocupación. Borkovec y Sharpless (2004) sugieren que los individuos con TAG tienen dificultades con las “reacciones a sus reacciones”; es decir, ellos responden con distrés o preocupación a sus reacciones cognitivas y emocionales iniciales, provocando más distrés o preocupación.

Wells (2004) ha señalado que los individuos con TAG pueden llegar a experimentar su propia preocupación (otra experiencia interna) como una amenaza, lo cual exacerba su ansiedad y perpetúa el ciclo de preocupación. Desde otro ángulo, el hecho de que la preocupación pueda reducir la incertidumbre impide que los individuos con TAG aprendan a tolerarla, manteniéndose por lo tanto su intolerancia a la incertidumbre (Freeston, M.H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. 1996) que vuelve a retroalimentar su preocupación. Además, la creencia de que preocuparse sobre futuras catástrofes de baja probabilidad evita que acontezcan (Borkovec et al, 2004) retroalimenta la preocupación, al asociarse supersticiosamente una falsa contingencia entre la no ocurrencia de un evento (es improbable que ocurra) y el hecho de haberse preocupado por él.

D. La preocupación y la rumiación

La rumiación es un proceso cognitivo que está relacionado con la preocupación. Ambos son estilos de pensamiento repetitivo que están íntimamente correlacionados (Watkins, 2004). Aunque la preocupación ha sido examinada principalmente en relación a la ansiedad y la rumiación en relación a la depresión ambas pueden ser similares en cuanto a proceso y contenido. Según Borkovec, el estudio de la preocupación puede contribuir a la comprensión de la frecuente coincidencia entre los estados de ansiedad y depresión. Existen diferentes definiciones de rumiación, todas las cuales parecen compartir la idea de tener cogniciones repetitivas,

intrusivas y negativas (Papageorgiu y Siegle, 2003). “La rumiación se refiere a la tendencia a focalizarse en las causas y consecuencias de los problemas sin progresar de forma activa en su solución” (Nolen Hoeksema, 2000).

El contenido de la preocupación puede alternar entre pensamientos de eventos futuros que se temen (y de este modo genera ansiedad) y pensamientos de eventos negativos del pasado (y de este modo crea depresión). Adicionalmente, un sentimiento de desesperanza, y consecuentemente de depresión, puede ocurrir frecuentemente en personas con preocupación patológica cuando se percatan de la dificultad para evitar y controlar los múltiples eventos temidos.

E. Otros correlatos clínicos relevantes del TAG

Con el propósito de justificar su propuesta de intervención basada en la aceptación y *Mindfulness* para el TAG, Roemer y Orsillo (2005) enfocan su atención en algunas características del fenómeno que han sido observadas y/o demostradas clínica y empíricamente, y que se pueden considerar relacionadas a procesos reactivos y de evitación, además de estar asociadas a deterioro funcional. A continuación las recogemos:

- a. Foco de conciencia limitado y focalizado en el futuro
- b. Amplificación de las experiencias internas.
- c. Comportamiento rígido, habitual e ineffectivo conducido por la evitación.

F. Tratamientos para la Ansiedad Generalizada

Se han desarrollado diferentes tratamientos cognitivo-conductuales para el TAG que generalmente suelen presentar los siguientes componentes: psicoeducación, detección temprana de señales de ansiedad y vigilancia de respuestas ansiosas, relajación aplicada (exposición en imaginación, desensibilización, ensayos de habilidades de afrontamiento y reestructuración cognitiva

Borkovec & Ruscio (2001) realizaron una revisión de los resultados de trece estudios controlados sobre tratamiento en el TAG concluyendo que la aproximación cognitivo-conductual procura cambios significativos (con amplios tamaños de efecto) que se mantienen o mejoran durante el seguimiento, de manera que estos tratamientos son más efectivos que las condiciones control de lista de espera y además, en la mayoría de las ocasiones son más efectivos que los tratamientos no específicos (citado por Delgado L. 2009).

Dificultades en el tratamiento del TAG

Aunque la eficacia de determinados tratamientos del TAG ha sido contrastada empíricamente, el TAG continúa siendo el trastorno de ansiedad con menor éxito terapéutico (Brown et al., 1994; Roemer, Orsillo & Barlow, 2002). Ninguna terapia cognitivo conductual ha conseguido un nivel de funcionamiento final alto en un porcentaje amplio de los pacientes tratados.

Según Roemer y Orsillo (2005), una posible explicación de que las aproximaciones cognitivo conductuales para el tratamiento del TAG tengan un éxito relativamente menor puede deberse a la ausencia de miedos focales y comportamientos de evitación específicos entre esos individuos. En este sentido, de cara al tratamiento algunos investigadores han comenzado a poner su atención en otras características de la preocupación patológica y el TAG, con la esperanza de desarrollar intervenciones que resulten más efectivas para este trastorno crónico.

Roemer y Orsillo (2002, 2005, 2007) han focalizando su trabajo en el desarrollo de un tratamiento que apunta específicamente a la evitación experiencial y conductual que caracteriza al trastorno de ansiedad generalizada. Para desarrollar este tratamiento han formulado una integración de técnicas cognitivo-conductuales tradicionales con elementos de aceptación y Mindfulness.

G. Terapia Conductual basada en la aceptación y *Mindfulness* para el TAG.

En consonancia con el modelo de evitación experiencial expuesto anteriormente, y con el propósito de mejorar la calidad de vida y de reducir los síntomas del TAG, Roemer y Orsillo (2007) han desarrollado una terapia conductual basada en la aceptación, que combina la aproximación cognitivo conductual, ilustrada desde el tratamiento cognitivo conductual eficaz para el TAG de Borkovec y colaboradores (2002), con elementos de las terapias basadas en la aceptación y *Mindfulness* (ACT; Hayes y colaboradores 1999; MCBT; Segal, Wiliams & Teasdale, 2002; y Terapia dialectico conductual; Linehan, 1993a, 1993b). Estos tratamientos comparten un énfasis en estrategias orientadas a cambiar la relación del cliente con sus experiencias internas, en lugar de estrategias orientadas a cambiar directamente los contenidos de esas experiencias (Hayes, 2004). Los autores consideran idónea la complementariedad que se produce al combinar el énfasis en la aceptación (que incluye el entrenamiento en *Mindfulness* como una manera de promover la aceptación experiencial) con el énfasis en el cambio conductual.

Las habilidades *Mindfulness* pueden ayudar a romper el círculo ansioso habitual de la preocupación crónica al poner atención intencionalmente en el momento presente de una manera no evaluativa y expandida hacia las sensaciones internas y externas (Kabat-zinn, 1990; Segal et al., 2002,).

Desde el punto de vista de Roemer y Orsillo (2007), una aproximación especialmente eficaz al tratamiento del TAG tendría como núcleo central un énfasis triple en: a) expandir la conciencia del momento presente, b) alentar la aceptación (una voluntad para dar la bienvenida a las propias respuestas internas en orden a participar en experiencias significativas) en lugar de enjuiciar y evitar las experiencias internas y c) promover la acción en áreas de importancia para el individuo.

Además, en apoyo de su propuesta, los autores recogen diversos estudios que han probado empíricamente la base conceptual de los tratamientos basados en la aceptación, es decir, que la aceptación experiencial (versus los esfuerzos de control o evitación) reduce la reactividad y facilita el funcionamiento en individuos ansiosos o propensos a la ansiedad.

En una versión inicial, donde predominaba la psicoeducación, el tratamiento se contrastó con un formato grupal de 10 sesiones, constatándose a través de un estudio de caso que tres de los cuatro participantes demostraron reducción de los síntomas y todos hicieron cambios significativos en sus vidas (Orsillo, Roemer & Barlow, 2003).

Posteriormente, Roemer y Orsillo (2007) revisaron ampliamente su tratamiento cambiando a un formato individual con 16 sesiones y desarrollando el entrenamiento en habilidades Mindfulness a partir de los programas MBCT (el cuál a su vez en parte está inspirado en la MBSR) y el componente de la acción valiosa. En un ensayo, sin grupo control, de esta nueva versión, 16 clientes con TAG recibieron el tratamiento demostrando reducciones significativas en la preocupación, en la severidad de los síntomas de ansiedad y depresión, y en el miedo y evitación de la experiencia interna, apreciándose también una mejoría significativa en su calidad de vida, comprobándose estos resultados tanto en las medidas post-tratamiento como en un seguimiento de 3 meses (Roemer y Orsillo, 2007).

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1) Método, técnicas, tipo y diseño de investigación

A. Método y técnicas de investigación

En la presente investigación se utilizó la observación de tipo semi estructurada; observando las reacciones y conductas de todos los participantes antes, durante y después de la aplicación del programa, la entrevista fue de tipo semi estructurada para recabar información sobre las particularidades de los participantes y la recolección de datos a partir de la aplicación de instrumentos de medición; tanto la observación como la entrevista fueron elaboradas por nosotros mismos adecuándola a los propósitos de la investigación. Aplicamos un test validado por jurados, para la variable subjetiva. Así mismo se utilizó un programa previamente validado por jurados.

B. Tipo de investigación

El presente trabajo es de tipo cuasi experimental debido a que probamos y explicamos la relación de causa y efecto de un programa Mindfulness sobre la preocupación excesiva de estudiantes bajo un modelo de evaluación y análisis de datos cuantitativo.

C. Diseño:

El diseño bajo el cual trabajamos es de grupo control no equivalente con pretest y postest (Martin W., 2008) de clase discontinuidad en la regresión ya que aplicamos un pre- test y un pos-test tanto al grupo experimental como al grupo control, en este caso solo el grupo experimental recibió el tratamiento basado en el programa Mindfulness. Además aplicamos un criterio de selección y orden conocido para agrupar a los participantes en los grupos. Es así que se aplicara el programa a las personas identificadas como más afectadas por la problemática de la preocupación excesiva.

D. Validación del Instrumento “Cuestionario de Preocupación de Pensilvania”

Para la validación de la prueba utilizamos el tipo de validación por expertos. Para la prueba de preocupación recurrimos a 3 expertos docentes con amplia experiencia y conocimiento de la escuela de psicología de la Universidad Nacional de San Agustín.

El formato usado fue la ficha de validación por jurados formato APA, esta ficha evalúa 9 indicadores de validez en un formato tipo likert de 5 alternativas de respuesta que va desde deficiente a excelente. El resultado fue el siguiente:

- En cuanto a la prueba de Pensilvania esta obtuvo un puntaje de aplicabilidad bueno (41% - 60%)

E. Validación del programa Mindfulness para la preocupación excesiva

Basado en el programa de prevención de recaídas en conductas adictivas basado en mindfulness (Marlat, 2013), en base a la

terapia cognitiva para la depresión basada en la conciencia plena (Segal, 2002), y a otros apartados sobre mindfulness y su aplicación clínica, además de tener en cuenta los estudios sobre preocupación excesiva y ansiedad generalizada hemos elaborado un programa que atiende al desarrollo de habilidades necesarias para poder manejar y tratar mejor, de forma especializada, la preocupación excesiva o patológica. El programa fue de 8 sesiones en las que se trabajaron temas distintos y dirigidos, a través del entrenamiento en técnicas mindfulness que integran principios, mecanismos y constructos psicológicos, a la reducción de la preocupación y al aumento de bienestar general de vida.

Para la validación del programa también utilizamos el tipo de validación por expertos, recurrimos a 6 expertos docentes con más de 20 años de experiencia cada uno, en áreas de la psicología como la clínica, social y educativa. Además de representar cargos administrativos y pedagógicos dentro y fuera de la escuela de psicología de la Universidad Nacional de San Agustín.

El formato usado fue la ficha de validación por jurados formato APA, esta ficha evalúa 9 indicadores de validez en un formato tipo likert de 5 alternativas de respuesta que va desde deficiente a excelente. El resultado fue el siguiente:

- Ubican el programa dentro rango de aplicabilidad muy bueno (61% – 80%)

2) POBLACIÓN Y MUESTRA

La selección de la población fue intencional seleccionando la escuela de psicología en la que se aplicó una prueba tamizaje sobre preocupación a casi toda la población estudiantil. Para seleccionar a la muestra primero contactamos con aquellas personas a quienes se les identificó con una preocupación excesiva, se les hizo una entrevista para determinar la disposición que tiene para realizar el programa y aquellas personas que estuvieron de acuerdo se las seleccionó y colocó en los dos grupos de forma no aleatoria, quedando 10 personas, con el más alto puntaje en el grupo

experimental; y diez participantes con menor puntaje en el grupo control. Seguidamente se hizo una calendarización para determinar las fechas de evaluación y aplicación del programa. Durante el desarrollo 4 participantes desertaron del programa quedando solo 6 participantes, límite inferior de participantes según la experiencia en la aplicación de programas basados en midnfulness (Marlat G. 2013)

3) MATERIALES E INSTRUMENTOS:

A. PSWQ (*Cuestionario de preocupación de pensilvania*)

FICHA TÉCNICA

Nombre original: Penn State Worry Questionnaire

Nombre en español: Cuestionario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ)

Autor: Tom Meyer 1990

Edad de aplicación: 18 años a más

Objetivo: Identificar a la población con índices de preocupación excesiva.

Administración: grupal e individual

Duración: 30 min

Descripción: El PSWQ es un cuestionario de 16 ítems que evalúa la preocupación como fenómeno incontrolable, generalizado y excesivo, capturando por tanto el aspecto fundamental de la preocupación patológica característica del TAG (Trastorno de ansiedad generalizado). El formato de respuesta es tipo Likert de 5 puntos (1=no es típico en mí-5=muy típico en mí). De los 16 ítems, tiene 5 inversos (nºs 1, 3, 8, 10, 11). El rango de puntuación del PSWQ oscila entre 16 y 80 puntos.

ADAPTACIÓN

La adaptación del PSWQ a varios idiomas uno de ellos el español (Sandín et al. 1995) constituye uno de los indicadores de la gran difusión que ha cobrado en los últimos años este instrumento habiendo demostrado ser un instrumento válido y

fiable, y de gran relevancia para el estudio, detección y tratamiento del TAG.

Según Rodríguez B. (2006) en la adaptación argentina del cuestionario en investigaciones que emplearon diferentes tipos de poblaciones (gerontes, adolescentes, muestras comunitarias, estudiantes universitarios, muestras clínicas, etc.). El coeficiente alfa de Cronbach se ubicó entre 0.86 y 0.93 en investigaciones en pacientes con trastornos de ansiedad, y entre 0.91 y 0.95 en muestras comunitarias. A-demás, ha demostrado poseer una excelente confiabilidad test-retest sobre un período de entre 8 a 10 semanas.

4) PROCEDIMIENTOS.

En primer lugar pedimos las autorizaciones necesarias al director de escuela y a los docentes.

Luego validamos por jurado el programa mindfulness para la preocupación excesiva, así como también el instrumento de evaluación de la preocupación.

Seguidamente coordinamos con los docentes para poder obtener un tiempo para la aplicación de la prueba de pre-selección

Se aplicó la prueba de forma masiva a todos los estudiantes de la escuela profesional de psicología de la Universidad Nacional de San Agustín.

Procedimos a la calificación de las pruebas así como la identificación de los posibles participantes.

Nos acercamos a conversar personalmente con las personas preseleccionadas a fin de conocerlas y explicarles en qué consistirá el programa de mindfulness, se aclaró los objetivos, tiempo, lugar, etc.

Aquellas personas que decidieron ser parte de la investigación fueron calificadas como participantes y se procedió a definir cómo y cuándo será su participación en el estudio.

Se llevó a cabo la distribución de los grupos según criterio.

Se aplicó las pruebas pre test a ambos grupos

Se aplicó el programa de mindfulness al grupo experimental una vez por semana durante dos meses (8 sesiones)

Una vez culminado el programa se aplicaron las pruebas post-test a ambos grupos.

Una vez culminado esto se procedió a la evaluación y análisis de los resultados.

Finalmente se elaboraron las conclusiones y se presentó el trabajo final.

5) RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó la evaluación y calificación de las variables mediante la aplicación de la prueba de preocupación antes y después de la aplicación del programa basado en mindfulness.

6) ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

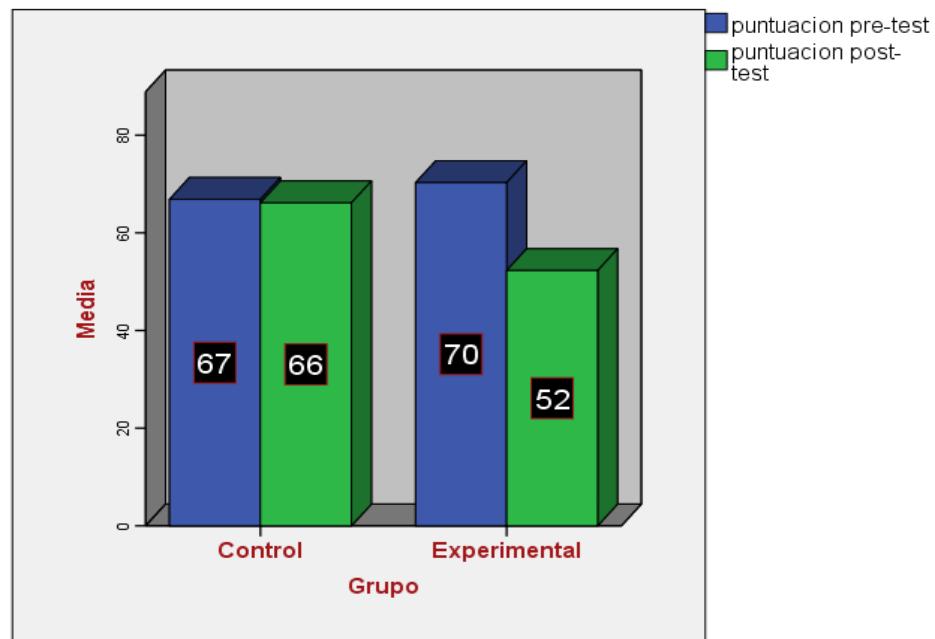
Para el análisis de datos utilizamos la t de student para muestras independientes sobre las medias de las variables subjetivas de los grupos experimental y control antes y después de haber aplicado el programa basado en mindfulness y t de student para muestras relacionadas para comparar las puntuaciones del grupo experimental antes y después del tratamiento. Esto con el uso del programa spss.

CAPITULO IV

Análisis de los resultados

1. Determinar el efecto de un programa basado en el entrenamiento en habilidades mindfulness, sobre la preocupación excesiva en un grupo de estudiantes de psicología de la Universidad Nacional de San Agustín

Grafica 2. Media de los grupos antes y después del tratamiento

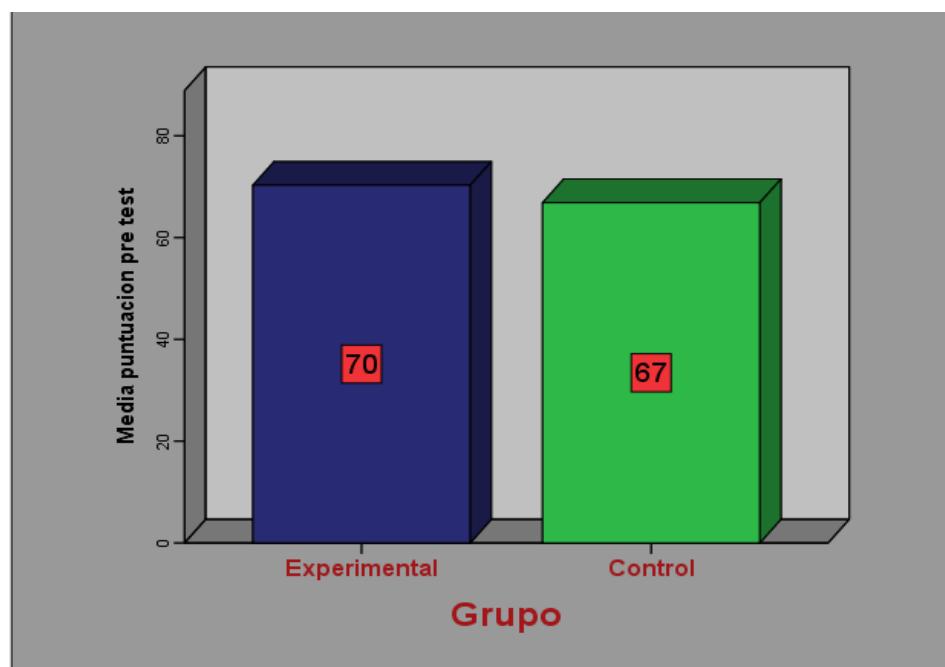


Interpretación

Como podemos observar en el grupo experimental se produjo una reducción significativa de la puntuación correspondiente al nivel de preocupación, pasando de un rango elevado a uno intermedio o normal. Esto debió ser debido a la aplicación del programa basado en mindfulness. Por otro lado el grupo control no tuvo modificación significativa debido a que no hubo intervención en este.

- 2. Identificar el grado de preocupación de los estudiantes de psicología de la Universidad Nacional de San Agustín antes y después de la aplicación de un programa mindfulness**

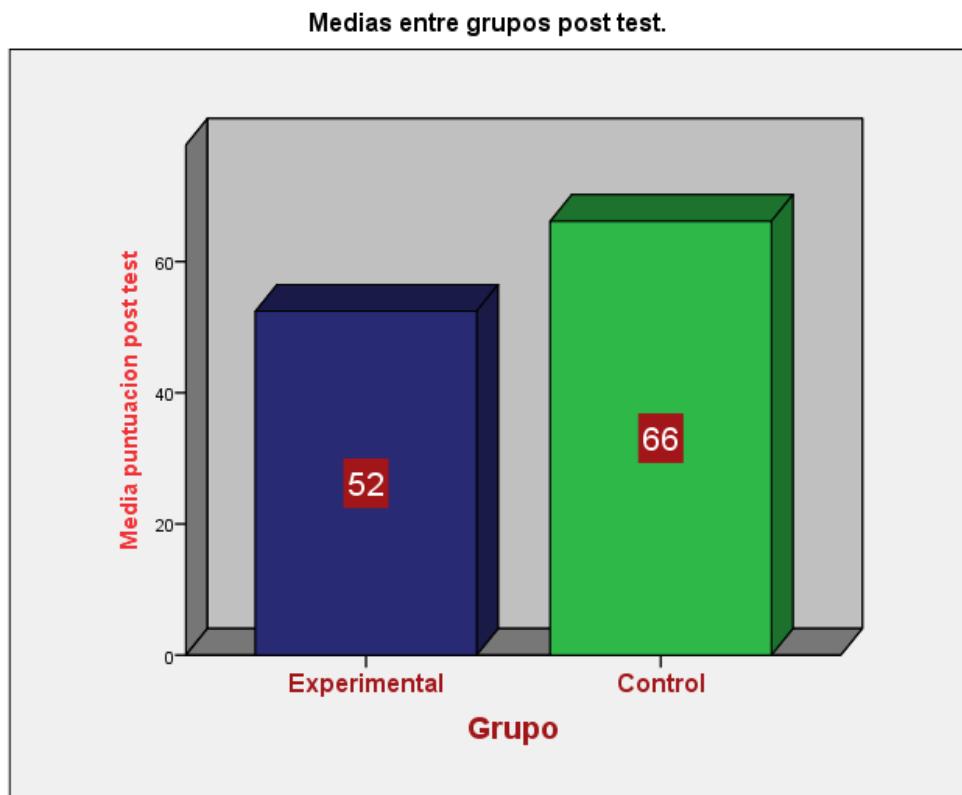
Grafica 3. Media entre grupos pre test.



Interpretación.

Como podemos observar en la fase de pre test la media del grupo experimental es levemente mayor a la media del grupo control debido a que se usaron criterios para disponer a los participantes en los grupos, quedando los más afectados en el grupo experimental y por debajo de ellos fueron dispuestos los del grupo control.

Grafica 4 Medias entre grupos post test.



Interpretación

En la gráfica y tabla podemos apreciar que en la etapa post test, es decir, pasado dos meses a la etapa de pre test en donde se aplicó el programa mindfulness para reducir la preocupación, la media del grupo experimental es significativamente menor a la del grupo control.

3. Demostrar si existe una diferencia significativa entre la preocupación excesiva encontrada en estudiantes de psicología de la Universidad Nacional de San Agustín antes y después de la aplicación de un programa mindfulness.

Tabla 3 significancia de muestras relacionadas del grupo experimental antes y después del tratamiento

Prueba de muestras emparejadas

| | | Diferencias emparejadas | | | | | | |
|----|---|-------------------------|--------------------------------|-------------------|---|--------|-------|------|
| | | Media | Desviaci ón estánda r | Media estándar | 95% de intervalo de confianza de la diferencia | | | |
| | | | | | Superior | | | |
| | | Media | r | ar | Inferior | or | t | gl |
| GE | puntuaci ón pre test - puntuaci ón post test | 17,857 | 1,215 | ,459 | 16,733 | 18,981 | 38,88 | 6 |
| | | | | | | | | ,000 |
| | | | | | | | | 6 |

Interpretación

En la tabla podemos apreciar que según la puntuación obtenida en la significancia bilateral la diferencia de medias entre la etapa de pre test y post del grupo experimental es significativa, lo que valida la eficacia del programa para ayudar a disminuir la preocupación.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Una vez analizados los resultados, puede afirmarse que el programa Mindfulness ha producido una reducción significativa de los niveles de preocupación del grupo experimental en comparación con el grupo control. Estos resultados concuerdan con los encontrados en otras investigaciones, como la realizada por Roemer y Orsillo (2007) quienes con el propósito de mejorar la calidad de vida y de reducir los síntomas del TAG desarrollaron una terapia conductual basada en la aceptación, que combina la aproximación cognitivo conductual, ilustrada desde el tratamiento cognitivo conductual eficaz para el TAG de Borkovec y colaboradores (2002) con elementos de las terapias basadas en la aceptación y mindfulness obteniendo resultados positivos en la disminución de la ansiedad y la depresión.

. En el 2010 Clemente Franco Justo (Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Almería, Almería, España) realizó la investigación “Reducción de los niveles de estrés y ansiedad en médicos de Atención Primaria mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness)” (estudio cuasi

experimental); en el grupo experimental, se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables estrés percibido, percepción de estrés en el trabajo, percepción de estrés fuera del trabajo, ansiedad estado y ansiedad rasgo, tanto en la comparación pretest-postest como en la pretest-seguimiento, pero no en la comparación postest-seguimiento.

Por otro lado en la investigación “Reducción de los niveles de estrés, ansiedad y depresión en docentes de educación especial a través de un programa de Mindfulness” realizada por Clemente Franco Justo, Israel Mañas Mañas y Eduardo Justo Martínez (Universidad de Almería, 2009); los resultados hallados confirman la utilidad de las técnicas de meditación como estrategias útiles y efectivas que pueden ser incorporadas en la formación de los futuros docentes de educación especial para mejorar su bienestar psicológico y emocional.

El mindfulness como técnica psicoterapéutica ha demostrado tener un gran campo de aplicación psicoterapéutico, a la actualidad se ha realizado múltiples investigación con respecto a los resultados aplicados mayormente de programas de intervención psicoterapéutica grupales a diferentes problemas psicológicos; es el caso de una investigación en Chile “Efecto de un programa de entrenamiento en Mindfulness en el desarrollo de habilidades psicoterapéuticas” Estudio descriptivo-relacional desde la Perspectiva de Psicólogos Clínicos de la Región Metropolitana (Francisco Rivera Martinez, 2013); los resultados fueron agrupados en dos grandes niveles: un primer nivel representado por el desarrollo de habilidades psicoterapéuticas específicas, y un segundo nivel representado por la evolución hacia habilidades psicoterapéuticas inespecíficas. Lavilla, Molina y López (2008). Ellos señalan que algunos de los beneficios de mindfulness que pueden obtener poblaciones no clínicas son entre otros aumentar la concentración, disminuir la ansiedad y el estrés, aceptar la realidad tal como es, disfrutar el momento presente, potenciar la autoconciencia, reducir el sufrimiento y evitar o reducir la impulsividad.

Por lo tanto la presente investigación en comparación con los estudios ya mencionados comparte la efectividad significativa del programa basado en habilidades mindfulness; reduciendo en este caso los altos grados de preocupación que la población presentaba inicialmente, brindando a los estudiantes estrategias, técnicas y herramientas útiles para enfrentar estos altos grados de preocupación. Por lo que se confirma la efectividad de las habilidades mindfulness como técnicas psicoterapéuticas en el ámbito clínico.

CONCLUSIONES

PRIMERA.- La aplicación de un programa basado en mindfulness causo una disminución significativa sobre la preocupación excesiva de un grupo de estudiantes de una universidad estatal.

SEGUNDA.- En cuanto a la preocupación excesiva en los estudiantes de psicología de una universidad estatal, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias del grupo control y experimental en la fase pre test. Si se observaron diferencias significativas en la etapa post test.

TERCERA.- En la fase post test, es decir luego de haber aplicado el programa mindfulness, en el grupo experimental se identificó una reducción significativa del 18 % en la media total de la variable preocupación; mientras que el grupo control no tuvo cambios significativos.

CUARTA.- en cuanto al grupo experimental, se encontró una significancia bilateral de .000 entre las medias pre test y pos test lo cual indica una disminución estadísticamente significativa, de la preocupación excesiva a un grupo de estudiantes de psicología de una universidad estatal, luego de aplicado el programa mindfulness.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Realizar charlas informativas para la divulgación de Mindfulness, como técnica psicoterapéutica para así terminar con los mitos y creencias falsas sobre ella.

SEGUNDA: Realizar estudios e investigaciones de estandarización y validación sobre instrumentos de medición de Mindfulness en las personas, para la utilización de estos instrumentos en próximas investigaciones.

TERCERA: Realizar investigaciones de tipo cualitativo sobre el efecto de programas basados en Mindfulness en una población no clínica.

CUARTA: Tomar en cuenta en la realización de posteriores investigaciones cuasi-experimentales el número de participantes del grupo experimental; ya que por variables externas este puede ser disminuido.

QUINTA: Buscar ambientes que se adapten mejor al contexto de las prácticas del programa; cojines de meditación, campos abiertos, áreas verdes, salas meditativas.

SEXTA: Recomendamos la investigación de Mindfulness, preocupación y ansiedad generalizada apoyados con instrumentos de medición psicofisiológica lo cual permita medir los principales síntomas psicofisiológicos de la ansiedad generalizada y altos estados de preocupación en los participantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro M (2016) *Mindfulness, flow y rendimiento académico en estudiantes universitarios* Lima, Peru. Tesis.PUPC. recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/7467>
- Alvear D. 2013. *Mindfulness y psicología positiva. Un enlace para potenciar el bienestar*. Alianza editorial. Madrid, España.
- Asociación estadunidense de psiquiatría (1987), *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-III-R*, Ed. Masson. madrid, España.
- Asociación estadunidense de psiquiatría (1994), *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR*, Ed. Masson. madrid, España.
- Ausiàs Cebolla y Marcelo Demarzo (2013), *¿Qué es mindfulness?; Mindfulness y ciencia. Mindfulness de la tradición a la modernidad*. Alianza editorial. Madrid, España
- Baer, R. (2006). *Entrenamiento en Mindfulness como intervención clínica: una revisión conceptual y empírica*. Psicología clínica: ciencia y práctica, 10, 125-143.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, V.Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., Devins, G. (2004). *Mindfulness: una definición operacional, psicología clínica; ciencia y práctica*, 11, 230–241.
- Black, D. S. (2013): *Mindfulness Research Guide*. Recuperado el 28 de octubre de 2017, de <http://www.mindfulexperience.org>.
- Brown, T. A., Barlow, D. H., & Liebowitz, M. R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. American Journal of Psychiatry, 151, 1272-1280.
- Brown K.W., Ryan R. (2004) Perils and Promise in defining and measuring Mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice* 11, 242-248.

Borkovec, T. D., Newman, M. G., Lytle, R., & Pincus, A. (2002). A component analysis of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 288– 298.

Borkovec, T.D., Ray, W.J. & Stöber, J. (1998). *Worry: a cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes*. *Cognitive Therapy and Research*; 22, 561– 76

Borkovec, T. D., & Sharpless, B. (2004). Generalized anxiety disorder: Bringing cognitive-behavioral therapy into the valued present. In S. C. Hayes, V. M., Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 209– 242). New York: Guilford.

Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorders: Advances in research and practice* (pp. 77–108). New York: Guilford Press.

Cayoun B. (2014) *terapia cognitivo conductual con mindfulness integrado, principios y práctica*. (Mónica Castell), Trad.) Desclee de brouner, Bilbao España. (Titulo original: Mindfulness – integrated CBT. Principles and practice 2011)

Cebolla A. 2013. *¿Por qué y para qué sirve practicar mindfulness, mecanismos de acción y eficacia*. Alianza editorial. Madrid, España.

Cifre I. Soler J. (2013), *Mindfulness y neuroimagen. El cerebro de las personas que practican meditación*. Alianza editorial. Madrid, España.

Creswell, D., Way, M., Eisenberger, I. Y Lieberman, M. D. (2007): «*Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling*», *Psychosomatic medicine*, 69(6), 560-565. Doi: 10.1097/PSY.0b013e3180f6171f

Delgado C. 2009. *Correlatos psicofisiológicos de mindfulness y la preocupación. Eficacia de un entrenamiento en habilidades mindfulness*. Editorial de la universidad de granada. Granada, España.

Didonna F. 2014: *manual clínico de mindfulness 2ºed.*(Mónica castell. Trad.) Desclée De Brouwer, Bilbao España. (Titulo original: Clinical handbook of mindfulness 2011)

DICKENSON, J., BERKMAN, E. T., ARCH, J. y LIEBERMAN, M. D. (2013): «Neural correlates of focused attention during a brief mindfulness induction», Social Cognitive and Affective Neuroscience, 8(1), 40-47. Doi: 10.1093/scan/nss030.

Dreyfus D. 2017. *¿Es el mindfulness una práctica no enjuiciadora centrada en el presente. Una discusión sobre la dimensión cognitiva del mindfulness* Mindfulness Kabat-Zinn, G. Williams, 2017. *Mindfulness Su origen, significado y aplicaciones*, (J M. Cincunegui Trad kairos). kairos. BarcelonaEspaña (titulo original: Mindfulness. Diverse perspectives on ist meanings origins ando applications 2011)

Fennell M. Segal Z. (2017) *la terapia cognitiva basada en mindfulness ¿choque cultural o fusión creativa?* Kabat-Zinn, G. Williams, 2017. *Mindfulness Su origen, significado y aplicaciones*, (J M. Cincunegui Trad kairos). Barcelona España (titulo original: Mindfulness. Diverse perspectives on ist meanings origins ando applications 2011)

Feldman, G. C., Hayes, A. M., Kumar, S. M., & Greeson, J. M. (2004). *Development, factor structure, and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale*. Unpublished manuscript.

Franco C. 2010 *Reducción de los niveles de estrés y ansiedad en médicos de Atención Primaria mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness)*. Elsevier España. 42(11):564–570

Franco C. Justo Mañas I. y Justo E. Martínez (2009) *reducción de los niveles de estrés, ansiedad y depresión en docentes de educación*

especial a través de un programa de mindfulness. REVISTA EDUCACIÓN INCLUSIVA VOL. 2, N.º3

Freeston, M.H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1996). Thoughts images, worry, and anxiety. Cognitive Therapy and Research, 20, 265-273.

Germer, C.K. Germer, R.D. Siegel, P.R. Fulton (2005). *Mindfulness y psicoterapia. Mindfulness: que es lo que realmente importa?* (pp. 3-27). Declee de browner Bilbao España.

Germer, C.K. (2005). MIndfulness y psicoterapia, R.D. Siegel, P.R. Fulton (eds). *Enseñando mindfulness en terapia.* (pp. 113-129). Desclee De Brouwer, Bilbao España.

Germer, C.K. (2005). Mindfulness y psicoterapia. *Desordenes de ansiedad, encarando al miedo.* (pp. 152-172). Desclee De Brouwer, Bilbao España.

Hayes, S. C. Smith S. (2004) *Sal de tu mente entra en tu vida. La nueva terapia de acción y compromiso.* Desclie de Brouwer. Bilbao, España (titulo original *Acceptance and commitment therapy An experiential approach to behavior change.* 1999)

Hölzel, K., Lazar, W., Gard, T., Schuman-Olivier, z., Vago, R. Y Ott, u. (2011): «*How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neurological perspective*», *Perspectives on Psychological Science*, 6, 537-559.

Kabat-Zinn, G. Williams, 2017. MIndfulness Su origen, significado y aplicaciones, kairos. (J M. Cincunegui Trad.) Editorial Kairos. Barcelona, España. (Titulo original: *Mindfulness. Diverse perspectives on ist meanings origins ando applications* 2011)

Kcovski N., Segal Z. Battista S. (2014) *mindfulness y psicopatología: formulación de problemas*, Kabat-Zinn, G. Williams, 2017. *Mindfulness Su origen, significado y aplicaciones*, (J M. Cincunegui Trad kairos). kairos. Barcelona España (titulo original: *Mindfulness. Diverse perspectives on ist meanings origins ando applications* 2011)

Lavilla, M. Molina, D. López B (2008). *Mindfulness* .Ed. Paidós 2008, Bilbao. España.

Linehan, M. (1993) *terapia cognitivo conductual para el trastorno límite de la personalidad*. Nueva York: GuilfordPress

Martin W., (2008) *Psicología experimental. Cómo hacer experimentos en psicología, 7a. edición*. Cengage Learnigg Co. Ciudad de México. México

Martínez n. (2017) *propuesta de intervención de un programa de mindfulness en niños y niñas con necesidades educativas especiales en el contexto educativo*. DSPACE.
<http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3674/1/TFG%20%20Mart%C3%ADnez%20Merlos%2c%20Natalia.pdf>

Marlatt, G.A. & Gordon, J.R., (2013). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basadas en Mindfulness*, (R. Alvarez, trad.) Bilbao, España. (Titulo original: *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* 1985).

Nolen-Hoeksema S. (2000). *The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms*. Journal of Abnormal Psychology, 109:504–511

Papageorgiu, C & Siegle G. J. (2003). *Rumination and depression: Advances in theory and research*. Cognitive Therapy Research, 27, 243-255.

Pollak, S. Pedulla T. Siegel R. (2016).*sentarse juntos* (F. montesinos). Descle de Brouwer. Bilbao, España (traducido del original: Sitting together, 2014)

Rodríguez B. Vetere, G. (2006). *Adaptación argentina del cuestionario de preocupaciones de Pensilvania: resultados preliminares sobre su validez y confiabilidad*. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología -Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires

Roemer, L., Molina, S., & Borkovec, T.D. (1997b). An investigation of worry content among generally anxious individuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 314-319.

Roemer L., Orsillo S. M., (2003) Mindfulness: A Promising Intervention strategy in need of further study. *Clinical psychology: Science and practice*, 10, 172-178.

Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2004). Acceptance-based behavior therapy for GAD: Preliminary findings from an open trial and a randomized controlled trial. In S. M. Orsillo (Chair), *Acceptance-based behavioral therapies: New directions in treatment development across the diagnostic spectrum*. Symposium presented at the 38th annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.

Roemer. L. & Orsillo, S. M. (2007) . An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38, 72–85.

Rivera F. (2013) Efecto de un programa de entrenamiento en Mindfulness en el desarrollo de habilidades psicoterapéuticas. Universidad de Chile. Chile.

Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Valiente, R., Jiménez, P., & Santed (1995). *Estructura factor del cuestionario de preocupación de Pensilvania*. Poster. World Congress of Behavioural y Cognitive Therapies. Copenhague (Dinamarca), 10-15 de julio.

Segal V. Williams G. Teasdale D. (2008): *terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena, un nuevo abordaje para las recaídas* (V. Arnaiz, Trad.) Desclée de Browne, Bilbao España (título original: mindfulness – based cognitive therapy for depression a new approach to preventing relapse 2002)

Seligman, M., Ernest, R.M, Gilligan, J., Reivich, K. Y Linkins M. (2009): «Positive education: positive psychology and classrooms intervention», *Oxford review of education*, 35 (3), 293-311.

Siegel. R. (2011).*la solución mindfulness* (B. moreno, Trad.). Desclee de Brouwer. Bilbao, España (traducido del original: *the mindfulness solution*, 2010)

Soler J. (2013) *evaluación del mindfulness*. Alianza editorial, Madrid, España.

Simón, V.M. (2007). Mindfulness & Neurobiología. *Revista de psicoterapia*, 66/67, 5-30

Simón, V. Miro. T. (2007). *Mindfulness en la práctica clínica*. Desclé de Brouwer. Bilbao, España

Simón, V.M. (2007).Vivir con atención plena. Desclé de Brouwer. Bilbao, España

Sobin A. 2000, *atención plena momento a momento, meditación vipassana*, editora y distribuidora Yug. D.F. Mx.

Succar. N. (2014), *Mindfulness y calidad del sueño en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana*, lima Perú. Tesis PUPC. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5745Lima>

Rivera F. (2013) efecto de un programa basado en mindfulness en el desarrollo de habilidades psicoterapéuticas. Universidad de Chile, Chile.

Treadway T. y Lazar S. 2013. *Neurobiología del mindfulness*. Desclé de Brouwer. Didonna F. 2014: manual clínico de mindfulness 2ºed (Mónica castell. Trad.) Desclée De Brouwer, Bilbao España. (Titulo original: Clinical handbook of mindfuln-ess 2011)

Van de weijer-bergsma, E., Formsma, a. R., de Bruin, e. I. Y Bögels, S. M. (2012): «The effectiveness of mindfulness training on behavioral problems and attentional functioning in adolescents with ADHD», *Journal of child and family studies*, 21(5), 775-787.

Vásquez R. (2016). *Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas*. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú

Warren K. Cordon S.2009. *Hacia una fenomenología del mindfulness: experiencia subjetiva y correlatos emocionales*. Didonna F. manual clínico de mindfulness 2ºed.(Mónica castell. Trad.) Desclee De Brouwer, Bilbao España. (Titulo original: Clinical handbook of mindfulness 2011)

Watkins, E., Teasdale, J.D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, 82, 1-8

Wells, A. (2004). A cognitive model of GAD: Metacognitions and pathological worry. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorders: Advances in research and practice* (pp. 164–186). New York: Guilford Press.

ANEXOS

PROGRAMA BASADO EN LA ATENCION PLENA (MINDFULNESS) PARA REDUCIR LA PREOCUPACION

FUNDAMENTACION

La preocupación es una experiencia que todos los seres humanos compartimos. Todos nos preocupamos alguna vez por algún motivo, los pensamientos de preocupación son una respuesta habitual al afrontamiento de situaciones estresantes. Sin embargo, cuando la preocupación se hace predominante llegando a ser excesiva, incontrolable y crónica o bien cuando interfiere en el funcionamiento cotidiano puede categorizarse en un trastorno psiquiátrico (American Psychiatric Association, 2000).

En nuestro medio existen un gran número de personas que padecen de preocupación alta la cual puede estar en relación con otros problemas psicológicos como la depresión, ansiedad, afectividad, relaciones sociales, etc.) Además de síntomas físicos como cansancio, insomnio, taquicardia, sudoración y dificultad para estar quieto. Pero de esta población, un bajo porcentaje es la que acude a terapia y mucho menos la cantidad que regresa a la misma. Han existido diversos y variados tratamiento a lo largo de los años sin embargo los síntomas de la preocupación patológica pueden aparecer en cualquier momento y situación volviéndose crónica su aparición y evidenciando que las terapias tradicionales utilizadas no abordan completamente la prevención de recaídas posteriores (Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams, John D. Teasdale; "Terapia Cognitiva de la Depresión Basada en la conciencia plena", 2002).

Mindfulness se presenta como la antípoda de las características de la preocupación en cuanto permite a la persona desarrollar un enfoque del aquí y el ahora, orientación a la experiencia con curiosidad y aceptación. Además de generar una actitud hacia la experiencia de apertura y una forma de reaccionar con ecuanimidad permitiendo una autorregulación basada en la toma de conciencia deliberada y sin juicios. Es por eso que el programa para reducir la preocupación basado en Mindfulness se presenta como una nueva alternativa viable y eficaz para ayudar a las personas de nuestro medio a mejorar sus problemas psicológicos y ayudar a establecer un mejor estilo de vida.

OBJETIVOS

1. Promover el desarrollo de la conciencia de la experiencia presente en cuanto, emociones, pensamientos y sensaciones físicas, además de impulso y reacciones, todas estas, relacionadas con estados de preocupación alta o experiencias desagradables o negativas..
2. Generar una actitud de aceptación y amabilidad hacia la experiencia presente sea esta agradable o desagradable

3. Promover una mejor respuesta antes situaciones que generalmente han sido asociadas a conductas desadaptadas y automatizadas.

| SESION 1 | PILOTO AUTOMATICO Y PREOCUPACION |
|-----------------------|---|
| OBJETIVO PRINCIPAL | Identificar conductas o hábitos automatizados y como estos están en relación con la preocupación y otros estados negativos (ansiedad, depresión, etc) además de presentar Mindfulness como una alternativa de solución, cambio y mejora a esta problemática. |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS | <ul style="list-style-type: none"> • Presentar el modo “piloto automático” y darse cuenta de lo poco pacientes que somos la mayor parte de tiempo. • Presentar los fundamentos y prácticas del programa • Presentar el mindfulness como un medio para llegar a ser conscientes de los patrones mentales. • Presentar la exploración corporal como un modo de hacerse consciente de las manifestaciones físicas. |
| MATERIALES | <ul style="list-style-type: none"> • Pasas(o uvas) taza, cuchara • Cds de exploración corporal • Archivadores con folletos • Campana • Pizarra y plumones • Folleto 1.1: descripción de las sesiones (ANEXO 1) • Folleto 1.2: definición de Mindfulness (ANEXO 2) • Folleto 1.3: tema y deberes para casa de la sesión 1: piloto automático (ANEXO 3) • Folleto 1.4. Hoja de registro de la práctica diaria (ANEXO 4) |
| TEMA | Cuando sentimos emociones o experiencias desagradables muchas veces nos enredamos en conductas reactivas, implicándonos en ellas sin una conciencia clara de lo que está ocurriendo ni de las consecuencias que tal comportamiento puede tener. En esta primera sesión se introduce la idea del modo “piloto automático” o de obrar sin darse cuenta y se discute la relación que existe entre el modo de piloto automático y la preocupación. |
| DESARROLLO | <ul style="list-style-type: none"> • Acogida |

| | |
|----------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Previsiones para el grupo y reglas de confidencialidad y privacidad. • Estructura y formato de grupo • Ejercicio con pasas (practica 1.1) piloto automático y preocupación (ANEXO 5) • ¿qué es mindfulness? • Meditación: exploración corporal (ANEXO 6) • Ejercicio para casa. • Despedida |
| EJERCICIOS PARA CASA | Exploración corporal 6 días por semana. Consciencia plena de la actividad cotidiana. Hoja de seguimiento. |
| DURACION | 3 HORAS |

| SESION 2 | | CONCIENCIA DE DESENCADEANTES DE PREOCUPACION |
|-----------------------|--|---|
| OBJETIVO PRINCIPAL | | Identificar los principales desencadenantes de preocupación en los participantes y aplicar mindfulness para mejorar el entendimiento de lo mismo, ayudando así formular una mejor respuesta ante estos. |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS | | <ul style="list-style-type: none"> • Seguir practicando el incremento de la conciencia de las sensaciones corporales. • Practicar la conciencia de las reacciones físicas, emocionales y cognitivas a los desencadenantes • Demostrar cómo estas reacciones, generalmente, llevan a los comportamientos habituales y provocan la perdida de la conciencia de lo que está ocurriendo en realidad en ese momento. • Presentar el mindfulness como una manera de crear una “pausa” en este proceso, generalmente automático. |
| MATERIALES | | <ul style="list-style-type: none"> • Pizarra y plumones • Campana • Folleto 2.1: desafíos habituales en la práctica de la meditación en nuestra vida diaria. (ANEXO 7) • Folleto 2.2: Hoja de trabajo sobre desencadenantes (ANEXO 8) • Folleto 2.3: Tema y ejercicios para casa de la Sesión 2: conciencia de desencadenantes y preocupación (ANEXO 9) |

| | |
|----------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Folleto 2.4. Hoja de seguimiento de la práctica diaria. (ANEXO 10) |
| TEMA | <p>Esta sesión se centra en el reconocimiento de los desencadenantes y presenta la práctica de experimentarlos sin reaccionar a ellos de manera automática. Empezamos por aprender a identificar los desencadenantes y a observar como conducen, generalmente, a una cadena de sensaciones, pensamientos, emociones y conductas. La práctica de Mindfulness puede hacer conscientes estos procesos logrando interrumpir los comportamientos reactivos automáticos y permitiendo más opciones y mayor flexibilidad</p> |
| DESARROLLO | <ul style="list-style-type: none"> • Acogida • Exploración corporal (ANEXO 6) • Revisión de los ejercicios para casa y desafíos habituales (ANEXO 8) • Ejercicio “caminando por la calle” (practica 2.1) (ANEXO 11) • Ejercicio de subirse a la ola (practica 2.2) y coloquio sobre miedos (ANEXO 12) • Meditación de la montaña (practica 2.3) (ANEXO 13) • Ejercicios para casa • Despedida |
| EJERCICIOS PARA CASA | <ul style="list-style-type: none"> • Exploración corporal. (ANEXO 6) • Hoja de registro de la práctica diaria (ANEXO 10) • Hoja de registro sobre desencadenantes (ANEXO 8) • Conciencia plena de la actividad diaria. |
| DURACION | 2 HORAS Y MEDIA |

| SESION 3 | | MINDFULNESS EN LA VIDA COTIDIANA |
|------------------------------|--|--|
| OBJETIVO PRINCIPAL | | Llevar la práctica mindfulness a las actividades cotidianas por medio de ejercicios informales que permitan seguir desarrollando la conciencia de la experiencia del momento presente sin reaccionar desadaptadamente. |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS | | <ul style="list-style-type: none"> • Presentar la práctica formal sentados • Presentar la zona SOBRIA para respirar • Seguir las prácticas y coloquios para integrar la conciencia plena en la vida cotidiana. |
| MATERIALES | | <ul style="list-style-type: none"> • CDs de mediación sentados • Campana • Pizarra y plumones • Reproductor de DVD • Folleto 3.1: zona SOBRIA para respirar. (ANEXO 14) • Folleto 3.2: tema y ejercicios para casa de la Sesión 3: Mindfulness en la vida cotidiana. (ANEXO 15) • Folleto 3.3: Hoja de registro de la práctica diaria (ANEXO 16) |
| TEMA | | <p>La meditación mindfulness puede incrementar nuestra conciencia y, de ese modo, ayudarnos a hacer mejores elecciones en nuestra vida cotidiana. Dado que la respiración es una experiencia del momento presente, el hecho de hacer una pausa y prestar atención a la respiración es una forma de volver al momento presente y tomar conciencia del cuerpo. Con esta presencia y conciencia, por lo general, nos volvemos menos reactivos y podemos tomar decisiones desde una posición más fuerte y clara. La zona SOBRIA para respirar es un ejercicio que puede llevar esta cualidad de conciencia plena desde la meditación formal –sentados o tumbados- a las situaciones de la vida diaria y a los desafíos que se nos presenten.</p> |
| DESARROLLO | | <ul style="list-style-type: none"> • Acogida • Conciencia auditiva (practica 3.1). (ANEXO 17) • Revisión de los ejercicios para casa. • Meditación mediante la respiración (practica 3.2) y revisión (ANEXO 18) • Video (ANEXO 19) • Zona SOBRIA para respirar (practica 3.3)(ANEXO 20) • Ejercicio para casa. • Despedida |

| | |
|----------------------|---|
| EJERCICIOS PARA CASA | <ul style="list-style-type: none"> Meditación sentados 6 o 7 días por semana. Zona Sobria para respirar, tres veces al día (en distintas situaciones). |
| DURACION | 2 HORAS Y MEDIA |

| SESION 4 | | MINDFULNESS EN SITUACIONES DE ALTA PREOCUPACION |
|-----------------------|--|--|
| OBJETIVO PRINCIPAL | | Mover a los participantes a situaciones personales (simuladas en la mente) de alta preocupación, con el fin de generar una actitud diferente ante estas además de una respuesta más adecuada. |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS | | <ul style="list-style-type: none"> Incrementar la conciencia de las situaciones personales de alta preocupacion y de las sensaciones, emociones y pensamientos que tienden a evocar. Practicar el permanecer con sensaciones y emociones intensas o incomodas en lugar de evitarlas o tratar de librarse de ellas Aprender recursos que ayuden a prestar atención al presente en lugar de ceder automáticamente a la presión producto de la preocupación en situaciones que previamente han estado relacionadas con esta. Introducir el caminar consciente como otra práctica para la conciencia de las distintas sensaciones físicas y para llevar una atención consciente a la vida diaria |
| MATERIALES | | <ul style="list-style-type: none"> Campana Pizarra y plumones Folleto 4.1: Tema y Ejercicios para casa de la sesión 4: Mindfulness en situaciones de alto riesgo. (ANEXO 21) Folleto 4.2: Hoja de registro de la práctica diaria (ANEXO 22) |
| TEMA | | En esta sesión nos centramos en estar presentes en situaciones difíciles que, previamente, hayan estado asociadas con las preocupaciones o con otro tipo de comportamiento reactivo. Aprendemos a relacionarnos de manera distinta con las presiones, miedos y preocupaciones; practicamos el modo de responder a estímulos fuertemente evocadores de preocupacion, siendo conscientes en vez de reaccionar automáticamente frente al hábito. |

| | |
|----------------------|--|
| DESARROLLO | <p>Acogida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consciencia visual (practica 4.1) (ANEXO 23) • Revisión de los ejercicios para casa • Meditación sentados: Sonidos, respiración, sensación, pensamiento (practica 4.2) (ANEXO 24) • Situaciones de preocupaciones individuales y comunes. • Zona ZOBRIA para respirar en situaciones difíciles (practica 4.3) (ANEXO 25) • Meditación caminando (practica 4.4) (ANEXO 26) • Ejercicios para casa • despedida |
| EJERCICIOS PARA CASA | <ul style="list-style-type: none"> • meditación sentados (6 de 7 días) • meditación caminando o caminar consciente al menos dos veces. • Zona SOBRIA para respirar /diario, especialmente en situaciones difíciles |
| DURACION | 2 HORAS Y MEDIA |

| SESION 5 | ACEPTACION Y ACCION EFICAZ |
|-----------------------|--|
| OBJETIVO PRINCIPAL | Aprender a aceptar y valorar de forma consciente y deliberada la experiencia del presente además de formular una mejor respuesta ante situaciones preocupantes o difíciles |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS | <ul style="list-style-type: none"> • Introducir y cultivar una relación diferente en relación a las experiencias difíciles tales como sensaciones, emociones o situaciones incomodas. • Comentar el papel de la aceptación en el proceso del cambio • Introducir el movimiento consciente como otra manera de practicar conciencia y aceptación |
| MATERIALES | <ul style="list-style-type: none"> • Campana • Pizarra y plumones • CD de “movimiento Consciente” • Folleto 5.1: Hoja de trabajo con “zona SOBRIA para respirar en situaciones difíciles” (ANEXO 27) • Folleto 5.2: posturas de movimiento consciente (ANEXO 28) |

| | |
|----------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Folleto 5.3: tema y ejercicios para casa de la SESION 5: aceptación y acción eficaz" (ANEXO 29) • Folleto 5.4. hoja de seguimiento de la práctica diaria (ANEXO 30) |
| TEMA | <p>Es importante encontrar el equilibrio entre la aceptación de lo que pueda surgir y el alentar una acción saludable o positiva en nuestras vidas. Por ejemplo, puede que no tengamos control sobre cosas que nos ocurren, emociones que nos surgen, nuestro trabajo actual o situaciones familiares, así como tampoco sobre la conducta y reacciones de otras personas. Sin embargo, cuando nos enfrentamos a estas cosas, tenemos a sentirnos frustrados, enfadados o derrotados y eso puede actuar como un desencadenante de crisis de preocupaciones. Cuando aceptamos el presente tal y como es, no estamos siendo pasivos, estamos aceptando lo que ya es sin luchar ni resistirnos. A menudo, este es un primer paso para el cambio. Lo mismo se puede aplicar a la autoaceptación; a menudo, requiere una total aceptación de nosotros mismos, tal y como somos antes de que pueda darse el cambio real.</p> |
| DESARROLLO | <p>Acogida Meditación sentados: Sonido, respiración, sensaciones, pensamientos, emociones. POEMA (practica 5.1) (ANEXO 31) Revisión de la practica Zona SOBRIA para respirar (en parejas) (practica 5.2) (ANEXO 32) Utilización de la zona sobria para respirar en situaciones difíciles Coloquio de aceptación y acción eficaz Movimiento consciente (ANEXO 28) Ejercicios para casa Despedida</p> |
| EJERCICIOS PARA CASA | <p>Hoja de seguimiento de la práctica diaria. Meditación sentada, movimiento consciente o exploración corporal.</p> |

| | |
|----------|---|
| | Zona SOBRIA para respirar, con regularidad y cuando te encuentres en una situación difícil o de alta preocupación. Hoja de trabajo sobre utilización de la zona SOBRIA para respirar en situaciones difíciles. |
| DURACION | 2 HORAS y 30 minutos |

| SESION 6 | VER LOS PENSAMIENTOS COMO PENSAMIENTOS |
|-----------------------|--|
| OBJETIVO PRINCIPAL | Aprender a identificar los pensamientos como objetos mentales, sin creérselos literalmente, además de ver como estos se relacionan con hábitos mentales negativos que perpetúan la preocupación. |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS | <ul style="list-style-type: none"> • Reducir el grado de identificación con los propios pensamientos y reconocer que no tenemos que creérnoslo ciegamente ni tratar de controlarlos. • Discutir la relación entre la preocupación patológica y el papel de los pensamientos en el mantenimiento de la misma. |
| MATERIALES | <ul style="list-style-type: none"> • Campana • Pizarra y plumones • Folleto 6.1: hoja de trabajo: el ciclo de las preocupaciones patológicas (ANEXO 33) • Folleto 6.2: tema y ejercicios para casa de la sesión 6: ver los pensamientos como pensamientos. (ANEXO 34) • Folleto 6.3: hoja de seguimiento de la práctica diaria (ANEXO 35) |
| TEMA | Ya hemos practicado mucho a lo largo de las semanas anteriores dándonos cuenta del divagar de nuestra mente y etiquetando como “pensamiento” lo que se nos viene a la mente. Hemos practicado el volver a centrar, con suavidad, la atención en la respiración o en el cuerpo. Ahora queremos centrarnos en los pensamientos como palabras o imágenes de la mente que podemos elegir creernos o no. Vamos a discutir el papel de los pensamientos y nuestras creencias en tales pensamientos relacionados con la preocupación. |
| DESARROLLO | <ul style="list-style-type: none"> • Acogida |

| | |
|----------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Meditación sentados: pensamientos (practica 6.1) (ANEXO 36) • Revisión de los ejercicios para casa. • Pensamientos y preocupación. • El ciclo de preocupaciones patológicas • Zona Sobria para respirar (practica 6.2) (ANEXO 37) • Preparación para el final de curso y ejercicios para casa. • Despedida. |
| EJERCICIOS PARA CASA | <ul style="list-style-type: none"> • Exploración corporal 6 días por semana. • Consciencia plena de la actividad cotidiana. • Hoja de seguimiento. |
| DURACION | 2 HORAS y 30 minutos |

| SESION 7 | AUTOCUIDADO Y ESTILO DE VIDA EQUILIBRADO |
|-----------------------|--|
| OBJETIVO PRINCIPAL | Motivar a los participantes a la práctica regular de lo aprendido asociado a un estilo de vida equilibrado. |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS | <ul style="list-style-type: none"> • Discutir la importancia del estilo de vida equilibrado y del cuidado de sí mismo para reducir la vulnerabilidad frente a las situaciones generadoras de altos grados de preocupación. • Discutir la práctica regular del mindfulness como medio de mantener el equilibrio. • Prepararse para futuras situaciones de alto riesgo utilizando la “tarjeta recordatorio” |
| MATERIALES | <ul style="list-style-type: none"> • CDs Serie2 • Campana • Pizarra y plumones • Folleto 7.1: Hoja de actividades diarias (ANEXO 38) • Folleto 7.2: tema y ejercicios para casa de la sesión 7: autocuidado y estilo de vida equilibrado (ANEXO 39) • Folleto 7.3. Hoja de seguimiento de la práctica diaria (ANEXO 40) |
| TEMA | Hemos dedicado varias semanas a prestar una especial atención a las situaciones, pensamientos y emociones específicos que pueden suponer un riesgo para generar preocupación patológica en nosotros. En esta sesión vamos a echar un vistazo al panorama general de nuestra vida para identificar aquellos aspectos que favorecen una vida más saludable y vital y aquellos que |

| | |
|----------------------|---|
| | pueden suponernos un riesgo importante. Cuidar de uno mismo y desarrollar actividades enriquecedoras constituyen una parte esencial del proceso de recuperación. |
| DESARROLLO | <ul style="list-style-type: none"> • Acogida • Meditación sentados: Benevolencia (practica 7.1) (ANEXO 41) • Revisión de la practica • hoja de trabajo de las actividades diarias • Donde empieza la preocupación • Zona SOBRIA para respirar • Tarjetas recordatorio • Despedida |
| EJERCICIOS PARA CASA | Realización de cualquier práctica ya conocida y aprendida. |
| DURACION | 2 HORAS y 30 minutos |

| | |
|-----------------------|---|
| SESION 8 | APOYO EXTERNO Y CONTINUACION DE LA PRACTICA |
| OBJETIVO PRINCIPAL | Desarrollar un plan de continuación de la práctica y de incorporación de la conciencia plena en la vida diaria. |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS | <ul style="list-style-type: none"> • Destacar la importancia de las redes de apoyo como una forma de reducir riesgos y mantener la recuperación. • Encontrar modos de superar barreras pidiendo ayuda • Reflejar lo que los participantes han aprendido en el curso y las razones para continuar la practica |
| MATERIALES | <ul style="list-style-type: none"> • Campana • Pizarra y plumones • guijarros • Folleto 8.1: hoja de trabajo: reflexiones sobre el curso (ANEXO 42) • Folleto 8.2: tema de la sesión 8: empleando lo aprendido y continuación de la práctica (ANEXO 43) |
| TEMA | Tanto la recuperación como la práctica de la conciencia plena son dos viajes vitales que requieren compromiso y aplicación. No es un viaje fácil de hecho a veces puede ser percibido como nadar contra la corriente. Hasta ahora, hemos hablado de factores |

| | |
|------------|---|
| | que suponen un riesgo, de algunas habilidades que nos ayudan a navegar a través de situaciones preocupantes y sobre la importancia de mantener un estilo de vida equilibrado. Es de esperar que el haber participado en este grupo también haya proporcionado un sentido de apoyo y de comunidad. Contar con apoyo para nuestra práctica de meditación nos puede ayudar a que nos mantengamos en nuestra práctica y a que decidamos ponerla de manifiesto en nuestra vida de una manera consciente, intencionada y benevolente. |
| DESARROLLO | <ul style="list-style-type: none"> • Acogida • Exploración corporal y poema (ANEXO 44) • Revisión de la practica • La importancia de las redes de apoyo • Reflexiones sobre el curso • Propósitos para el futuro • Meditación final (ANEXO 45) • Círculo cerrado |
| DURACION | 2 HORAS y 30 minutos |

ANEXOS

ANEXO 1. DESCRIPCION DE LAS SESIONES

SESION 1 PILOTO AUTOMATICO Y REOCUPACION

En esta primera sesión, discutimos el modo “piloto automático” o la tendencia a comportarse de manera mecánica o inconsciente, sin una completa conciencia de lo que se está haciendo y lo centramos, en concreto, en relación al establecimiento de viejos hábitos mentales que intensifican el estado o grado de preocupación. Empezamos esta exploración con un ejercicio llamado exploración corporal para practicar el prestar atención a las sensaciones del cuerpo.

SESIÓN 2 CONCIENCIA DE DESENCADENANTES Y MIEDOS

Esta sesión se centra en aprender a percibir los desencadenantes, deseos y pensamientos sobre lo que conduce a la preocupación sin tener que seguirlos automáticamente. Nos centramos en el reconocimiento de los desencadenantes y en cómo se experimentan la reacción del cuerpo en concreto, las sensaciones, pensamientos y emociones que tan a menudo acompañan a la preocupación. Empezamos a utilizar el mindfulness para conseguir una mayor conciencia de este proceso, por lo general, automático, aprendiendo a experimentar los desencadenantes y miedos de tal manera que puedan aumentar nuestras posibilidades de decidir cómo respondemos ante ellos.

SESIÓN 3 MINDFULNESS EN LA VIDA COTIDIANA

Descubrimos la zona “SOBRIA” como un modo de ampliar las características de la conciencia plena desde una práctica formal -sentados o echados- a las situaciones diarias que podemos encontrar. Esto puede ayudarnos a “permanecer con” las diferentes sensaciones físicas que surjan, incluyendo aquellas asociadas a los miedos o deseos, sin tener que reaccionar de una manera que nos perjudique. En esta sesión empezamos a practicar, sentados, la meditación formal.

SESIÓN 4 MINDFULNESS EN SITUACIONES DE ALTO RIESGO

Nos centramos en estar en situaciones o con personas que, previamente, han estado asociadas a las preocupaciones elevadas, utilizando la preocupación consciente para aprender a sentir las presiones o miedos para evitar el establecimiento y consolidación de la preocupación. Identificamos los riesgos individuales hacia preocupaciones elevadas y exploramos distintas maneras de desenvolvernos frente a la intensidad de los sentimientos que surgen en las situaciones de alto riesgo.

SESIÓN 5 ACEPTACIÓN Y ACCIÓN EFICAZ

Por lo general puede parecer una paradoja el hecho de aceptar pensamientos, sentimientos y sensaciones indeseables. Sin embargo

este puede ser el primer paso hacia el cambio. La aceptación de la experiencia presente es una base importante para un verdadero cuidado de uno mismo así como para ver con mayor claridad la mejor acción a emprender. Practicamos técnicas como la zona para respirar y nos centramos en utilizarlas en las situaciones comprometidas. Esta sesión incluye desde el hecho de darse cuenta de las señales de alarma hasta desarrollar la habilidad de detenerse para iniciar una acción eficaz tanto en las situaciones de alto riesgo como en la vida cotidiana.

SESIÓN 6 VER LOS PENSAMIENTOS COMO PENSAMIENTOS

Exploramos además, la conciencia de los pensamientos y nuestra relación con ellos, centrándonos en experimentar los pensamientos, simplemente, como tales pensamientos (incluso aunque nos puedan parecer la verdad). Consideramos el papel que juegan los pensamientos en el ciclo de volver a una preocupación elevada y permanente, los pensamientos concretos que parecen ser especialmente problemáticos y la forma de trabajar más eficazmente con ellos.

SESIÓN 7 AUTOCUIDADO YE STILOD E VIDA EQUILIBRADO

Esta sesión se centra en las señales individuales de alarma frente a los estados altos de preocupación y en la mejor manera de responder cuando tales señales de alarma aparezcan. Esto incluye una discusión sobre alternativas para un estilo de vida más amplio, equilibrado, auto compasión y la importancia de incluir actividades saludables como parte de una vida plena saludable.

SESIÓN 8 APOYO SOCIAL Y CONTINUACIÓN DE LA PRACTICA

En esta última sesión revisamos las destrezas y prácticas aprendidas a lo largo del curso y discutimos la importancia de organizar un sistema de apoyo. Reflexionamos de lo que hemos aprendido en el curso y compartimos planes individuales para incorporar la práctica de la atención consciente a la vida diaria.

ANEXO 2: DEFINICION DE MINDFULNESS

“Mindfulness significa prestar atención de un modo particular; con intencionalidad, en el momento presente y sin juzgar nada”.

JON KABAT ZIN

ANEXO 3: TEMA Y EJERCICIOS PARA CASA DE LA SESIÓN 1

PILOTO AUTOMÁTICO Y PREOCUPACIÓN

TEMA

El modo “piloto automático” refiere a nuestra tendencia a reaccionar sin darnos cuenta; en este modo es más probable que seamos “dirigidos por mecanismos”: los eventos que nos rodean y los pensamientos, sentimientos, sensaciones de la mente (de los cuales puede que seamos solo confusamente conscientes) pueden desencadenar viejos hábitos de pensamiento que, a menudo, son disfuncionales y pueden conducir a un empeoramiento del estado de ánimo aumentando nuestros niveles de preocupación.

Llegando a ser más conscientes de nuestros pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales del momento a momento, nos concedemos la posibilidad de una mayor libertad y elección; no debemos entrar en las mismas viejas “rutinas mentales” que pueden causarnos problemas.

La meta de este programa es incrementar la conciencia de un modo tal que podamos responder a las situaciones con libertad en vez de reaccionar automáticamente. Logramos eso mediante la práctica de llegar a ser más conscientes del lugar en el que se encuentra nuestra atención y cambiando deliberadamente el foco de la atención, una y otra vez.

EJERCICIOS PARA CASA PARA LA SEMANA SIGUIENTE A LA SESIÓN

1. Exploración corporal

Practica la exploración corporal, lo mejor q puedas, durante los próximos 6 o 7 días, hasta nuestro próximo encuentro. No hay una manera “correcta” de hacerlo ni nada en particular que “debieras” experimentar. Simplemente, date cuenta de lo que surja en el momento presente.

2. Conciencia plena de una actividad cotidiana

Elige una actividad que hagas cada día (por ejemplo lavarte los dientes, tomar un café, lavar los platos) y, lo mejor que puedas, centrar toda tu atención en esa experiencia de la misma manera que hicimos con las pasas. Puede que percibas las cualidades del objeto o de la actividad así como las sensaciones, pensamientos o sentimientos que surjan.

3. Completa la hoja de registro de la práctica diaria.

Complétala cada día, anotando tu práctica de mindfulness (tanto la exploración corporal como la conciencia plena de una actividad cotidiana). Por favor, sé honesto. No te van a juzgar por lo mucho o poco que hayas

podido practicar cada semana. Anota cualquier comentario que tengas sobre tu experiencia o las cosas que se te presenten durante la práctica.

ANEXO 4: HOJA DE FREGISTRO DE LA PRÁCTICA DIARIA

Instrucciones: Cada día, registra tu práctica de meditación. Anota también cualquier tipo de barrera, observaciones o comentarios.

ANEXO 5: EJERCICIO CON PASAS

Vamos pasarles unos objetos, acérquense y tomen os o tres en la palma de su mano.

Ahora, me gustaría invitarte a que elegirás uno de esos objetos y que, de la forma que mejor puedas, pongas toda tu atención en ese objeto durante los próximos minutos. Primero, podrías darte cuenta, simplemente, del objeto que cogiste. ¿Hay algo en ese objeto particular en ese objeto que te llame la atención?

Ahora, observa ese objeto atentamente, como si nunca hubieras visto antes nada semejante. Pon toda tu atención para observarlo, tal vez cogiéndolo con la otra mano y observando todas sus cualidades. Incluso podrías imaginar que acabas de llegar de otro planeta y que tu misión consiste en observar ese objeto con el mayor detalle posible, como si tuvieras que informar en tu planeta de todas sus propiedades.

Puede sentir su textura entre los dedos apreciar su color y sus caras, así como su forma única.

Mientras estás haciendo esto, también podrías ser consciente de los pensamientos que estas teniendo acerca de este objeto, o sobre el ejercicio o en relación a lo que estás haciendo en el ejercicio. Podrías notar, también, algún sentimiento como agrado o desagrado por el objeto o por el ejercicio. Simplemente advierte también esos pensamientos o sentimientos y, de la mejor manera que puedas, vuelve a centrar tu atención, sencillamente, en explorar ese objeto.

Podrías colocar ese objeto debajo de la nariz e inhalar, notando si tiene algún olor.

Incluso podrías llevártelo a tu oído y apretarlo un poco para comprobar si suena a algo. Y, luego, echarle otro vistazo. Y, ahora, mientras llevas despacio ese objeto a tus labios, date cuenta del movimiento de tu brazo, de tu brazo, de tu mano situándose adecuadamente, y, luego, suavemente, coloca el objeto en tus labios percibiendo como los sientes ahí. Manténlo ahí un instante, consciente de tus sensaciones y de cualquier reacción que tengas. Puede que haya una anticipación en la boca, comenzando a salivar.

Y, ahora, coloca ese objeto en la lengua y manténlo ahí para percibir como lo sientes en la boca: su superficie su textura, incluso la temperatura de ese objeto. Ahora, dale solo un mordisco y detente. Nota como se liberan sus sabores, observa si ha cambiado su textura. Tal vez, el objeto se ha convertido ahora en dos objetos mastícalo lentamente, notando su sabor real y los cambios en su textura. Tal vez observar también como la lengua y mandíbula trabajan juntas para colocar el objeto entre los dientes, como la lengua sabe exactamente donde colocarlo mientras masticas.

Y, cuando sientas que estés listo para tragalo observa tu tendencia a engullirlo. Tal vez podrías detenerte antes de tragarlo para observar esa

tendencia. Luego, mientras tragas ese objeto, siente lo mejor que puedas mientras desciendes por tu garganta hasta tu estómago.

Incluso podrías llegar a sentir que el cuerpo es un poco más pesado como ese pequeño objeto.

ANEXO 6: MEDITACION EXPLORACION CORPORAL

Permite que tus ojos se cierren suavemente. Tomate unos instantes para entrar en contacto con el movimiento de tu respiración. Cuando estés listo, dirige tu atención a las sensaciones físicas de tu cuerpo; especialmente a las sensaciones de tacto o presión en los puntos donde tu cuerpo este en contacto con la silla o con el suelo. A cada respiración, déjate ir, hundiéndote más y más profundamente en el suelo (o en la silla). El propósito de esta práctica no es cambiar nada ni que te sientas distinto, relajado o tranquilo; eso puede que ocurra o puede que no. En vez de eso el propósito de la práctica es que seas lo más consiente posible de cualquier sensación que sientas a medida que centras tu atención en cada parte de tu cuerpo. Si vez que tu mente está divagando simplemente, con amabilidad, condúcuela de nuevo a que tome conciencia de tu cuerpo.

Ahora, lleva tu atención a las sensaciones físicas de tu abdomen para hacerte consiente de esas sensaciones mientras inspiras y espiras. Tomate unos instantes para sentir las sensaciones que van cambiando; como la inspiración se siente de modo distinto que la expiración. Después de conectar con las sensaciones de tu abdomen traslada ahora el foco de tu conciencia a lo largo del cuerpo. Hasta los dedos de tu pie izquierdo. Céntrate en el dedo gordo de tu pie izquierdo. Percibe todas las sensaciones de ese dedo. Luego permite que tu atención se vaya trasladando a cada uno de los dedos de tu pie izquierdo, de uno en uno, poniendo una amable curiosidad en el tipo de sensaciones que percibes, tal vez, notando el contacto entre los dedos, una sensación de hormigueo de calor o ninguna sensación en particular. Si hay zonas que no puedes percibir, simplemente, mantén allí tu atención, notando cualquier cosa que provenga de esa zona. Cuando estés listo, siente o imagina tu respiración entrando en los pulmones y, luego, a lo largo de tu cuerpo hasta el pie izquierdo y los dedos del pie izquierdo. Luego, imagina tu respiración regresando desde los dedos del pie a través de tu cuerpo y a través del a nariz. Así, estas enviando tu respiración hasta los dedos de tu pie izquierdo dejando, a continuación, que vuelva a través de tu cuerpo hasta salir de tus fosas nasales. Continua haciéndolo lo mejor que puedas durante unas cuantas respiraciones. Puede resultar difícil de conseguir, tu, simplemente, practica lo mejor que puedas, intentándolo con buen ánimo. Cuando estés listo, deja de centrarte en los dedos de los pies para llevar tu atención a las sensaciones de la base de tu pie izquierdo. Amablemente y con curiosidad, lleva tu conciencia la planta del pie, sintiendo todas las sensaciones. Ahora, dirige tu atención al empeine luego al tobillo. Sintiendo los músculos, huesos y tendones del tobillo. Ahora, lleva tu atención a la pantorrilla y a la espinilla. Ahora lleva tu atención a la pantorrilla y a la espinilla. Nota la ropa sobre la piel sobre se área o cualquier sensaciones de los músculos. Ahora, más arriba a la rodilla. Detecta, lo mejor que puedas, todas las sensaciones de esa zona,

enviendo tu respiración a cada zona mientras vas subiendo por tu pierna. Puedes imaginar tu conciencia como un haz de luz que se va moviendo lentamente a través de tu cuerpo. Toma conciencia de cualquier sensación en esa zona. Una vez más si hay zonas donde te resulte difícil detectar las sensaciones, siéntelas todo lo que te sea posible. Ahora, lleva tu atención a tu muslo izquierdo. Percibe las sensaciones. Tal vez sientas la presión de tu pierna sobre la silla o los puntos en que esta parte de la pierna toca el suelo, si estas echado.

A través de este ejercicio, la mente, inevitablemente, va ir vagando, lejos de la respiración y de tu cuerpo de vez en cuando. Es completamente normal; es lo que hacen las mentes. Cuando te des cuenta de eso simplemente reconócelo, observando a donde ha ido tu mente y luego, con amabilidad, devuelve la atención a tu cuerpo.

Ahora, centra tu atención en la pierna derecha, a través del pie derecho, en los dedos de tu pie derecho. Una vez más imagina tu respiración a través de los dedos del pie y regresando, luego, a través del cuerpo hasta salir por tus fosas nasales. Continúa dirigiendo tu conciencia y amable curiosidad ala sensaciones físicas, permitiendo que cualquier sensación de tu pie sea tal como es. Observa ahora como sientes la planta de tu pie derecho, el empeine del pie y el tobillo. Lleva tu conciencia ahora a la pantorrilla y advierte las sensaciones. Ahora, a la rodilla derecha.

Si sientes dolor o malestar en cualquiera de esas zonas, simplemente, hazte consiente de eso y practica el enviar allí tu respiración, lo mejor que puedas, dejando que tus sensaciones sean tal como son. Ahora, suavemente, conduce tu conciencia a tu muslo derecho, observando las sensaciones en esa área. Luego, a tus caderas y cintura. Siente tu peso sobre la silla o el suelo. Ahora, traslada tu atención lentamente a tu abdomen. Percibe como sube y como baja con cada respiración. Lleva ahora tu conciencia al tórax. Siente cuantas sensaciones puedas. Desplazando el haz de luz de tu atención hacia tu espalda- la zona lumbar y dorsal- siente los puntos de contacto con la silla o el suelo. Siente cualquier punto donde haya tensión o malestar. Ahora, ve hacia el pecho y hombros.

Cuando te hagas consiente de cualquier tensión o de una sensación intensa en alguna zona concreta del cuerpo, podrías “respirar dentro” de ella –utilizando la respiración para llevar suavemente tu conciencia justo a esa sensación- , lo mejor que puedas al exhalar, disuélvela.

Si observas que tus pensamientos están vagando o si te distraes o te sientes inquieto, simplemente nota eso también. Está bien; simplemente conduce de nuevo a tu atención hacia las sensaciones de tu cuerpo. Dirige ahora tu atención al brazo izquierdo y a los dedos de tu mano izquierda. Siente cada dedo y los puntos de contacto con la silla o con tu cuerpo, ahora, a la muñeca y al antebrazo. Observa todas las sensaciones en el brazo, en el codo, hombros. Observa cualquier tensión o tirantes.

Ahora, lleva tu atención, suavemente, a través de tu cuerpo al lado derecho, al brazo derecho y a los dedos de tu mano derecha. Siente cada uno de ellos por separado. Percibe cualquier cosquilleo o necesidad de moverlos. Observa si hay algún dedo que no puedes percibir igual que los demás. Luego, dirige tu atención a la palma de la mano, a la muñeca, al antebrazo y al codo. Ahora, cántrate en el brazo y hombro.

Deja que tu atención se dirija ahora al cuello. Siente si hay tirantez o tensión. Toma conciencia de las áreas donde es más difícil detectar sensaciones. Luego, lleva tu atención a la nuca. Observa si puedes sentir el cabello de tu cabeza. Toma conciencia del oído izquierdo luego, ve al oído derecho. Ahora, a la frente.

Explora las sensaciones de tu cara: ojos, mejillas, nariz. Observa si puedes percibir la temperatura de tu aliento y si cambia cuando inspiras y respiras. Nota las sensaciones de los labios barbilla, cualquier tensión en la mandíbula. Lleva tu conciencia a la parte de arriba de tu cabeza.

Ahora, después de haber escaneado así todo el cuerpo, dedica unos minutos a tomar conciencia de tu cuerpo como una totalidad y la respiración fluyendo libre y fuera de tu cuerpo.

Ahora, despacio y amablemente, mientras una mantienes la conciencia de tu cuerpo cuando estés listo, tal vez moviendo un poco tu cuerpo, abriendo y cerrando los dedos de manos y pies o estirándote con cuidado, permite que tus ojos se abran y que tu conciencia incluya la habitación y la gente a tu alrededor

ANEXO 7: DESAFIOS HABITUALES EN LA PRACTICA DE LA MEDITACION Y EN NUESTRA VIDA DIARIA

Hay algunas dificultades que surgen con tanta frecuencia en el curso de la práctica de la meditación que la lista de tales dificultades está establecida desde hace miles de años. Estas experiencias no son malas o equivocadas; simplemente, forman parte de la práctica de meditación y no significan que tu meditación no esté funcionando o que tú no estés haciendo bien la práctica. Estas dificultades son complicadas porque cuando aparecen pueden ser muy distractoras y la gente, muchas veces, se siente vencida por ellas. Aprende a reconocer esas experiencias en cuanto aparezcan y saber que solo son parte del proceso de meditación puede ayudar.

¡NO ES CULPA TUYA!

Al aprender a reconocer estas dificultades en nuestra práctica también aprendemos a darnos cuenta de su presencia en nuestra vida diaria y a reconocer la manera de reaccionar frente a ellas.

1. Aversión

Es la experiencia de “no querer” cuando estamos experimentando algo y tenemos una reacción de desagrado o el deseo de hacer que la experiencia desaparezca eso se podría describir como aversión. Aquí se podrían incluir los sentimientos de miedo, enfado, irritación, disgusto o resentimiento)

2. Anhelo o deseo.

Se trata de la experiencia de “querer” puede ser tan sutil como querer sentirse relajado o tranquilo o tan fuerte como la necesidad urgente de una resolver algo.

3. Inquietud o agitación

Puede ser una especie de incomodo picor. Se puede experimentar físicamente, con un fuerte deseo de moverse durante la meditación, o como agitación mental, cuando la mente está inquieta o incomoda.

4. Pereza o sueño

Podría tratarse de sopor físico o de pereza mental. Podría localizarse en la mente en el cuerpo o ambos

5. Duda

La duda se puede experimentar como un sentimiento de duda personal (no puedo hacer esta práctica) o dudas acerca de la utilidad de la práctica (esto es ridículo); porque voy a tener que estar aquí sentado, observando mi respiración. La duda es especialmente complicada porque puede ser muy convincente. Puede ayudar en recordar que la meditación se ha venido practicando desde hace miles de años y ha ayudado a millones de personas

a cambiar su vida. No hay nadie que no pueda tomar parte en el proceso de meditación; es asequible para cualquiera que desee practicarlo. También puede ser un desafío. Lo importante es permanecer en ella y cuando surjan estas dificultades traerlas también a la conciencia.

ANEXO 8: HOJA DE TRABAJO SOBRE DESENCADENANTES

Presta atención durante esta semana a lo que desencadena tu preocupación. Utiliza las preguntas siguientes para hacerte consciente de los detalles de la experiencia tal como esta tiene lugar.

| Día/fecha | Situación/ desencadenante | ¿Qué sensaciones experimentaste? | ¿Qué ánimo, sentimientos o emociones? | ¿Cuáles fueron tus pensamientos? | ¿Qué hiciste? |
|-----------------|------------------------------------|---|--|--|--|
| Viernes 26/3 | Ejemplo: discusión con un amigo | Tensión en el pecho, frio, manos húmedas, corazón latiendo rápido | Ansiedad, deseo | Necesito algo para superarlo | Di un pase; luego, hable con un amigo sobre lo que me hacía sentir mal. |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ANEXO 9: TEMA Y EJERCICIOS PARA CASA DE LA SESIÓN 2

CONCIENCIA DE DESENCADENANTES Y PREOCUPACIÓN

TEMA

O bien tenemos que sucumbir al deseo o a luchar duramente para resistirnos a él. Esta sesión se centra en aprender a experimentar los desencadenantes y miedos de una forma diferente. Practicamos la observación de la experiencia sin reaccionar automáticamente. Empezamos por aprender a identificar lo que nos activa; luego, a observar como esos desencadenantes nos llevan a todas las sensaciones, pensamientos y emociones que con frecuencia forman parte de los patrones mentales que desembocan en una preocupación elevada y mantenida. El mindfulness puede ayudarnos a hacernos conscientes de este proceso permitiéndonos interrumpir la cadena “automática de reacciones que, a menudo, sigue a un desencadenante y dándonos la libertad de tomar decisiones más saludables”

EJERCICIOS PARA CASA PARA LA SEMANA SIGUIENTE A LA SESIÓN

1. Exploración corporal

Practica la exploración corporal, lo mejor que puedas, durante los próximos 6 o 7 días, hasta nuestro próximo encuentro. No hay una manera “correcta” de hacerlo ni nada en particular que “debieras” experimentar. Simplemente, date cuenta de lo que surja en el momento presente. Anota tus experiencias en la hoja de registro de la práctica diaria

2. Hoja de trabajo sobre desencadenantes

Rellena la hoja de trabajo sobre desencadenantes cada día, anotando los pensamientos, deseos o miedos. “por ejemplo: enfado, tristeza, ansiedad, alegría) y las sensaciones corporales (tirantes en el pecho, nerviosismo)” si no hay desencadenantes o miedos un día determinado, simplemente anótalo así. También puedes anotar otro tipo de desencadenantes, por ejemplo, cosas que te provocan enfado, vergüenza, o cualquier comportamiento que te gustaría cambiar

3. Continua con la “conciencia plena de una actividad cotidiana”.

Puedes utilizar la misma actividad o usa una diferente. Presta toda tu atención a esa actividad, advirtiendo las sensaciones, imágenes, sonidos, pensamientos, e incluso emociones que te susciten.

ANEXO 10: HOJA DE FREGISTRO DE LA PRÁCTICA DIARIA

Instrucciones: Cada día, registra tu práctica de meditación. Anota también cualquier tipo de barrera, observaciones o comentarios.

| Día/ fecha | Practica formal con CD: ¿Cuánto tiempo? | Conciencia plena de actividades diarias | Observaciones / comentarios/desafíos (aversiones, deseos sueños, inquietud, dudas) |
|---------------|---|--|--|
| | _____ minutos | ¿Qué actividades? | |
| | _____ minutos | ¿Qué actividades? | |
| | _____ minutos | ¿Qué actividades? | |
| | _____ minutos | ¿Qué actividades? | |
| | _____ minutos | ¿Qué actividades? | |
| | _____ minutos | ¿Qué actividades? | |
| | _____ minutos | ¿Qué actividades? | |

ANEXO 11: EJERCICIO “CAMILANDO POR LA CALLE”

Fundamentos: Estamos interpretando y juzgando continuamente nuestra experiencia y tales historias y juicios proliferan, conduciendo a más pensamientos, sensaciones, estados emocionales y, a veces, tendencias a

reaccionar. Así, podríamos encontrarnos a nosotros mismos en un determinado estado emocional o implicados en un comportamiento sin mucha idea de cómo hemos llegado hasta allí. Nos gustaría poner un ejemplo sencillo para ilustrarlo:

Busca una postura cómoda en tu silla. Deja que tus ojos se cierren si así lo prefieres y tomate unos instantes para acomodarte. Voy a pedirte que te imagines un escenario sencillo y que seas todo lo consciente que puedas de tus pensamientos, emociones y sensaciones corporales. Ahora, imagina que vas caminando por la calle. Imagina un lugar que te resulte familiar y, realmente, observa los elementos a tú alrededor: escucha los sonidos que se producirán en ese lugar, tal vez los coches, pájaros, voces de la gente. O puede que sea un lugar silencioso. Ahora, imagina que vez a un conocido al otro lado de la calle, caminando en sentido contrario, hacia donde tu estas. Haz que sea alguien a quien te alegra de ver- tal vez un amigo, un compañero de trabajo o alguien a quien te gustaría saludar-. Imagina a esa persona ahora. Mientras vez a esa persona caminando hacia ti, observa que pensamientos acuden a tu mente, así como cualquier emoción o sensación que puedas experimentar.

Le sonrías a esa persona y la saludas con un gesto. La persona no te devuelve el saludo y sigue caminando. Observa lo que se te pasa por la mente. ¿Qué pensamientos se te están ocurriendo? Percibe cualquier sentimiento o sensación en tu cuerpo o cualquier posible cambio en ellos. Observa si sientes un impulso para actuar de alguna manera determinada.

Cuando estés listo, deja que ese escenario se desvanezca y, suavemente, devuelve tu atención a la habitación y abre los ojos.

ANEXO 12: SUBIRSE A LA OLA

Siéntate cómodamente y tomate un momento para anclarte usando los puntos de contacto, la respiración o las frases de bondad amorosa. Piensa en una situación reciente en la que hayas actuado de una manera en la que no te haya resultado de mucha utilidad – adoptar un comportamiento destructivo o explosivo, gritar a alguien, emborracharte o aislarte en respuesta a una situación o una interacción complicada-.

Cuando contemples esta escena, trata de identificar el sentimiento inmediatamente anterior a la acción inútil. Permanece con ese sentimiento y detente justo antes de que la ola de sentimiento “alcance su punto más alto”. Intenta permanecer en equilibrio en ese borde. Respira y descansa en la experiencia en vez de luchar o resistirte. Cuando observes este acontecimiento, fíjate como la ola de sentimientos, pensamientos y sensaciones crecen en intensidad. Trata de permanecer con esta “crecida” más que de combatir la ola o hundirte. Intenta subirte a la ola de tu experiencia. Utiliza tu respiración o las frases de bondad amorosa como tabla de surf para mantenerte estable. Está bien “tambalearse” y moverse cuando estas subido en una tabla de surf de verdad los continuos ajustes sutiles son necesarios. Trata de encontrar un equilibrio dinámico más que uno estático. Permanece todo lo estable que puedas hasta que la ola comience a disminuir y a bajar. Vuelve a tu respiración o a los puntos de contacto durante un momento antes de finalizar y de volver a tu jornada.

ANEXO13: MEDITACION DE LA MONTAÑA

Sitúate en una postura cómoda, con la columna vertebral erguida, pero relajado, deja tu cabeza equilibrada sobre tu cuello y hombros y siéntate con un sentido de dignidad y comodidad. Deja que tu cuerpo mantenga la intención de permanecer alerta y en el presente. Cuando estés listo, permite que tus ojos se cierren si eso te resulta cómodo. Si eliges mantenerlos abiertos, déjalos que descansen con una mirada “blanda”, a unos centímetros delante de ti, hacia el suelo. Y, ahora, permite que tu atención descance en la sensación de la respiración que fluye de forma natural dentro y fuera de tu cuerpo. Simplemente, al observar tu cuerpo mientras respira, vas entrando en un estado de tranquilidad, sentado con un sentido de totalidad que se refleja en tu postura.

Ahora, cuando estés listo, lleva a tu mente la imagen de una montaña. Represéntate la montaña más hermosa que hayas visto jamás o que puedas imaginar. Céntrate en la imagen o, simplemente, en el sentimiento de esa montaña en el ojo de tu mente, permitiéndole que se haga más clara. Nota su forma general: su elevada cumbre en el cielo, la amplia base asentada en la tierra, las escarpadas o suavemente inclinadas laderas. Observa lo sólida que es, lo inamovible que es, lo hermosa que es desde lejos y cerca; su contorno y su forma. Tal vez tu montaña tenga nieve en la cumbre y árboles en las laderas. Tal vez tenga una cumbre prominente; tal vez, varias cumbres o una elevada meseta. Sea como sea que te la representes, simplemente siéntate y respira con la imagen de esta montaña, observando sus cualidades.

Y, cuando estés listo, prueba a llevar la montaña a tu cuerpo de manera que tu cuerpo, aquí sentado, y la montaña de tu mente se conviertan en uno. De este modo, mientras permaneces aquí sentado, te conviertes en la montaña: tu cabeza se convierte en la cumbre elevada, tus hombros y brazos en las laderas de la montaña, tus glúteos y piernas en la sólida base asentada sobre el cojín o sobre tu silla. Experimenta en tu cuerpo la sensación de elevarse desde la base de la montaña, a lo largo de tu columna vertebral. Con cada respiración, conviértete más y más en una montaña que respira, resuelto en tu tranquilidad, siendo plenamente lo que eres, más allá de las palabras y pensamientos, una presencia centrada, enraizada, inalterable.

Mientras el sol cruza cada día a lo largo del cielo y luz, sombras y colores van cambiando momento a momento, la montaña, simplemente, permanece. En la tranquilidad de la montaña, la noche sigue al día y el día sigue a la noche, las estaciones fluyen unas en otras y el tiempo cambia de un momento a otro, de un día a otro. Pero la calma permanece a través de todos los cambios. En verano no hay nieve en la montaña, salvo, quizás, en las cumbres. En otoño, la montaña puede llevar un vestido de brillantes colores. En invierno, un manto de nieve o hielo. En cada estación puede cambiar; se puede encontrar envuelta en nieve o nubes o apedreada por precipitaciones de granizo. Puede que la gente venga a ver la montaña y se sienta decepcionada si no logran verla con claridad o puede

que comenten lo hermosa que es. Y, a través de todo eso, a la vista o invisible, con sol o con nubes, con un calor abrasador o con un frío de hielo, la montaña, simplemente, permanece. Solida e inmutable. A veces, visitada por violentas tormentas: nieve, lluvia y vientos de inconcebible magnitud; en medio de todo eso, la montaña, simplemente, permanece, indiferente a lo que ocurre en la superficie.

Mientras mantenemos esta imagen en nuestra mente, podemos incorporar esa misma tranquilidad inmutable, esa solidez frente a todo cuanto cambia en nuestras vidas, experimentamos la naturaleza constantemente variable de mente y cuerpo y todos los cambios del mundo exterior.

ANEXO 14: ZONA SOBRIA PARA RESPIRAR

Este es un ejercicio que puedes hacer prácticamente en cualquier momento y en cualquier lugar porque es muy breve y bastante sencillo. Se puede utilizar en medio de una situación estresante que desaten estados de preocupación, si te sientes molesto con algo o cuando estés experimentando impulsos de reacción hacia una situación de algo estrés. Puede ayudar a salir del modo “piloto automático”, permitiéndote ser menos reactivo y más consciente y responsable en tu respuesta.

Una forma de recordar sus pasos es el acrónimo **SOBRIA**.

S – Stop. Cuando estés en una situación estresante o simplemente, de vez en cuando a lo largo del día, acuérdate de parar y reducir la marcha y comprobar que es lo que está ocurriendo. Este es el primer paso para salir del modo “piloto automático”.

OB – Observar. Observa las sensaciones que están teniendo lugar en tu cuerpo. Observa también cualquier emoción, sentimiento o pensamiento que estés manteniendo. Simplemente, date cuenta, lo mejor que puedas, de todas tus vivencias.

R – Respirar. Concentra tu atención y dirígela a tu respiración.

I - Incrementa tu conciencia hasta incluir el resto de tu cuerpo, tu experiencia y la situación en la que te encuentras; procura llevar todo esto, suavemente a tu conciencia.

A – Aplica tu propia respuesta (en lugar de reaccionar automáticamente), con conciencia de lo que sería conveniente, realmente, en esa situación y de cuál sería la mejor manera de cuidar de ti mismo. Ocurra lo que ocurra en tu mente y en tu cuerpo, tú todavía tienes la capacidad de elegir la respuesta a aplicar.

ANEXO 15: TEMA Y EJERCICIOS PARA CASA DE LA SESION 3

MINDFULNESS EN LA VIDA DIARIA

TEMA

La meditación mindfulness puede ayudarnos a incrementar la conciencia y, en consecuencia, a realizar elecciones más eficaces en nuestra vida cotidiana. Como la respiración es siempre una experiencia en el momento presente, pararse y centrar la atención en la respiración puede ser una forma de regresar al presente y situarse en el propio cuerpo. Cuando estamos más presentes, a menudo, son más conscientes y menos reactivos por lo que podemos tomar decisiones desde una posición más fuerte y más clara. La ZONA SOBRIA para respirar es una práctica que puede extender esta cualidad de la plena conciencia desde la práctica formal, sentados o tumbados, a las situaciones de la vida diaria y a los desafíos con que nos podamos encontrar.

EJERCICIOS PARA CASA PARA LA SEMANA SIGUIENTE A LA SESION 3

Practica con el CD de la meditación sentado 6 días de esta semana y anota tus reacciones en la “hoja de registro de la práctica diaria”.

Empieza a incorporar la ZONA SOBRIA para respirar “en tu vida diaria. Lo mejor es practicarla tanto en situaciones del día a día como en las situaciones difíciles. Toma nota de tu práctica en la “hoja de registro de la práctica diaria”.

ANEXO 16: HOJA DE REGISTRO DE LA PRÁCTICA DIARIA

Instrucciones: Cada día, registra tu práctica de meditación. Anota también cualquier tipo de barrera, observaciones o comentarios.

ANEXO 17: CONCIENCIA AUDITIVA

Tomate unos instantes para colocarte en tu silla. Puedes cerrar los ojos o dejarlos abiertos, como te resulte más cómodo. Simplemente, déjate estar en la habitación, percibiendo tu cuerpo en la silla, la respiración al entrar y al salir de tu cuerpo. Y, ahora, deja que tu atención se centre en tu experiencia auditiva, a medida que vas advirtiendo los sonidos.

Escucha los sonidos procedentes de la habitación y los de afuera. Los sonidos del interior y los del exterior de tu cuerpo. Hasta los sonidos más tenues. Mientras vas abandonando, lo mejor que puedes, las ideas e historias sobre esos sonidos y te limitas a oírlos como pautas, fuertes o suaves, agudos o graves. Escuchando la textura de los sonidos, no tienes que esforzarte en escuchar ninguna cosa en particular; simplemente, deja que los sonidos te lleguen, como si estuvieras escuchando con todo tu cuerpo, con todos tus sentidos, abierto y receptivo la experiencia del sonido.

No tienes que analizar ni pensar nada sobre los sonidos, lo mejor que puedes, límítate a percibirlos. Si vez que empiezas a tener pensamientos como: “esto es extraño” o “no quiero hacer esto” o “no lo estoy haciendo bien”, simplemente, date cuenta de eso también, y, suavemente, dirige tu atención, de nuevo, a la experiencia de escuchar.

En el momento que te des cuenta que has empezado a pensar sobre lo que oyes en lugar de limitarte a experimentarlo, suavemente, dirige tu atención, de nuevo a la experiencia de escuchar.

ANEXO 18: MEDITACION MEDIANTE LA RESPIRACION

Tomate unos instantes para colocarte en una postura natural, relajada y alerta, con los pies apoyados en el suelo, si estas en una silla. Puede ser conveniente que te sientes separado del respaldo de la silla, de manera que tu columna vertebral se mantenga erguida. La forma de sentarnos durante la meditación puede ser muy importante. Buscamos una postura relajada, con la columna derecha y los hombros relajados. La cabeza puede estar un poco inclinada hacia delante de modo que, si abres los ojos, miraran hacia el suelo. Busca una postura que represente dignidad y autosuficiencia mientras permaneces relajado, no rígido. Así, tomate un instante para encontrar ese lugar propio, ese sentimiento de relajación y alerta (los facilitadores, aquí, podrían prestar atención a las posturas haciendo las correcciones y sugerencias necesarias).

Puedes permanecer con los ojos abiertos o cerrados, como te resulte más cómodo. A lo largo del curso, podrías probar a mantener los ojos abiertos y permitirles que se cierren para estos ejercicios. A veces, es más conveniente empezar ya con los ojos cerrados para centrar mejor la atención en la propia experiencia de lo que está ocurriendo en tu mente y cuerpo. Pero, por favor, haz lo que te resulte más cómodo. Si mantienes los ojos abiertos, déjalos que enfoquen hacia un punto, a unos centímetros delante de ti, sobre el suelo o en la pared, enfocándolo sin esfuerzo; dejando, simplemente, que tus ojos descansen allí, sin mirar realmente ninguna cosa. Ahora, deja que tu vientre se afloje de manera que la respiración pueda fluir libremente dentro y fuera; aflojando los músculos de la cara, la mandíbula, hombros y cuello.

Deja de lado, lo mejor que puedas, cualquier pensamiento o idea que te pueda venir. Simplemente, déjalo que pase y se desvanezca y abandona cualquier pensamiento o preocupación sobre lo que pueda venir luego. Mira si te puedes permitir, durante los próximos instantes, estar aquí, simplemente. Llevar la conciencia a las sensaciones físicas puede ser una manera útil de situarse en el presente; porque. Independientemente de por donde pueda vagar la mente, el cuerpo está siempre en el presente. Entonces, ahora, simplemente siente el peso de tu cuerpo sobre la silla o el cojín.

Percibe los puntos de contacto de tu cuerpo con el suelo o con tu silla o cojín. Trata de sentir incluso la leve presión de la ropa sobre tu piel o, tal vez, el aire en contacto con tus manos o cara.

Ahora, reúne toda tu atención para llevarla a la próxima respiración. Podrías sentir la en tu abdomen a medida que sube y baja al inhalar y exhalar. Para ayudarte a centrar tu atención, puedes colocar la mano sobre el abdomen y sentir como sube y baja. O podrías centrarte en la zona justo por debajo de las fosas nasales para sentir como el aire entra y sale de tu cuerpo.

Elige la zona donde puedes sentir las sensaciones con más fuerza y donde mejor puedes mantener tu atención, notando las sensaciones de la respiración. Sigue

con tu conciencia las sensaciones físicas y cómo cambian con cada inspiración y espiración. Fíjate si puedes percibir las pequeñas pausas entre la inspiración y la espiración y, luego, otra vez, el pequeño intervalo antes de la siguiente inspiración.

No estamos intentando respirar profundamente ni cambiar la pauta respiratoria de ninguna manera – simplemente, deja que tu cuerpo respiration del modo que lo hace de forma natural. Tu cuerpo no tiene que sentirse de ninguna forma determinada. Simplemente, estamos observando nuestro cuerpo mientras respira, dejando que tu experiencia sea tal como es, sin juzgarla ni tener que cambiarla.

ANEXO 19:

Link de video “LA MOSCA, MENSAJE ZEN “:

<https://www.youtube.com/watch?v=lnU-TcaAg5c>

ANEXO 20: ZONA SOBRIA PARA RESPIRAR

Hemos estado practicando muchas meditaciones largas tanto aquí como en casa. Ahora, vamos a empezar a poner todo esto en práctica en nuestra vida de tal modo que nos pueda ayudar a enfrentarnos a los desafíos, a las situaciones de estrés, desencadenantes, etc. de cada día. De este modo, este es un ejercicio que se puede hacer prácticamente en cualquier sitio y en cualquier momento porque es muy breve y bastante sencillo. Es un ejercicio especialmente útil para cuando nos encontramos en una situación de estrés. Como planteábamos la semana pasada, a menudo, nos ponemos en marcha por cosas que ocurren en nosotros mismos o en nuestro entorno y tendemos a activar el piloto automático, lo que puede dar como resultado que nos comportemos de alguna manera que no vaya en nuestro propio interés. Esta técnica puede ser usada para que nos ayude a salir del modo automático y a hacernos más conscientes y responsables de nuestras acciones.

1. El primer paso es hacer un stop o reducir la marcha justo en el punto en el que te encuentras y que tomes la decisión de salir del modo “piloto automático” llevando la conciencia a ese momento.
2. Luego, simplemente, observa lo que está ocurriendo, en ese instante, en tu cuerpo, en tus emociones y pensamientos.
3. Concentra tu atención, simplemente, en las sensaciones de respirar.
4. Incrementa tu conciencia, expandiéndola hasta incluir la sensación de todo tu cuerpo y de la situación en la que te encuentras.
5. Ahora, aplica tu conciencia para responder con total plenitud. Volveremos a hablar un poco más de este último paso la próxima vez.

Intentémoslo ahora. Puedes cerrar los ojos o permanecer con ellos abiertos.

1. El primer paso es detenerse, salir del modo automático.
2. El siguiente paso es observar lo que está teniendo lugar en tu mente y en tu cuerpo, justamente ahora. ¿Qué estás experimentando en este instante? ¿de qué sensaciones te estás dando cuenta? ¿notaste alguna incomodidad o tensión en tu cuerpo? ¿qué pensamientos están teniendo lugar? ¿de qué emociones te puedes dar cuenta y en qué lugar de tu cuerpo se experimentan? Simplemente, reconoce todo eso como tu experiencia, justo ahora.
3. Entonces, tienes una sensación de lo que está ocurriendo ahora, en este instante. Ahora, concentrando tu atención, cántrate en la respiración, en como sube y baja tu abdomen, momento a momento, respiración tras respiración, lo mejor que te sea posible.
4. Y el siguiente paso es dejar que se expanda tu conciencia hasta incluir el sentido de todo tu cuerpo; manteniendo todo tu cuerpo en esa conciencia más suave y espaciosa.
5. Para sentir que ese es un lugar desde el que puedes ser capaz de responder a cualquier situación con una mayor conciencia. Abrir los ojos.

Cuestionario de preocupación de Pensilvania

Indicaciones: A continuación encontrará una lista de 16 enunciados relacionados con formas de sentir que tiene la gente. Lea detenidamente cada uno de ellos y, **aplicándolo a usted**, conteste marcando el cuadro del número que mejor se ajuste a su forma de sentir en los **últimos 6 meses**. Tenga en cuenta que existe un rango posible de respuesta que oscila entre **1 y 5**, es decir:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------|-------------|--------------------|------------|------------------|
| Nada típico | Poco típico | Más o menos típico | Muy típico | Demasiado típico |

No piense demasiado cada frase. Conteste lo que a primera vista crea que es lo que mejor le define.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Cuando no dispongo de tiempo suficiente para hacer todo lo que tengo que hacer, no me preocupo por ello | | | | | |
| 2. Me agobian mis preocupaciones | | | | | |
| 3. No suelo preocuparme por las cosas | | | | | |
| 4. Son muchas las circunstancias que hacen que me sienta preocupado/ | | | | | |
| 5. Sé que no debería estar tan preocupado/a por las cosas, pero no puedo hacer nada por evitarlo | | | | | |
| 6. Cuando estoy bajo estados de tensión tiendo a preocuparme muchísimo | | | | | |
| 7. Siempre estoy preocupado/a por algo | | | | | |
| 8. Me resulta fácil eliminar mis pensamientos de preocupación | | | | | |
| 19. Tan pronto como termino una tarea, enseguida empiezo a preocuparme sobre alguna otra cosa que debo hacer | | | | | |
| 10. Nunca suelo estar preocupado/a | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 11. Cuando no puedo hacer nada más sobre algún asunto, no vuelvo a preocuparme más de él | | | | | |
| 12. Toda mi vida he sido una persona muy preocupada | | | | | |
| 13. Soy consciente de que me he preocupado excesivamente por las cosas | | | | | |
| 14. Una vez que comienzan mis preocupaciones no puedo | | | | | |
| 15. Estoy preocupado/a constantemente | | | | | |
| 16. Cuando tengo algún proyecto no dejo de preocuparme hasta haberlo efectuado | | | | | |

VALIDACION DE INSTRUMENTO POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del experto:
- 2.1. Cargo e Institución donde labora:
- 3.1. Especialidad del experto:
- 4.1. Tiempo de experiencia laboral:
- 5.1. Nombre del instrumento motivo de Evaluación:
- 6.1. Variable medida:
- 7.1. Autor del instrumento:

| INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente 0-20% | Regular 21-40% | Bueno 41-60% | Muy Bueno 61-80% | Excelente 81-100% |
|--------------------|---|------------------|----------------|--------------|------------------|-------------------|
| 1. CLARIDAD | Está formulada con lenguaje apropiado | | | | | |
| 2. OBJETIVIDAD | Está expresado en conductas observables | | | | | |
| 3. ACTUALIDAD | Adecuado al alcance de Ciencia y tecnología | | | | | |
| 4. ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica | | | | | |
| 5. SUFICIENCIA | Comprende los aspectos de cantidad y calidad | | | | | |
| 6. INTENCIONALIDAD | Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidad cognoscitivas. | | | | | |
| 7. CONSISTENCIA | Basado en aspectos teóricos científicos de la tecnología educativa | | | | | |
| 8. COHERENCIA | Entre los índices, indicadores y las dimensiones | | | | | |
| 9. METODOLOGÍA | La estrategia responde al propósito del diagnóstico. | | | | | |

II. OPINION DE APLICABILIDAD:

.....

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

Arequipa,..... De.....2017

NOMBRE Y FIRMA

FICHA DE OBSERVACIÓN

1. OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS INICIALES ANTES DE REALIZAR EL RAPORT
 2. OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS DURANTE LA ENTREVISTA INICIAL
 3. OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS DE AMBOS GRUPOS DURANTE LA APLICACIÓN DEL PRE Y POST TEST.
 4. OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS DURANTE TODO EL PROCESO DE APLICACIÓN DEL PROGRAMA.

PAUTAS DE ENTREVISTA

NOMBRE: _____

EDAD: _____

N° DE CELULAR: _____

ENTREVISTADOR: _____

FECHA: _____

1ERA PARTE

1. ¿En qué año de estudio te encuentras actualmente?

2. ¿Cómo te sientes con la carrera que estudias?

3. ¿alguna vez has acudido a terapia psicología?

4. ¿Cómo describes tu estado de ánimo?

5. ¿cómo sueles enfrentar unas situaciones preocupantes?

2DA PARTE

6. ¿Qué conoces sobre Mindfulness?
 7. ¿Te gustaría formar parte de este programa? ¿Por qué?
 8. ¿Hay un día en la semana en el que tengas tiempo libre? ¿Qué día?
¿Hora?
 9. ¿Tienes alguna duda o pregunta acerca de la información brindada?

Caso 1

Bachiller:

Gabriela

Elguera

Ranilla

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

I. DATOS DE FILIACIÓN

| | |
|-------------------------------|---|
| Nombres y Apellidos | : N. A. H. Y. |
| Edad | : 14 años, 1 meses, 14 días |
| Sexo | : Femenino |
| Fecha de Nacimiento | : 17/06/2003 |
| Lugar de Procedencia | : Castilla-Chachas |
| Grado de Instrucción | : 3ero de secundaria |
| Estado Civil | : soltera |
| Ocupación | : estudiante |
| Religión | : católica |
| Informantes | : la paciente y su hermana |
| Fecha de evaluación | : 15 y 22 de Julio, 5 y 19 de Agosto, 2 y 9 de setiembre del 2017 |
| Lugar de la evaluación | : C.S. Generalísimo San Martín |
| Examinadora | : Gabriela Elguera Ranilla |

II. MOTIVO DE CONSULTA

La adolescente refiere que se encuentra triste la mayor parte del tiempo, que muchas veces llora y otras solo se molesta, que se siente así desde que vino a vivir y a estudiar a un internado de Arequipa, pensando que sería un lugar bonito se encontró con un lugar desagradable en donde recibe malos tratos, no tiene amigos y se encuentra lejos de sus padres, piensa mucho como era la vida en su pueblo y que por las noches no puede dormir como antes, que ha bajado de peso por que la comida es fea en el lugar donde se encuentra. Indica también que se siente desmotivada para estudiar y esforzarse como antes por lo que ha bajado sus calificaciones, así como también que ya no se siente feliz con su vida.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL

En Marzo del 2017 Nidia se muda al internado “Nazaret” por decisión de sus padres ya que consideraron que recibiría una mejor educación; indica la paciente que es allí donde se presentaron los primeros síntomas de tristeza, se sintió insatisfecha y decepcionada por el trato y por las condiciones de vida que vive en esta institución, indica que la comida es fea, que no las dejan tener actividades de recreación, que las monjas encargadas son autoritarias, hostiles y en ocasiones abusivas. Llora con frecuencia porque extraña a sus padres y a sus amigos en su lugar de nacimiento; paralelamente empieza a tener

algunos problemas académicos disminuyendo sus calificaciones ya que siente una desmotivación y desgano por realizar sus actividades diarias, tiene algunos conflictos con algunas de sus compañeras ya que se siente extraña en el colegio y porque algunas de ellas se muestran hostiles con ella; Así mismo indica que por las noches no puede dormir manteniéndose largas horas de la noche despierta, ya que piensa mucho en como estaría si no hubiera venido al internado.

Ante esta situación que enfrenta Nidia, sus padres deciden que ella tendrá que culminar el año académico en el internado y en el colegio al que asiste.

Su hermana acude a visitarla una vez por semana observándola triste, desmotivada y desanimada, preocupada por la salud de Nidia ya que observa una pérdida de peso y un rendimiento académico de regular a bajo la lleva al centro de salud.

Síntomas principales: sentimientos de tristeza, sentimientos de ineficiencia, insatisfacción personal, llanto frecuente, problemas de conducta, desmotivación académica y social. Síntomas que se presentan a raíz de que la paciente experimenta un cambio de vivienda y una separación de su familia llegando a un lugar que percibe como hostil.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

- Etapa pre natal**

La concepción y embarazo de Nidia fue planificado y deseado por ambos padres de 49 años; casados.

- Embarazo o Gestación**

Durante la gestación no presentó problemas significantes, manifestando náuseas, vómitos, su embarazo duro nueve meses, contó con el apoyo de su esposo durante todo el proceso de su embarazo.

- Etapa Natal**

Para el parto la madre fue hospitalizada ya que presentó placenta previa, lo cual la llevó a dar a luz por cesárea sin complicaciones de mayor riesgo, el estado de la niña fue saludable con un peso de 3.100 kg; el padre estuvo presente en el momento del nacimiento de la menor.

- **Etapa post natal**

Después del nacimiento su desarrollo fue normal, se alimentó de leche materna hasta los 18 meses, a partir de los 6 meses se alimentaba con papilla, no presentó dificultades para conciliar el sueño, era tranquila, no lloraba cuando se le dejaba acostaba; caracterizándose por estar tranquila la mayor parte del tiempo; atravesó esta etapa junto con sus padres y hermana quienes le brindaban tiempo, cariño y cuidados.

- **Desarrollo Psicomotor**

La paciente irguió la cabeza a los 3 meses de edad, se sentó posteriormente a los 5 meses con ayuda y a los 6 sin ella practicando el gateo paralelamente; al primer año dio sus primeros pasos con la ayuda de sus padres, después sin ella desarrollo un andar fluido. Así mismo era una niña que gustaba de compartir, capaz de entender y hacerse entender mediante la emisión de mensajes cortos con las personas de su alrededor; posteriormente su repertorio de palabras fue aumentando.

Con respecto al control de esfínteres lo hizo a los 2 años y 3 meses aproximadamente con la ayuda de la madre que le enseño mediante el ejemplo, lo que se encuentra dentro del promedio de edad en el que se suele lograr el control de esfínteres.

- **Síntomas Neuropáticos**

No tuvo pesadillas frecuentes, ni sonambulismo, ni pavores nocturnos. Así como tampoco temores excesivos ni experiencias traumáticas. Mostraba temor a los lugares oscuros y a quedarse sola hasta los 5 primeros años, luego este temor fue olvidado.

- **Etapa Pre – Escolar y Escolar**

La etapa escolar la inició a los 4 años de edad en el jardín; desarrollándose de forma adecuada con sus compañeros y cuidadora, así mismo en su posterior educación primaria, la calidez de su pueblo hacia que los padres confiaran en la seguridad dentro de su Institución Educativa, Nidia se desenvolvía con total fluidez en la adquisición de contenidos y en el proceso de aprendizaje, ya que contaba con el apoyo de sus padres y amigos. Al ingresar al nivel secundario se mostraba un tanto tímida e introvertida, en ocasiones teniendo algunas dificultades al hablar en público o en crear nuevos vínculos amicales; estudio

todo su nivel primaria en una misma institución y el nivel secundario de la misma manera ya que por ser su pueblo pequeño solo contaban con un centro educativo para todos los pobladores. Por este motivo sus padres consideran la opción de que Nidia se mude a la Ciudad de Arequipa junto con su hermana quien ya vivía y estudiaba aquí; considerando que su hija recibirá una educación mejor deciden que el tercer año de secundaria lo cursara en el internado “Nazaret” de Arequipa; dentro de este internado se encuentra el C.E. “Nuestra Señora de Lourdes”, en el cual Nidia cursaría su tercer año; en este internado y centro educativo que es donde actualmente se encuentra, decae en su rendimiento académico y además empieza a tener algunos conflictos con sus compañeras por su insatisfacción y reciente ingreso en esta institución que se encuentra lejos de sus padres.

- **Desarrollo y función sexual**

La relación de confianza entre la paciente y su madre permitió que fuera ella quien la orientara con respecto a la sexualidad, pero esta orientación se vio limitada por algunos prejuicios y creencias que existen en algunos pueblos pequeños, Nidia creció con ellos es por eso que se muestra un tanto desinteresada hacia la curiosidad sexual propia de su edad. Indica que ha sentido atracción por algunos chicos pero que aún no ha tenido ninguna relación amorosa ni coital. Muestra vergüenza al hablar de temas sexuales.

- **Historia de la Recreación y de la Vida**

Nidia es una adolescente un tanto tímida e introvertida, le gusta tener amigos y amigas pero no posee muy buenas habilidades sociales; es una joven segura de sí misma y valora mucho el amor de su familia.

Ella disfruta de las actividades al aire libre y gusta mucho de tener mascotas y de estar junto a sus animalitos a los que criaba cuando vivía en su pueblo.

- **Desarrollo Cognoscitivo y Motor**

No presenta problemas de aprendizaje en su desarrollo, posee una buena lectura y escritura; así mismo su motricidad fina y gruesa se desarrollaron de forma normal.

- **Hábitos e influencias nocivas o toxicas**

No presenta ningún hábito ni influencias toxicas en su desarrollo.

V. ANTECEDENTES MÓRBIDOS

- **Antecedentes mórbidos personales**

La paciente no presenta antecedentes de a ver sufrido antes alguna afección psicológica; tampoco asistió con anterioridad a un psicólogo o psiquiatra.

- **Enfermedades y accidentes**

En el proceso de su desarrollo no sufrió de ningún accidente que le haya ocasionado ir al hospital, así como tampoco sufrió de alguna enfermedad física grave.

- **Personalidad Pre mórbida**

Se mostraba generalmente pasiva, receptiva, con rasgos de introversión pero sin tener problemas al relacionarse con los de su alrededor, abriendose a las amistades. Se mostraba alegre y entusiasta con las actividades cotidianas familiares y académicas. Así mismo se sentía segura de sí misma y de sus capacidades. Poseía buenas relaciones con los miembros de su familia. Luego al mudarse al internado fue cuando empezó a tener sentimientos y pensamientos negativos de insatisfacción, decepción y desilusión primero con respecto a esta institución y luego con respecto a su vida en general.

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES

- **Composición familiar**

Está compuesta por ambos padres quienes viven en Chachas-Castilla; se dedican a la ganadería y agricultura, con ellos Nidia posee una relación de respeto y confianza en especial con su madre; su hermana mayor de 25 años quien cursa sus estudios superiores en Arequipa con quien tiene una muy buena relación de cariño, admiración y confianza; y Nidia.

- **Dinámica familiar**

La convivencia en la familia antes de que la paciente venga a Arequipa fue armoniosa; existiendo demostraciones afectivas entre todos los miembros. A partir de que Nidia se muda al internado empiezan a surgir algunos problemas de comunicación entre la familia; situación que intentan solucionar brindándole el

apoyo necesario a Nidia para que pueda superar el problema que atraviesa.

Actualmente vive en el internado Nazaret en donde es educada, alimentada y orientada por las monjas encargadas de esta institución; recibe la visita de su hermana mayor una vez a la semana. Nidia indica vivir en un ambiente hostil ya que las monjas son muy autoritarias y controladoras; así mismo no gusta en absoluto de la comida que les brindan, si como también no les dejan hacer ningún tipo de actividades de recreación y esparcimiento

- **Condición socioeconómica**

Su condición es de bajos recursos económicos ya que su principal fuente de trabajo la ganadería y la agricultura, siendo este comercio limitado dentro del pueblo en el que residen. Cuentan con los servicios básicos de agua y luz pero sus recursos son limitados. Es por este motivo y por la idea de mejorar la calidad de educación que recibe Nidia sus padres deciden que estudie en el internado al que ingreso en esta ciudad. Sumado a esto los gastos realizados en la universidad de su hermana mayor.

- **Antecedentes familiares patológicos**

No presenta antecedentes de familiares con algún problema patológico.

VII. RESUMEN

Nidia es una adolescente de 14 años natural de Chachas- Castilla, su nacimiento fue planificado y deseado por ambos padres de 49 años, tiene una hermana mayor de 25 años. Su desarrollo fue normal en los primeros años de vida.

Su educación inicial, primaria y parte de la secundaria (primer y segundo grado) las realizo en las instituciones educativas de su pueblo junto a sus padres y hermana desenvolviéndose de una forma optima en el ámbito académico y social; la hermana mayor de la paciente al terminar la secundaria se muda para la ciudad de Arequipa a estudiar una carrera profesional; por tal motivo a inicios de este año sus padres deciden que Nidia también se mude aquí para que reciba una mejor educación; pero considerando sus bajos recursos académicos deciden que ella viviría en el internado “Nazaret” ubicado en el distrito de Mariano Melgar, donde Nidia empieza a sentirse insatisfecha con el ambiente ya que indica es hostil, por el trato que les brindan las

autoridades encargadas, no le agrada la comida y porque no les permiten tener actividades de esparcimiento y recreación; por tal motivo desde el mes de Marzo empieza a sentir estos estados de ánimo de tristeza, desmotivación, melancolía y vulnerabilidad; lo cual se ve reflejado en su rendimiento académico el cual ha disminuido considerablemente. Su hermana al observarla triste ya casi todo el tiempo y notando su disminución en su peso decide llevarla al Centro de Salud.

Arequipa 15 de Octubre del 2017

Gabriela Elizabeth Elguera Ranilla

Bachiller de psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACION

| | |
|-------------------------------|---|
| Nombres y Apellidos | : N. A. H. Y. |
| Edad | : 14 años, 1 meses, 14 días |
| Sexo | : Femenino |
| Fecha de Nacimiento | : 17/06/2003 |
| Lugar de Procedencia | : Castilla-Chachas |
| Grado de Instrucción | : 3ero de secundaria |
| Estado Civil | : soltera |
| Ocupación | : estudiante |
| Religión | : católica |
| Informantes | : la paciente y su hermana |
| Fecha de evaluación | : 15 y 22 de Julio, 5 y 19 de Agosto, 2 y 9 de setiembre del 2017 |
| Lugar de la evaluación | : C.S. Generalísimo San Martín |
| Examinadora | : Gabriela Elguera Ranilla |

II. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

Nidia aparenta la edad que tiene, es de contextura delgada, tez morena, cabello negro y talla media; denota un adecuado aseo y cuidado personal. Su expresión facial refleja tristeza, angustia y temor; haciéndolo notar a través del llanto, ella se muestra tímida, conservadora y hasta un tanto desconfiada, con la mirada esquiva y el tono de voz bajo, su postura es un tanto encorvada. Su actitud hacia la examinadora fue cambiando conforme paso el tiempo mostrando poco a poco más confianza y entusiasmo en cuanto al intercambio de mensajes y las actividades a realizar.

III. CONCIENCIA O ESTADO DE ALERTA

Se encuentra lucida y en estado de alerta atendiendo y respondiendo correctamente a las preguntas realizadas. Así mismo presenta conciencia de su problema indicando su malestar y tristeza y desmotivación y aceptando que tiene que hacer algo al respecto para poder superarlo.

IV. ATENCION

Presta atención a las consignas y a los mensajes transmitidos, su atención está dirigida hacia los mensajes transmitidos en la entrevista

de una forma sostenida y coherente sin distraerse con estímulos del exterior.

V. ORIENTACION

Se encuentra orientada en persona, espacio y tiempo, ya que refiere datos concernientes respecto a sus antecedentes personales y familiares. Así mismo discrimina las nociones de arriba, abajo y el lugar donde se encuentra, además de ubicarse correctamente en el día, mes y año.

VI. LENGUAJE

Presenta un lenguaje fluido pero ligeramente incomprensible por el tono de voz usado ya que en ocasiones es muy bajo, respondiendo generalmente las preguntas con frases y palabras cortas; este es coherente con su lenguaje no verbal ya que también presenta escasa actividad motora. Por otro lado no posee dificultades en la comprensión, lectura y escritura del lenguaje escrito ya que escribe y lee con facilidad cualquier texto.

VII. PENSAMIENTO

Presenta pensamientos con un contenido negativista con respecto a la situación que atraviesa haciendo énfasis en su inconformidad vivencial. No se observó bloqueos, ni fuga de ideas.

VIII. PERCEPCION

Nidia no experimenta ninguna percepción distorsionada consigo misma o con su ambiente. Se percibe de una manera coherente con su realidad.

IX. MEMORIA

La memoria remota y reciente de la paciente esta conservada, ya que refiere datos concernientes a sus antecedentes personales y familiares, hechos cronológicos referidos a sus vivencias en su pueblo junto a su familia y sus mascotas, así mismo presenta una adecuada retención de los recuerdos en el momento actual, acontecimientos recientes en su vida como algunos conflictos en su institución en la que vive y estudia. No presenta ninguna alteración con respecto a la conservación de la memoria.

X. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Posee una capacidad intelectual normal ya que responde a preguntas de cultura general sin ninguna dificultad, recuerda secuencias de dígitos de igual manera y resuelve problemas de razonamiento verbal de una manera óptima; se encuentra cursando el tercer grado de secundaria lo cual es coherente con su edad cronológica. Así mismo manifiesta un adecuado nivel de abstracción y raciocinio lógico, frente analogías y análisis de problemas lógicos y de razonamiento.

XI. ESTADO DE ANIMO Y AFECTOS

Nidia refiere sentirse triste, melancólica y desmotivada; se siente preocupada por la situación que está viviendo ya que no está cómoda ni satisfecha con el lugar ni las personas donde actualmente se encuentra viviendo y estudiando y que ha perdido el entusiasmo que antes tenía; su rostro y actitud refleja un estado de ánimo depresivo expresando llanto y agachando la cabeza por momentos. Así mismo indica que ha notado cambios en su apetito ya que este ha disminuido así como también se ha alterado su ciclo del sueño queriendo dormir por el día y sufriendo de insomnio por la noche.

XII. COMPRENSION Y GRADO DE INCAPACIDAD DE LA ENFERMEDAD

Reconoce que se encuentra triste y que necesita ayuda para poder soportar todo el año la situación que atraviesa en un internado donde no puede hacer lo que le gusta y en donde las personas que dirigen son autoritarias y en ocasiones crueles. También se encuentra dispuesta a poner de su parte para poder mejorar en su rendimiento académico el cual ha decaído un poco y también para poder desenvolverse con más facilidad delante de los demás.

XIII. RESUMEN

Nidia aparenta la edad que tiene, se encuentra lucida y en estado de alerta atendiendo y respondiendo correctamente a las preguntas realizadas; se encuentra orientada en persona, espacio y tiempo. Su lenguaje es fluido pero ligeramente incomprendible por el tono de voz usado ya que en ocasiones es muy bajo, así mismo se observa un lenguaje lento asociado a su estado de ánimo de tristeza. Presenta pensamientos con un contenido negativista con respecto a la situación que atraviesa haciendo énfasis en su inconformidad vivencial. Posee una capacidad intelectual normal.

Nidia refiere sentirse triste, melancólica y desmotivada; preocupada por la situación que está viviendo ya que no está cómoda ni satisfecha con el lugar ni las personas donde actualmente se encuentra viviendo, estudiando y que ha perdido el entusiasmo que antes tenía; así mismo indica que ha notado cambios en su apetito ya que este ha disminuido así como también se ha alterado su ciclo del sueño queriendo dormir por el día y sufriendo de insomnio por la noche.

Reconoce que se encuentra triste y que necesita ayuda para poder soportar todo el año la situación que atraviesa. También se encuentra dispuesta a poner de su parte para poder mejorar en su rendimiento académico el cual ha decaído un poco y también para poder desenvolverse con más facilidad delante de los demás.

Arequipa 17 de Octubre del 2017

Gabriela Elizabeth Elguera Ranilla

Bachiller de psicología

INFORME PSICOMETRICO

I. DATOS PERSONALES

| | |
|-------------------------------|---|
| Nombres y Apellidos | : N. A. H. Y. |
| Edad | : 14 años, 1 meses, 14 días |
| Sexo | : Femenino |
| Fecha de Nacimiento | : 17/06/2003 |
| Lugar de Procedencia | : Castilla-Chachas |
| Grado de Instrucción | : 3ero de secundaria |
| Estado Civil | : soltera |
| Ocupación | : estudiante |
| Religión | : católica |
| Informantes | : la paciente y su hermana |
| Fecha de evaluación | : 15 y 22 de Julio, 5 y 19 de Agosto, 2 y 9 de setiembre del 2017 |
| Lugar de la evaluación | : C.S. Generalísimo San Martín |
| Examinadora | : Gabriela Elguera Ranilla |

II. OBSERVACIONES GENERALES

Nidia, aparenta la edad que tiene, muestra cierto alineo personal, de contextura delgada, cabello negro y tez morena, que al comienzo de la evaluación se mostró tensa, cohibida y algo temerosa; pero conforme paso el tiempo empezó a mostrar una actitud más colaboradora, entusiasta, optimista y de confianza.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- **Pruebas psicológicas:**

- Test de inteligencia No Verbal TONI 2 Forma A.
- Test de la Figura Humana de Karen Machover
- Cuestionario de Personalidad para Adolescentes MAPI
- Escala de Depresión Zung
- Test de la familia de LUIS CORMAN
- TEST FF-SIL DE Funcionalidad Familiar

IV. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

➤ TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL TONI 2 FORMA

A.

- **Interpretación Cuantitativa:**

| Puntaje directo (PD) | Cociente (Q) |
|----------------------|--------------|
| 19 | 105 |

- **Interpretación Cualitativa:**

El puntaje obtenido la ubica en un nivel de inteligencia igual al **promedio**, lo que indica que la adolescente tiene buena capacidad para adaptarse y aplicar el razonamiento a nuevos problemas.

➤ TEST DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER

Se observa rasgos de introversión y timidez; posee una fuerte tendencia a la participación social, pero por inseguridad denota evasión en cuanto al carácter de las relaciones interpersonales y por lo mismo dificultades de contacto y de relación; así mismo posee una inmadurez emocional e infantilidad con tendencia a la fantasía e identificación constante con la figura materna.

Por otro lado es probable que posea una agresión reprimida como defensa contra lo reprimido y/o contra un medio ambiente amenazador lo cual está relacionado con arranques ocasionales de agresión; así mismo atraviesa en ocasiones estados de ansiedad relacionados con la sexualidad y con la percepción de debilidad ya como una realidad física o como una reacción psíquica.

➤ INVENTARIO DE PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES DE MILLON (MAPI)

- **Interpretación cuantitativa:**

| GRUPOS | ESCALAS | P D | P T | SIGNIFICA DO |
|--------|--------------|--------|--------|-----------------|
| | Incoherencia | 10 | 75 | No es fiable |

| | | | | |
|---------------------------------|----------------------------|----|----|-----------------------|
| ESTILOS BASICOS DE PERSONALIDAD | Introvertido | 5 | 34 | No es significativo |
| | Inhibido | 8 | 38 | No es significativo |
| | Cooperativo | 22 | 55 | Presencia leve |
| | Sociable | 20 | 60 | Presencia leve |
| | Seguro | 25 | 55 | Presencia leve |
| | Violento | 17 | 56 | Presencia leve |
| | Respetuoso | 19 | 51 | Presencia leve |
| | Sensible | 17 | 46 | Presencia leve |
| SENTIMIENTOS Y ACTITUDES | Deterioro del autoconcepto | 8 | 36 | No es significativo |
| | Deterioro del autoestima | 7 | 39 | No es significativo |
| | Malestar corporal | 7 | 40 | No es significativo |
| | Inaceptación sexual | 9 | 42 | Presencia leve |

| | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|----|----|-----------------------|
| | Sentimiento de ser diferente | 5 | 40 | Presencia leve |
| | Intolerancia social | 7 | 33 | No es significativo |
| | Clima familiar inadecuado | 4 | 45 | No significativo |
| | Desconfianza escolar | 8 | 47 | No significativo |
| ESCALAS COMPORTAMENTALES | Inadecuado control del impulso | 16 | 56 | Presencia leve |
| | Disconformidad social | 12 | 49 | Presencia leve |
| | Inadecuado rendimiento | 6 | 37 | No es significativo |
| | Desinterés por la escuela | 12 | 48 | No es significativo |
| | Fiabilidad | 0 | - | Fiabilidad aceptable |
| | Validez | 0 | - | Fiabilidad aceptable |

- **Interpretación Cualitativa:**

Según el test evaluado la paciente presenta puntuación levemente altas en las escalas cooperativo, sociable, violento, respetuoso, sensible, inaceptación sexual, inadecuado control de impulsos; por lo que se infieren los siguientes rasgos de personalidad. Es una persona que confía en sus capacidades y habilidades para desarrollar sus actividades cotidianas, tiene una cierta dependencia hacia

los contactos sociales, necesita de alguna manera sentirse aceptada en los diferentes grupos en los que se encuentra encontrando en ello excitación y nuevas experiencias interesantes. Posee un pensamiento rígido, serio y eficiente, bajo una voluntad firme; conoce y respeta las normas intentando mantener bajo control las emociones y las antipatías hacia los demás; pero este excesivo control genera en ocasiones sentimientos de esclavitud e ira lo que la lleva a mostrarse en ocasiones exigente e incontrolable, autoritaria y hostil generalmente en situaciones altamente comprometidas ya que gusta de manejar a los demás.

En el aspecto emocional es un tanto sensible, sus sentimientos y humor suelen ser flexibles y cambiables, mostrando una conducta aparentemente dócil, conducta interpersonal complaciente, expresión afectiva tierna y percepción de sí misma como débil. Así mismo experimenta también sentimientos de vergüenza y actitudes inmaduras con respecto a la sexualidad.

➤ CUESTIONARIO DE HABILIDADES SOCIALES PARA ADOLESCENTES

- Interpretación cuantitativa:

| CATEGORIAS | | Muy bajo | Bajo | Prom. bajo | Prom. | Prom. alto | Alto | Muy alto |
|--------------------|---------|----------|------|------------|-------|------------|------|----------|
| Áreas | Puntaje | | | | | | | |
| Asertividad | 41 | | | | x | | | |
| Comunicación | 23 | | x | | | | | |
| Autoestima | 42 | | | | x | | | |
| Toma de decisiones | 28 | | | x | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------------|-----|--|--|---|--|--|--|--|
| Puntaje total | 134 | | | x | | | | |
|---------------|-----|--|--|---|--|--|--|--|

Interpretación cualitativa:

La paciente presenta puntajes promedios en las áreas de asertividad y autoestima; lo que quiere decir que posee conductas y pensamientos que le permiten defender sus derechos sin agredir ni ser agredida, así mismo se infiere que la valoración de sí misma es óptima en todos sus aspectos. Por otro lado posee una puntuación baja en el área de comunicación, lo que denota algunas dificultades en la transición de los mensajes con las personas que la rodean, teniendo en cuenta el tono de voz, y el contacto visual. Así como también dificultades en la toma de decisiones. Su puntaje total denota que sus habilidades sociales se encuentran en un promedio bajo.

➤ TEST DE LA FAMILIA DE LUIS CORMAN

Se infiere un buen clima familiar, y una buena comunicación entre los miembros de la familia; existiendo un vínculo fuerte entre Nidia y su padre probablemente de admiración y de respeto; así como también una ligera desvalorización de la madre.

Así mismo se observa la posible presencia de algunas tensiones emocionales entre Nidia y su hermana relacionados a conflictos de rivalidad; así como también con los padres.

Nidia posee rasgos de infantilismo e inmadurez, generalmente prefiere enfrentar los problemas huyendo de ellos hacia un mundo de ideas de fantasía buscando satisfacción en ella.

➤ TEST FF-SIL DE FUNCIONALIDAD FAMILAR

Su puntuación de 51 indica que existe armonía entre los miembros de la familia, así como también relaciones interpersonales afectuosas y de respeto. Así mismo se encuentra presente un sentimiento de temor hacia conversar y comunicar sus deseos e intereses. Por lo que se presume que existen algunos problemas de comunicación dentro de la familia.

➤ **ESCALAS DE DEPRESION DE ZUNG**

- **Interpretación cuantitativa:**

| Puntaje directo (PD) | Interpretación |
|----------------------|-------------------------|
| 60 | MODERADAMENTE DEPRIMIDA |

- **Interpretación cualitativa:**

Según esta prueba de tamizaje, la paciente se encuentra atravesando un episodio depresivo moderado, con la presencia de llanto, alteración del sueño y apetito; así como también pensamientos negativos.

V. RESUMEN

Nidia posee una inteligencia igual al promedio, lo que indica que tiene buena capacidad para adaptarse y aplicar el razonamiento a nuevos problemas.

Se observa rasgos de introversión y timidez; posee una fuerte tendencia a la participación social, pero por inseguridad denota evasión en cuanto al carácter de las relaciones interpersonales y por lo mismo dificultades de contacto y de relación; así mismo posee una inmadurez emocional e infantilidad.

Así mismo es probable que posea una agresión reprimida como defensa contra lo reprimido y/o contra un medio ambiente amenazador lo cual está relacionado con arranques ocasionales de agresión. Es una persona que confía en sus capacidades y habilidades para desarrollar sus actividades cotidianas. Posee un pensamiento rígido, serio y eficiente, bajo una voluntad firme; conoce y respeta las normas intentando mantener bajo control las emociones y las antipatías hacia los demás, este excesivo control la lleva en ocasiones a experimentar ira mostrándose en ocasiones exigente e incontrolable, autoritaria y hostil.

En el aspecto emocional, sus sentimientos y humor suelen ser flexibles y cambiables, mostrando una conducta aparentemente dócil, conducta interpersonal complaciente, expresión afectiva tierna y percepción de sí misma como débil. Así mismo

experimenta también sentimientos de vergüenza y actitudes inmaduras con respecto a la sexualidad. Posee pocas habilidades sociales y dificultades en la comunicación fluida con las personas que la rodean, teniendo en cuenta el tono de voz, y el contacto visual.

Se infiere un buen clima familiar, y una buena comunicación entre los miembros de la familia; existiendo un vínculo fuerte entre Nidia y su padre probablemente de admiración y de respeto; así como también una ligera desvalorización de la madre.

La paciente se encuentra “moderadamente deprimida” con la presencia de llanto, alteración del sueño y apetito; así como también pensamientos negativos.

Arequipa 17 de Octubre del 2017

Gabriela Elizabeth Elguera Ranilla

Bachiller de psicología

INFORME PSICOLOGICO

I. DATOS DE FILIACION

| | |
|-------------------------------|---|
| Nombres y Apellidos | : N. A. H. Y. |
| Edad | : 14 años, 1 meses, 14 días |
| Sexo | : Femenino |
| Fecha de Nacimiento | : 17/06/2003 |
| Lugar de Procedencia | : Castilla-Chachas |
| Grado de Instrucción | : 3ero de secundaria |
| Estado Civil | : soltera |
| Ocupación | : estudiante |
| Religión | : católica |
| Informantes | : la paciente y su hermana |
| Fecha de evaluación | : 15 y 22 de Julio, 5 y 19 de Agosto, 2 y 9 de setiembre del 2017 |
| Lugar de la evaluación | : C.S. Generalísimo San Martín |
| Examinadora | : Gabriela Elguera Ranilla |

II. MOTIVO DE CONSULTA

La adolescente refiere que se encuentra triste la mayor parte del tiempo, que muchas veces llora y otras solo se molesta, que se siente así desde que vino a vivir y a estudiar a un internado de Arequipa, pensando que sería un lugar bonito se encontró con un lugar desagradable en donde recibe malos tratos, no tiene amigos y se encuentra lejos de sus padres, piensa mucho como era la vida en su pueblo y que por las noches no puede dormir como antes, que ha bajado de peso por que la comida es fea en el lugar donde se encuentra. Indica también que se siente desmotivada para estudiar y esforzarse como antes por lo que ha bajado sus calificaciones, así como también que ya no se siente feliz con su vida.

III. TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- **Observación**
- **Entrevista**
- **Pruebas psicológicas:**
 - Test de inteligencia No Verbal TONI 2 Forma A.
 - Test de la Figura Humana de Karen Machover
 - Cuestionario de Personalidad para Adolescentes MAPI
 - Cuestionario de Habilidades Sociales para Adolescentes
 - Escala de Depresión Zung

- Test de la familia de LUIS CORMAN
- Test FF-SIL de funcionalidad familiar

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Nidia es una adolescente de 14 años natural de Chachas- Castilla, su nacimiento fue planificado y deseado por ambos padres de 49 años, tiene una hermana mayor de 25 años. Su desarrollo fue normal en los primeros años de vida.

Su educación inicial, primaria y parte de la secundaria (primer y segundo grado) las realizó en las instituciones educativas de su pueblo junto a sus padres y hermana desenvolviéndose de una forma óptima en el ámbito académico y social; la hermana mayor de la paciente al terminar la secundaria se muda para la ciudad de Arequipa a estudiar una carrera profesional; por tal motivo a inicios de este año sus padres deciden que Nidia también se mude aquí para que reciba una mejor educación; pero considerando sus bajos recursos académicos deciden que ella viviría en el internado “Nazaret” ubicado en el distrito de Mariano Melgar, donde Nidia empieza a sentirse insatisfecha con el ambiente ya que indica es hostil, por el trato que les brindan las autoridades encargadas, no le agrada la comida y porque no les permiten tener actividades de esparcimiento y recreación; por tal motivo desde el mes de Marzo empieza a sentir estos estados de ánimo de tristeza, desmotivación, melancolía y vulnerabilidad; lo cual se ve reflejado en su rendimiento académico el cual ha disminuido considerablemente. Su hermana al observarla triste ya casi todo el tiempo y notando su disminución en su peso decide llevarla al Centro de Salud.

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

Nidia aparenta la edad que tiene, se encuentra lucida y en estado de alerta atendiendo y respondiendo correctamente a las preguntas realizadas; se encuentra orientada en persona, espacio y tiempo. Su lenguaje es fluido pero ligeramente incomprendible por el tono de voz usado ya que en ocasiones es muy bajo, así mismo se observa un lenguaje lento asociado a su estado de ánimo de tristeza. Presenta pensamientos con un contenido negativista con respecto a la situación que atraviesa haciendo énfasis en su inconformidad vivencial. Posee una capacidad intelectual normal.

Nidia refiere sentirse triste, melancólica y desmotivada; preocupada por la situación que está viviendo ya que no está cómoda ni satisfecha con el lugar ni las personas donde actualmente se encuentra viviendo, estudiando y que ha perdido el entusiasmo que antes tenía; así mismo indica que ha notado cambios en su apetito ya que este ha disminuido así como también se ha alterado su ciclo del sueño queriendo dormir por el día y sufriendo de insomnio por la noche.

Reconoce que se encuentra triste y que necesita ayuda para poder soportar todo el año la situación que atraviesa. También se encuentra dispuesta a poner de su parte para poder mejorar en su rendimiento académico el cual ha decaído un poco y también para poder desenvolverse con más facilidad delante de los demás.

VI. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Nidia es una adolescente de 14 años que se encuentra orientada en persona, tiempo y espacio. Posee una inteligencia igual al promedio, lo que indica que tiene una buena capacidad para adaptarse y aplicar el razonamiento a nuevos problemas, así como también le ha permitido desenvolverse de una manera óptima en el ámbito académico hasta antes de ingresar a la institución educativa en donde actualmente se encuentra.

Es una persona que confía en sus capacidades y habilidades para desarrollar sus actividades cotidianas, posee una fuerte tendencia a la participación social, pero por inseguridad evade el contacto social por lo que tiene dificultades de contacto y de relación; así mismo no presenta claridad en la transición de los mensajes con las personas que la rodean, como el tono de voz, las frases entre cortadas y el contacto visual.

Posee un pensamiento rígido, serio y eficiente, bajo una voluntad firme; conoce y respeta las normas, así como también conductas y pensamientos que le permiten defender sus derechos sin agredir ni ser agredida, intenta mantener bajo control las emociones y las antipatías hacia los demás; pero este excesivo control la lleva en ocasiones a experimentar sentimientos de esclavitud e ira lo que provoca que en ciertas ocasiones se muestre exigente, autoritaria y hostil.

En el aspecto emocional es sensible, sus sentimientos y humor suelen ser flexibles y cambiables probablemente por la etapa del desarrollo que está atravesando; posee una autopercepción de sí misma como débil; así mismo también se muestra dependiente hacia el cuidado y

protección de sus padres, generalmente muestra una conducta dócil; no evade relacionarse con los demás pero gusta más de estar sola. Experimenta también sentimientos de vergüenza y actitudes inmaduras con respecto a la sexualidad.

Nidia practica valores positivos en su hogar y en su centro educativo, posee habilidades y cualidades que ella conoce y sabe que debe reforzar, es una adolescente entusiasta con muchas ganas de cumplir las metas y objetivos trazados, sabe que debe mejorar en su estado de ánimo para que pueda cumplir sus metas a corto y a largo plazo. Así mismo se infiere un buen clima familiar, y una buena comunicación entre los miembros.

La paciente se encuentra atravesando estados de ánimo de tristeza, melancolía, desmotivación y vulnerabilidad con la presencia de llanto, alteración del sueño y apetito; así como también pensamientos negativos y un decaimiento en el desenvolvimiento académico y social debido a la situación de insatisfacción que está atravesando ya que no le gusta el trato que le brindan en el internado donde actualmente se encuentra viviendo; así como también el estar lejos de su familia y sus amigos.

VII. DIAGNOSTICO

Nidia, es una joven de 14 años, que posee una inteligencia promedio, rasgos de introversión y dificultades en la utilización de habilidades sociales. Así mismo atraviesa estados de ánimo depresivos como alteración del sueño y una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, lo cual ha ocasionado una disfuncionalidad en el ámbito académico y social; atraviesa un Episodio Depresivo Leve F 32.0.

VIII. PRONOSTICO

- **Favorable:** ya que se encuentra motivada para poder superar el problema que esta atravesando y cuenta con el apoyo de sus padres y de su hermana.

IV. RECOMENDACIONES

- Fortalecer los vínculos familiares con actividades de esparcimiento y de recreación en unión, ya que es mucho el tiempo el que Nidia está sola y esto le genera un gran estrés.

- Actividades de esparcimiento y recreación con grupos de amigos y amigas.
- A los padres fomentar la integración de su hija en algún grupo o comunidad de grupos sociales para reforzar habilidades sociales.

17 de Octubre del 2017

Gabriela Elguera Ranilla
Bachiller de Psicología

PROGRAMA DE ORIENTACION Y CONSEJERIA

I. DATOS GENERALES:

| | |
|-------------------------------|---|
| Nombres y Apellidos | : N. A. H. Y. |
| Edad | : 14 años, 1 meses, 14 días |
| Sexo | : Femenino |
| Fecha de Nacimiento | : 17/06/2003 |
| Lugar de Procedencia | : Castilla-Chachas |
| Grado de Instrucción | : 3ero de secundaria |
| Estado Civil | : soltera |
| Ocupación | : estudiante |
| Religión | : católica |
| Informantes | : la paciente y su hermana |
| Fecha de evaluación | : 15 y 22 de Julio, 5 y 19 de Agosto, 2 y 9 de setiembre del 2017 |
| Lugar de la evaluación | : C.S. Generalísimo San Martín |
| Examinadora | : Gabriela Elguera Ranilla |

II. DIAGNOSTICO O CONCLUSION:

Nidia, es una joven de 14 años, que posee una inteligencia promedio, rasgos de introversión y dificultades en el uso de habilidades sociales. Así mismo atraviesa un trastorno de Adaptación con Reacción Depresiva Prolongada F43.21; debido a la actual situación que está viviendo en el internado en donde se encuentra, que cumple la función de agente estresante. Esto ha ocasionado una disfuncionalidad en el ámbito académico y social.

III. OBJETIVOS GENERALES:

Mejorar el estado general de la adolescente, en especial su estado de ánimo y el cambio de pensamiento, así como el aprendizaje y fortalecimiento de habilidades sociales, con la integración de la familia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Mejorar el estado de ánimo de la paciente.
- Orientar a la paciente sobre el proceso de adaptación.
- Llevar a la paciente al reconocimiento y análisis de sus pensamientos.
- Aprendizaje de técnicas cognitivo conductuales para mejorar la respuesta hacia situaciones estresantes.

- Incentivar la integración de la paciente en grupos sociales.
- Identificar actividades y pasatiempos favoritos.
- Mejorar y fortalecer el manejo de las habilidades sociales.
- Fortalecer la comunicación familiar mediante la integración de los miembros.

IV. DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE ORIENTACION Y CONSEJERIA

El plan psicoterapéutico se desarrollara en 5 sesiones donde se realizaran diversas actividades con el fin de que la adolescente mejore su estado de ánimo, reconozca ordene y elimine los pensamientos y sentimientos negativos mejorando su equilibrio emocional, personal y social, así mismo es adecuada la integración de la familia ya que por distancia no pudieron compartir muchos momentos juntos en este periodo de tiempo. También se fortalecerá las habilidades sociales adquiridas así como también se trabajara en el aprendizaje de otras. Todas las sesiones serán informadas al padre y cuidadores del hogar para que este participe en el seguimiento y fortalecimiento de las actividades.

V. RESUMEN DE SESIONES

| SESION N°1 | |
|---------------------------|---|
| OBJETIVO PRINCIPAL | Establecer una relación de confianza e interés con la paciente. Reconocimiento de los estados de ánimo y la racionalización de los mismos. |
| MATERIALES | Folleto “Hacer frente a la depresión” Hoja de papel boon Lapicero |
| DESARROLLO | 1ºIniciamos con un saludo cordial, con preguntas sencillas de las actividades que ha venido realizando en las últimas semanas, le explicamos con claridad cuales son los objetivos del programa haciendo énfasis en que pueda experimentar la sesión como un éxito, reforzándola por a ver comprendido y respondido siempre adecuadamente. 2ºSeguidamente recogemos sus principales molestias e incomodidades con respecto a su estado actual, apuntando en una hoja junto a ella las emociones presentes, los síntomas físicos y los pensamientos negativos. 3ºLuego pasamos a realizar el ejercicio del “cliente en la sala de espera”; le pedimos que cierre los ojos e imagine que hay un paciente que está esperando a ser atendido y que por llegar tarde perdió su turno, el lugar de consulta |

| | |
|---------------|---|
| | <p>es un lugar que está casi vacío, pues ya es un poco tarde; se puede sentir un silencio profundo, de pronto el paciente siente un fuerte ruido cerca del pasadizo....¿qué emoción crees que experimenta en ese momento el paciente si piensa que ese ruido es producido por el viento? ¿qué emoción crees que experimenta en ese momento el paciente si piensa que ese ruido es producido por un ladrón que está robando?. Se le indica que no responda en ese momento sino que solo lo imagine.</p> <p>Luego se le pide que abre los ojos y se analiza las emociones que sintieron con respecto a los dos pensamientos.</p> <p>4° Seguidamente se analiza la relación entre pensamiento y emoción, dándole la importancia necesaria, luego pasamos a analizar el apunte de los pensamientos negativos ya mencionados y las emociones que suelen generar.</p> <p>5° Finalmente se analiza los pensamientos negativos principales ya anotados buscando evidencia a favor y en contra, contrastándolo con la realidad objetiva.</p> <p>6° Se le pone una tarea para casa que sea también fácil de hacer para que la pueda interpretar también como “éxito” (leer el folleto “Hacer frente a la depresión” y hacer anotaciones sobre sus impresiones acerca de esa lectura).</p> |
| TIEMPO | 40 min |

| SESION 2 | |
|---------------------------|---|
| OBJETIVO PRINCIPAL | Identificar las actividades preferidas de la paciente, ordenarlas y proponerlas como actividades terapéuticas. |
| MATERIALES | <ul style="list-style-type: none"> • Lista de actividades favoritas • Tarjetones con imágenes |
| DESARROLLO | <p>1° Se revisó la tarea para casa de la sesión pasada, analizando y reflexionando sobre el tema.</p> <p>2° Seguidamente se le dio tarjetones con las principales actividades realizadas por los adolescentes, desde realizar tareas en casa hasta salir de fiesta, indicándole que las ordene en dos categorías de agradables y desagradables y ubicarlas jerárquicamente.</p> |

| | |
|---------------|--|
| | <p>3°Seguidamente de idéntico las actividades favoritas, posibilidades de realizarla, lugares en donde realizarla y personas con quienes realizarla.</p> <p>4°Así también las actividades de poco agrado, haciendo énfasis en cuestionar el porqué; en si antes era así o ha cambiado sus intereses.</p> <p>5°Seguidamente se pasó a realizar la lista de actividades de dominio que son cosas que le gustaría hacer pero que actualmente no hace por encontrarse deprimida.</p> <p>6°Para finalizar se realizó un programa semanal de actividades ajustándose a la situación inmediata.</p> |
| TIEMPO | 40 min |

| SESION 3 | |
|---------------------------|--|
| OBJETIVO PRINCIPAL | Enseñarle al paciente a detectar pensamientos automáticos y comprobar como estos influyen en las emociones y acciones. |
| MATERIALES | Hojas boon |
| DESARROLLO | <p>1°Se realizó el rapport haciendo un recuento de la sesión pasada que se realizó, enfatizando en lo bien que realizó la actividad.</p> <p>2°Seguidamente se realizó el ejercicio “caminando por la calle” para el que se le pide que cierre los ojos y que imagine que está caminando por la calle, en un lugar que le resulte familiar, motivándolo a que imagine y escuche los sonidos de dicho lugar. Se le pide que observe todo lo que pasa en su mente y en su cuerpo. Ahora se le pide que imagine que ve a un conocido al otro lado de la calle, que lo observa fijamente y no lo saluda y se pasa de frente. Después de imaginar esta escena se le pidió que identifique que pensó y que emociones sintió con lo que pensó.</p> <p>3°Seguidamente se analiza la relación pensamiento-emoción reflexionando sobre ello, muchas veces los pensamientos son los que ocasionan estados de</p> |

| | |
|---------------|--|
| | <p>árbimo depresivo o son las emociones negativas las que ocasionan pensamientos negativos. Esto se relaciona de forma automática en nosotros a veces sin que nos demos cuenta de ello. Ahora que ya lo sabemos estaremos atentas en “darnos cuenta” cuando estamos experimentando emociones negativas y no alimentarlas con los pensamientos negativos resultantes, de igual manera con los pensamientos “darnos cuenta” de cuando están surgiendo para frenarlos y llevar nuestra atención voluntariamente hacia algo diferente no relacionado con el malestar, que pueda evocar en nosotros algo agradable.</p> <p>4ºPara finalizar se le dejó la tarea para casa de identificar pensamientos negativos y buscar evidencia a favor y en contra.</p> |
| TIEMPO | 40 min |

| SESION 4 | |
|---------------------------|--|
| OBJETIVO PRINCIPAL | Orientar a la paciente sobre el proceso de adaptación |
| DESARROLLO | <p>1ºSe le recordó a la paciente lo que se realizó la sesión pasada para establecer un rapport.</p> <p>2ºSeguidamente se le indicó que el objetivo de esta sesión era conocer el proceso de adaptación de las personas al enfrentar y atravesar situaciones y ambientes nuevos.</p> <p>3ºSe le explicó: La adaptación es el proceso a través del cual el individuo asimila una nueva forma de supervivencia. Por consecuente se adapta a nuevas situaciones y busca formas de interrelación. Como ejemplo: un niño que ha pasado sus primeros años de vida en el núcleo familiar, al ingresar por primera vez a la escuela sufre un cambio en el cual podríamos considerar que es un niño inadaptado con su medio. Sin embargo este periodo suele ser muy corto ya que frecuentemente ocurre durante los primeros meses. Después de ello y con el apoyo del docente, esta etapa de inadaptación es superada y a ella le sigue la etapa de adaptación. Esta etapa de adaptación se caracteriza por la aceptación de las</p> |

| | |
|---------------|---|
| | <p>normas de convivencia establecidas por la institución o media en él que se encuentra.</p> <p>4°Se le explico también que con el tiempo todos los seres humanos logramos adaptarnos al medio donde nos encontramos, este es un instinto que hemos heredado de nuestros antepasados. Algunos tardan más y algunos menos; pero que este proceso termina en la adaptación al medio.</p> <p>Este proceso es un tanto difícil al inicio porque todo es nuevo pero conforme pasa el tiempo nos iremos familiarizando con el medio en que actualmente nos encontramos.</p> <p>5°Se hizo énfasis en que en todas las etapas de la vida siempre nos tendremos que enfrentar a la vivencia de nuevas situaciones por lo que hay que estar preparados y conocer este proceso, es por eso la importancia de esta sesión.</p> <p>6°Para finalizar se hizo una retroalimentación y repaso de los puntos más importantes para que se haya comprendido bien el contenido.</p> |
| TIEMPO | 40 min. |

| SESION 5 | |
|---------------------------|--|
| OBJETIVO PRINCIPAL | Mejorar y fortalecer el manejo de las habilidades sociales. |
| DESARROLLO | <p>1°Primero se le habló sobre el proceso de comunicación, de los integrantes y de la importancia de la transmisión de un mensaje claro poniendo ejemplos.</p> <p>2°Despues de analizada la importancia se pasó al análisis y reflexión de como transmite ella sus mensajes a las personas que la rodean.</p> <p>3°Entre ambas se analizó la forma de poder mejorar la comunicación con los demás practicando el tono de voz, el contacto visual y la vocalización de las palabras correctamente, para así transmitir un mensaje claro a la persona a quien nos dirigimos.</p> <p>4°Se practicara con ella mediante ejercicios para fortalecer estas características al comunicarse.</p> <p>5°Se le dejara como tarea para casa la practica constante de estos ejercicios y se le dará una hoja de</p> |

| | |
|---------------|--|
| | registro para que apunte todas las situaciones en las que empleo estas habilidades aprendidas. |
| TIEMPO | 30 min |

| SESION 6 | |
|---------------------------|---|
| OBJETIVO PRINCIPAL | Integrar a la familia mediante el reconocimiento y fortalecimiento de lazos. |
| MATERIALES | <ul style="list-style-type: none"> • Hojas boon • Lapiceros |
| DESARROLLO | <p>1° Se invitó a los padres y a hermana a tomar asiento, y se les habló del objetivo de esta sesión que es integrar a la familia mediante la comunicación asertiva entre ellos.</p> <p>2° Se les hizo poner de pie y se les indicó que se realizaría una dinámica para conocerse un poco más como familia, la dinámica consistió en que cada uno de ellos se pegó una hoja boon en la espalda y se pondrán en círculo uno detrás de otro y a la cuenta de 3 tienen 5 minutos para escribir en un lado las cualidades de la persona que está enfrente de él y en la parte izquierda colocar los defectos.</p> <p>3° Luego cada uno tomó el papel en su espalda y leyó en voz alta, se prosiguió al análisis de defectos y a ser incentivó a la proposición de alternativas de cambio.</p> <p>4° Para finalizar se aclaró el tema de porque Nidia tuvo que venir al internado donde se encuentra en todo este periodo, haciendo énfasis en la percepción y sentimientos que cada uno de los miembros tiene sobre este tema, llegando a una conclusión sobre este tema se les despidió cordialmente indicándoles las recomendaciones propuesto en el informe psicológico.</p> |
| TIEMPO | 50 min |

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN:

El plan psicoterapéutico será ejecutado en un lapso de tiempo sugerido de 2 meses con una sesión por cada semana.

VII. AVANCES PSICOTERAPEUTICOS:

Se logró realizar las seis sesiones en un lapso de aproximado de 8 semanas ya que algunas semanas la paciente no puso a asistir. Así mismo se logró entusiasmar a la paciente frente a las actividades cotidianas de la vida logrando la mejoría académica y la integración social, así como también aclarar problemas y malos entendidos familiares.

Arequipa 17 de Octubre 2017

Gabriela Elguera Ranilla
Bachiller de Psicología

ANEXOS



TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL

*Apreciación de la habilidad cognitiva
sin influencia del lenguaje*

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre Nidia
 Nombre del padre o tutor _____
 Centro _____
 Curso _____
 Examinado por _____

| | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 |
| 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 |
| 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 |
| 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 |
| 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 |
| 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 |
| 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 |
| 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 |
| 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 |
| 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 |
| 100 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 |
| 107 | 108 | 109 | 110 | 111 | 112 | 113 |
| 114 | 115 | 116 | 117 | 118 | 119 | 120 |
| 121 | 122 | 123 | 124 | 125 | 126 | 127 |
| 128 | 129 | 130 | 131 | 132 | 133 | 134 |
| 135 | 136 | 137 | 138 | 139 | 140 | 141 |
| 142 | 143 | 144 | 145 | 146 | 147 | 148 |
| 149 | 150 | 151 | 152 | 153 | 154 | 155 |
| 156 | 157 | 158 | 159 | 160 | 161 | 162 |
| 163 | 164 | 165 | 166 | 167 | 168 | 169 |
| 170 | 171 | 172 | 173 | 174 | 175 | 176 |
| 177 | 178 | 179 | 180 | 181 | 182 | 183 |
| 184 | 185 | 186 | 187 | 188 | 189 | 190 |
| 191 | 192 | 193 | 194 | 195 | 196 | 197 |
| 198 | 199 | 200 | 201 | 202 | 203 | 204 |
| 205 | 206 | 207 | 208 | 209 | 210 | 211 |
| 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 |
| 219 | 220 | 221 | 222 | 223 | 224 | 225 |
| 226 | 227 | 228 | 229 | 230 | 231 | 232 |
| 233 | 234 | 235 | 236 | 237 | 238 | 239 |
| 240 | 241 | 242 | 243 | 244 | 245 | 246 |
| 247 | 248 | 249 | 250 | 251 | 252 | 253 |
| 254 | 255 | 256 | 257 | 258 | 259 | 260 |
| 261 | 262 | 263 | 264 | 265 | 266 | 267 |
| 268 | 269 | 270 | 271 | 272 | 273 | 274 |
| 275 | 276 | 277 | 278 | 279 | 280 | 281 |
| 282 | 283 | 284 | 285 | 286 | 287 | 288 |
| 289 | 290 | 291 | 292 | 293 | 294 | 295 |
| 296 | 297 | 298 | 299 | 300 | 301 | 302 |
| 303 | 304 | 305 | 306 | 307 | 308 | 309 |
| 310 | 311 | 312 | 313 | 314 | 315 | 316 |
| 317 | 318 | 319 | 320 | 321 | 322 | 323 |
| 324 | 325 | 326 | 327 | 328 | 329 | 330 |
| 331 | 332 | 333 | 334 | 335 | 336 | 337 |
| 338 | 339 | 340 | 341 | 342 | 343 | 344 |
| 345 | 346 | 347 | 348 | 349 | 350 | 351 |
| 352 | 353 | 354 | 355 | 356 | 357 | 358 |
| 359 | 360 | 361 | 362 | 363 | 364 | 365 |
| 366 | 367 | 368 | 369 | 370 | 371 | 372 |
| 373 | 374 | 375 | 376 | 377 | 378 | 379 |
| 380 | 381 | 382 | 383 | 384 | 385 | 386 |
| 387 | 388 | 389 | 390 | 391 | 392 | 393 |
| 394 | 395 | 396 | 397 | 398 | 399 | 400 |

Sexo:

B. RESULTADOS Y PERFIL

| TONI-2 | OTRAS PRUEBAS | | | | | Otra esc. | | |
|--------|---------------|-----|------|---|---|-----------|---|---|
| | CI = A | = B | = PC | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 145 | | | | | | | | |
| 140 | | | | | | | | |
| 135 | | 99 | | | | | | |
| 130 | | 98 | | | | | | |
| 125 | | 95 | | | | | | |
| 120 | | 91 | | | | | | |
| 115 | | 84 | | | | | | |
| 110 | | 75 | | | | | | |
| 105 | | 63 | | | | | | |
| 100 | | 50 | | | | | | |
| 95 | | 37 | | | | | | |
| 90 | | 25 | | | | | | |
| 85 | | 16 | | | | | | |
| 80 | | 9 | | | | | | |
| 75 | | 5 | | | | | | |
| 70 | | 2 | | | | | | |
| 65 | | - | | | | | | |
| 60 | | - | | | | | | |
| 55 | | 1 | | | | | | |
| 50 | | - | | | | | | |
| 45 | | - | | | | | | |
| 40 | | - | | | | | | |

TONI-2, Forma A

PD= CI= PC= ETM=

TONI-2, Forma B

PD= CI= PC= ETM=

Otras pruebas

| | | |
|----|--------------------------|---|
| 1. | PD= <input type="text"/> | PT ₁₀ = <input type="text"/> |
| 2. | PD= <input type="text"/> | PT ₁₀ = <input type="text"/> |
| 3. | PD= <input type="text"/> | PT ₁₀ = <input type="text"/> |
| 4. | PD= <input type="text"/> | PT ₁₀ = <input type="text"/> |
| 5. | PD= <input type="text"/> | PT ₁₀ = <input type="text"/> |
| 6. | PD= <input type="text"/> | PT ₁₀ = <input type="text"/> |

(1) Escala utilizada: _____

(2) Escala utilizada: _____

(3) Escala utilizada: _____

(4) Escala utilizada: _____

(5) Escala utilizada: _____

(6) Escala utilizada: _____

(7) Escala utilizada: _____

(8) Escala utilizada: _____

(9) Escala utilizada: _____

(10) Escala utilizada: _____

(11) Escala utilizada: _____

(12) Escala utilizada: _____

(13) Escala utilizada: _____

(14) Escala utilizada: _____

(15) Escala utilizada: _____

(16) Escala utilizada: _____

(17) Escala utilizada: _____

(18) Escala utilizada: _____

(19) Escala utilizada: _____

(20) Escala utilizada: _____

(21) Escala utilizada: _____

(22) Escala utilizada: _____

(23) Escala utilizada: _____

(24) Escala utilizada: _____

(25) Escala utilizada: _____

(26) Escala utilizada: _____

(27) Escala utilizada: _____

(28) Escala utilizada: _____

(29) Escala utilizada: _____

(30) Escala utilizada: _____

(31) Escala utilizada: _____

(32) Escala utilizada: _____

(33) Escala utilizada: _____

(34) Escala utilizada: _____

(35) Escala utilizada: _____

(36) Escala utilizada: _____

(37) Escala utilizada: _____

(38) Escala utilizada: _____

(39) Escala utilizada: _____

(40) Escala utilizada: _____

(41) Escala utilizada: _____

(42) Escala utilizada: _____

(43) Escala utilizada: _____

(44) Escala utilizada: _____

(45) Escala utilizada: _____

(46) Escala utilizada: _____

(47) Escala utilizada: _____

(48) Escala utilizada: _____

(49) Escala utilizada: _____

(50) Escala utilizada: _____

(51) Escala utilizada: _____

(52) Escala utilizada: _____

(53) Escala utilizada: _____

(54) Escala utilizada: _____

(55) Escala utilizada: _____

(56) Escala utilizada: _____

(57) Escala utilizada: _____

(58) Escala utilizada: _____

(59) Escala utilizada: _____

(60) Escala utilizada: _____

(61) Escala utilizada: _____

(62) Escala utilizada: _____

(63) Escala utilizada: _____

(64) Escala utilizada: _____

(65) Escala utilizada: _____

(66) Escala utilizada: _____

(67) Escala utilizada: _____

(68) Escala utilizada: _____

(69) Escala utilizada: _____

(70) Escala utilizada: _____

(71) Escala utilizada: _____

(72) Escala utilizada: _____

(73) Escala utilizada: _____

(74) Escala utilizada: _____

(75) Escala utilizada: _____

(76) Escala utilizada: _____

(77) Escala utilizada: _____

(78) Escala utilizada: _____

(79) Escala utilizada: _____

(80) Escala utilizada: _____

(81) Escala utilizada: _____

(82) Escala utilizada: _____

(83) Escala utilizada: _____

(84) Escala utilizada: _____

(85) Escala utilizada: _____

(86) Escala utilizada: _____

(87) Escala utilizada: _____

(88) Escala utilizada: _____

(89) Escala utilizada: _____

(90) Escala utilizada: _____

(91) Escala utilizada: _____

(92) Escala utilizada: _____

(93) Escala utilizada: _____

(94) Escala utilizada: _____

(95) Escala utilizada: _____

(96) Escala utilizada: _____

(97) Escala utilizada: _____

(98) Escala utilizada: _____

(99) Escala utilizada: _____

(100) Escala utilizada: _____

(101) Escala utilizada: _____

(102) Escala utilizada: _____

(103) Escala utilizada: _____

(104) Escala utilizada: _____

(105) Escala utilizada: _____

(106) Escala utilizada: _____

(107) Escala utilizada: _____

(108) Escala utilizada: _____

(109) Escala utilizada: _____

(110) Escala utilizada: _____

(111) Escala utilizada: _____

(112) Escala utilizada: _____

(113) Escala utilizada: _____

(114) Escala utilizada: _____

D. RESPUESTAS FORMA A

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|---|---|---|---|--|-------|---|---|---|---|---|--|
| 5-7 | | | | | | | 24. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 25. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 2. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 26. ① | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 3. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 27. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 8-9 | | | | | | | 28. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 4. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 29. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 5. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 30. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 6. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 31. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 7. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 32. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 10-12 | | | | | | | 33. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 8. 1 | ② | 3 | 4 | 5 | 6 | | 34. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 9. 1 | 2 | 3 | ④ | 5 | 6 | | 35. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 10. 1 | ⑤ | 3 | 4 | 5 | 6 | | 36. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 11. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 37. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 13-17 | | | | | | | 38. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 12. 1 | 2 | ③ | 4 | 5 | 6 | | 39. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 13. 1 | 2 | 3 | 4 | ⑤ | 6 | | 40. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 14. ① | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 41. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 15. 1 | 2 | ③ | 4 | 5 | 6 | | 42. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 16. 1 | 2 | 3 | ④ | 5 | 6 | | 43. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 18-20 | | | | | | | 44. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 17. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ⑥ | | 45. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 18. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ⑦ | | 46. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 19. 1 | 2 | 3 | 4 | ⑧ | ⑨ | | 47. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 20. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ⑩ | | 48. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 21. 1 | 2 | ⑪ | 4 | 5 | 6 | | 49. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 21 y más | | | | | | | 50. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 22. ⑫ | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 51. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 23. ⑬ | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 52. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| | | | | | | | 53. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| | | | | | | | 54. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| | | | | | | | 55. 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |

RESUMEN DE PUNTUACIONES

• Elemento abierto

42

12

• Respuestas correctas entre umbral y techo o fin

7

7

• Puntuación efectiva

19

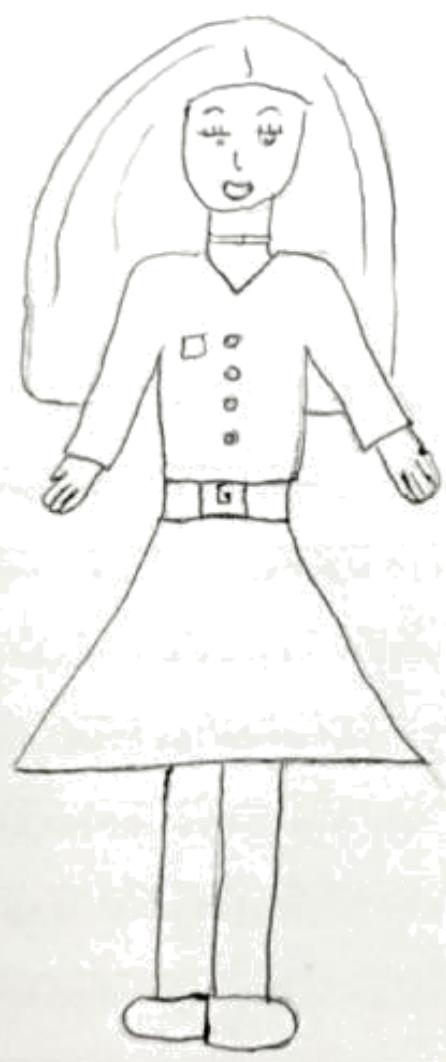
19

**INVENTARIO DE PERSONALIDAD PARA
ADOLESCENTES DE MILLON (MAPI)**
HOJA DE RESPUESTA

| | | | | | | | |
|------------------|----------|---------------------|-----|-----|---------------------|---------------------|--|
| APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | | NOMBRE(S) | | |
| | | | | | J. d. a | | |
| SEXO | | FECHA DE NACIMIENTO | | | LUGAR DE NACIMIENTO | | |
| MASCULINO | FEMENINO | X | AÑO | MES | DIA | Chacra 2 - Castilla | |

Marque con un aspa (X) la letra V (Verdadero) o F (Falso), según sea su respuesta:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|--|----|---|---|--|----|---|---|--|-----|---|---|--|-----|---|---|--|-----|---|---|
| 1 | V | X | | 26 | X | F | | 51 | V | X | | 76 | V | X | | 101 | X | F | | 126 | V | X |
| 2 | V | X | | 27 | X | F | | 52 | V | X | | 77 | V | X | | 102 | V | X | | 127 | V | X |
| 3 | X | F | | 28 | X | F | | 53 | V | X | | 78 | V | X | | 103 | X | F | | 128 | V | X |
| 4 | V | X | | 29 | X | F | | 54 | V | X | | 79 | X | F | | 104 | V | X | | 129 | V | X |
| 5 | V | X | | 30 | X | F | | 55 | V | X | | 80 | V | X | | 105 | X | F | | 130 | X | F |
| 6 | V | X | | 31 | X | F | | 56 | V | X | | 81 | X | F | | 106 | X | F | | 131 | V | X |
| 7 | V | X | | 32 | X | F | | 57 | X | F | | 82 | V | X | | 107 | X | F | | 132 | V | X |
| 8 | X | F | | 33 | V | X | | 58 | V | X | | 83 | V | X | | 108 | V | X | | 133 | X | F |
| 9 | X | F | | 34 | V | X | | 59 | V | X | | 84 | X | F | | 109 | V | F | | 134 | V | X |
| 10 | X | F | | 35 | V | X | | 60 | V | X | | 85 | V | X | | 110 | V | X | | 135 | X | F |
| 11 | X | F | | 36 | V | X | | 61 | V | X | | 86 | V | X | | 111 | V | X | | 136 | V | X |
| 12 | X | F | | 37 | X | F | | 62 | V | X | | 87 | V | X | | 112 | X | F | | 137 | V | X |
| 13 | X | F | | 38 | X | F | | 63 | V | X | | 88 | V | X | | 113 | V | X | | 138 | V | X |
| 14 | X | F | | 39 | V | X | | 64 | V | X | | 89 | V | X | | 114 | X | F | | 139 | V | X |
| 15 | X | F | | 40 | X | F | | 65 | V | X | | 90 | V | X | | 115 | X | F | | 140 | X | F |
| 16 | X | F | | 41 | X | F | | 66 | X | F | | 91 | X | F | | 116 | X | F | | 141 | V | X |
| 17 | X | F | | 42 | X | F | | 67 | X | F | | 92 | V | X | | 117 | X | F | | 142 | V | X |
| 18 | V | X | | 43 | X | F | | 68 | V | X | | 93 | V | X | | 118 | X | F | | 143 | X | F |
| 19 | X | F | | 44 | V | X | | 69 | X | F | | 94 | V | X | | 119 | X | F | | 144 | V | X |
| 20 | V | X | | 45 | X | F | | 70 | V | X | | 95 | V | X | | 120 | V | X | | 145 | V | X |
| 21 | V | X | | 46 | X | F | | 71 | V | X | | 96 | V | X | | 121 | V | X | | 146 | V | X |
| 22 | V | X | | 47 | V | X | | 72 | X | F | | 97 | V | X | | 122 | V | X | | 147 | V | X |
| 23 | X | F | | 48 | X | F | | 73 | V | X | | 98 | X | F | | 123 | V | X | | 148 | V | X |
| 24 | X | F | | 49 | V | X | | 74 | X | F | | 99 | V | X | | 124 | V | X | | 149 | V | X |
| 25 | X | F | | 50 | X | F | | 75 | X | F | | 100 | X | F | | 125 | V | X | | 150 | V | X |



LISTA DE EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES

NOMBRE Y APELLIDOS:

Nidia A. H. L. EDAD:
14 años OCUPACIÓN:

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Zero, Secundaria FECHA: 15 - 04 - 2017

INSTRUCCIONES A continuación encontrarás una lista de habilidades que las personas usan en su vida diaria, señala tu respuesta marcando con una X uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios:

N = NUNCA

RV = RARA VEZ

AV = A VECES

AM= A MENUDO

S = SIEMPRE

Recuerda que: tu sinceridad es muy importante, no hay respuestas buenas ni malas, asegúrate de contestar todas.

| HABILIDAD | R | RV | AV | AM | S |
|--|---|----|----|----|---|
| 1. Prefiero mantenerme callado(a) para evitarme problemas. | | | | X | |
| 2. Si un amigo (a) habla mal de mi persona le insulto. | | X | | | |
| 3. Si necesito ayuda la pido de buena manera. | | | | | X |
| 4. Si una amigo(a) se saca una buena nota en el examen no le felicito. | | X | | | |
| 5. Agradezco cuando alguien me ayuda. | | | | X | |
| 6. Me acerco a abrazar a mi amigo(a) cuando cumple años | | | X | | |
| 7. Si un amigo (a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura | | X | | | |
| 8. Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa. | | | | X | |
| 9. Le digo a mi amigo (a) cuando hace algo que no me agrada | | X | | | |
| 10. Si una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado. | | | | X | |
| 11. Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola. | X | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12. No hago caso cuando mis amigos (as) me presionan para consumir alcohol. | | | X | | 4 | → |
| 13. Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla. | | | X | | 3 | |
| 14. Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que me dicen. | | X | | | 2 | |
| 15. Miro a los ojos cuando alguien me habla. | X | | | | 1 | |
| 16. No pregunto a las personas si me he dejado comprender. | | | | X | 1 | |
| 17. Me dejo entender con facilidad cuando hablo. | | | X | | 3 | |
| 18. Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor. | X | | | | 2 | |
| 19. Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias. | X | | | | 4 | |
| 20. Si estoy "nervioso (a)" trato de relajarme para ordenar mis pensamientos. | | | X | | 4 | |
| 21. Antes de opinar ordeno mis ideas con calma. | X | | | | 3 | |
| 22. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud. | | | X | | 5 | |
| 23. No me siento contento (a) con mi aspecto físico. | X | | | | 4 | |
| 24. Me gusta verme arreglado (a). | | | X | | 3 | |
| 25. Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado (a). | | | X | | 3 | |
| 26. Me da vergüenza felicitar a un amigo (a) cuando realiza algo bueno. | | | X | | 2 | |
| 27. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas. | | | X | | 5 | |
| 28. Puedo hablar sobre mis temores. | X | | | | 2 | |
| 29. Cuando algo me sale mal no sé como expresar mi cólera. | | | X | | 3 | |
| 30. Comparto mi alegría con mis amigos (as). | | | X | | 3 | |
| 31. Me esfuerzo para ser mejor estudiante. | | | X | | 4 | |
| 32. Puedo guardar los secretos de mis amigos (as). | | | X | | 4 | |
| 33. Rechazo hacer las tareas de la casa. | X | | | | 4 | |
| 34. Pienso en varias soluciones frente a un problema. | | | X | | 3 | → |
| 35. Dejo que otros decidan por mí cuando no puedo solucionar un problema. | X | | | | 4 | |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| 36. Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones. | | | X | 4 |
| 37. Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas. | | | X | 3 |
| 38. Hago planes para mis vacaciones. | | | X | 3 |
| 39. Realizo cosas positivas que me ayudarán en mi futuro. | | | X | 4 |
| 40. Me cuesta decir no, por miedo a ser criticado (a). | | | X | 3 |
| 41. Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos(as) están equivocados (as). | | | X | 2 |
| 41. Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos(as) están equivocados (as). | | | X | 2 |

Áreas

| | | |
|----------------------|-----|---------------|
| - Assertividad | 41 | Promedio |
| - Comunicación | 23 | Bajo |
| - Autoestima | 42 | Promedio |
| - Toma de Decisiones | 18 | Promedio bajo |
| - Puntaje total | 134 | Promedio bajo |

ESCALA DE AUTOVALORACION D.D.O

POR W.W.K. ZUNG

NOMBRES: Nidia A Hill EDAD: 14 SEXO: F RELIGION: católicaGrado: 3ero Sección: Fecha: 15 - 07 2007 Fecha de nacimiento: 17-06-2002

Dirección: _____ Teléfono: _____

| | | Nunca o casi nunca | A veces | Con bast ante frec uenc ia | Siemp re o casi siemp re | punto |
|-----------------|--|--------------------------|------------|---|--------------------------------------|-------|
| 1 | Me siento abatido y melancólico | 1 | 2 | 3 | 4 | X |
| 2 | Por las mañanas es cuando me siento mejor | 4 | 3 | X | 2 | 1 |
| 3 | Tengo acceso de llanto o ganas de llorar. | 1 | 2 | 3 | 4 | X |
| 4 | Duermo mal. | 1 | 2 | 3 | X | 4 |
| 5 | Tengo tanto apetito como antes. | 4 | 3 | X | 2 | 1 |
| 6 | Au me atraen las personas del sexo opuesto. | 4 | 3 | 2 | 1 | X |
| 7 | Noto que estoy perdiendo peso. | 1 | 2 | X | 3 | 4 |
| 8 | Tengo trastornos intestinales y estreñimiento. | 1 | 2 | X | 3 | 4 |
| 9 | Me late el corazón más a prisa que de costumbre | 1 | 2 | X | 3 | 4 |
| 10 | Me canso sin motivo. | 1 | 2 | 3 | X | |
| 11 | Tengo la mente tan clara como antes. | 4 | X | 3 | 2 | 1 |
| 12 | Hago las cosas con la misma facilidad que antes. | 4 | 3 | X | 2 | 1 |
| 13 | Me siento nervioso y ni puedo estarme quieto. | 1 | 2 | X | 3 | 4 |
| 14 | Tengo esperanza en el futuro. | 4 | 3 | X | 2 | 1 |
| 15 | Estoy más irritable que antes. | 1 | 2 | 3 | 4 | X |
| 16 | Me es fácil tomar decisiones. | 4 | 3 | X | 2 | 1 |
| 17 | Me siento útil y necesario. | 4 | 3 | X | 2 | 1 |
| 18 | Me satisface mi vida actual. | 4 | X | 3 | 2 | 1 |
| 19 | Creo que los demás estarían mejor si yo muriera. | 1 | X | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Disfruto de las mismas cosas que antes. | 4 | X | 3 | 2 | 1 |
| TOTAL DE PUNTOS | | | | | | 60 |

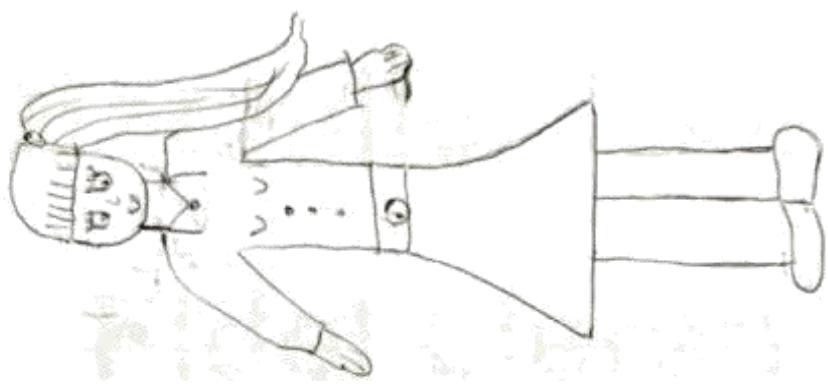
Interpretación: Moderada
mente deprimente

TEST FF-SIL DE FUNCIONALIDAD FAMILAR

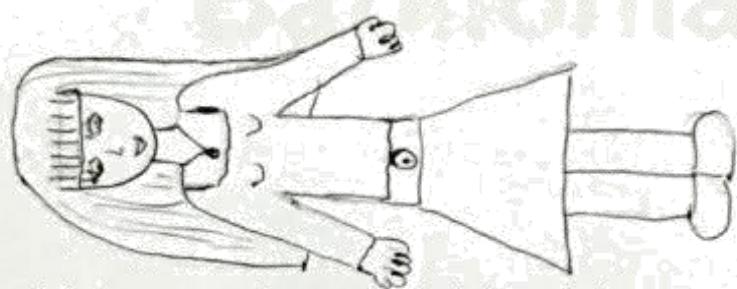
A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe encerrar en un círculo el número que le asigna a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente en su familia.

| | SITUACION | Casi nunca | Pocas veces | A veces | Muchas veces | Casi siempre |
|----|---|------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1 | Las decisiones importantes se toman en conjunto. | 1 | 2 | 3 | 4 <input checked="" type="radio"/> | 5 |
| 2 | En mi casa predomina la armonía | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 <input checked="" type="radio"/> |
| 3 | En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades. | 1 | 2 | 3 | 4 <input checked="" type="radio"/> | 5 |
| 4 | Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana | 1 | 2 | 3 | 4 <input checked="" type="radio"/> | 5 |
| 5 | Nos expresamos sin insinuaciones, en forma clara y directa | 1 | 2 | 3 | 4 <input checked="" type="radio"/> | 5 |
| 6 | Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrelevarlos. | 1 | 2 | 3 <input checked="" type="radio"/> | 4 | 5 |
| 7 | Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. | 1 | 2 <input checked="" type="radio"/> | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Cuando alguno de la familia tiene un problema los demás lo ayudan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 <input checked="" type="radio"/> |
| 9 | Se distribuyen las tareas de manera que nadie esté recargado. | 1 | 2 | 3 <input checked="" type="radio"/> | 4 | 5 |
| 10 | Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones. | 1 | 2 | 3 <input checked="" type="radio"/> | 4 | 5 |
| 11 | Podemos conversar diversos temas sin temor | 1 | 2 <input checked="" type="radio"/> | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas. | 1 | 2 | 3 <input checked="" type="radio"/> | 4 | 5 |
| 13 | Los intereses y necesidades de cada uno son respetados por toda la familia | 1 | 2 | 3 | 4 <input checked="" type="radio"/> | 5 |
| 14 | Nos demostramos el cariño que nos tenemos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 <input checked="" type="radio"/> |

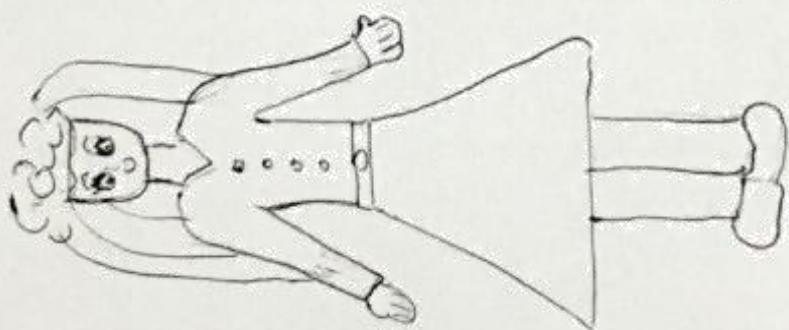
e/1d



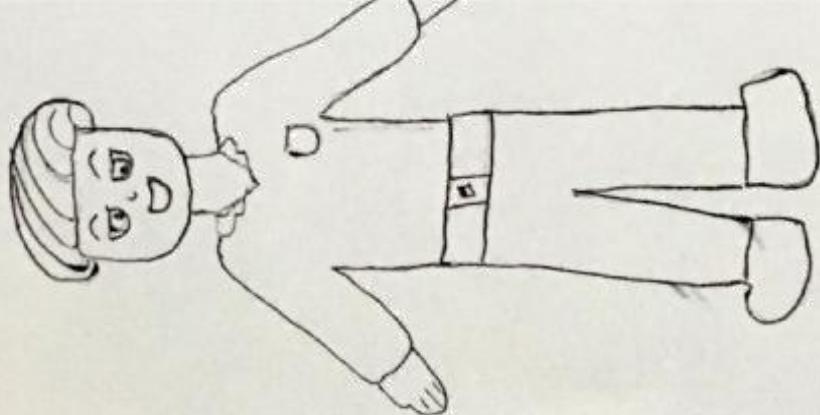
he man



he man



Dapo



Babylonia

CASO 2

Bachiller: Darío

Fidel Llerena

Babilonia

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

I. DATOS DE FILIACIÓN

| | |
|----------------------|--|
| Nombre y Apellido | : Santiago. F.V |
| Edad | : 9 años |
| Fecha de nacimiento | : 25/09/2007 |
| Lugar de nacimiento | : Arequipa |
| Grado de instrucción | : cuarto año de primaria. |
| Estado Civil | : Soltero |
| Procedencia | : Arequipa |
| Ocupación | : Estudiante |
| Religión | : Católica |
| Referente | : Tía del paciente. |
| Lugar de evaluación | : C. S. Generalísimo San Martín |
| Informantes | : Paciente, tía, hermana, padre. |
| Fecha de evaluación | : 06, 13 y 21 de octubre; 7 y 14 de noviembre del 2016 |
| Examinador | : Darío Fidel Llerena babilonia |

II. MOTIVO DE CONSULTA

El niño viene a consulta acompañado de su tía la cual refiere sentirse muy preocupa por el comportamiento de Santiago, indica que hace unas semanas descubrió que el niño faltó a la escuela en 2 oportunidades y dice creer que lo hizo por ir a las cabinas de internet, refiere que el niño al ser encarado intenta mentir sobre lo ocurrido, respondiendo de una forma evasiva y a veces desafiante. Por otra parte la tía manifestó que el niño tuvo buen desempeño en un colegio particular, pero que al parecer las exigencias mínimas no prepararon a Santiago para poder desarrollarse bien en un colegio estatal ya que en cuarto año fue puesto en un colegio estatal donde su rendimiento académico fue inferior, la tía refiere que la maestra le dijo que pareciera que a Santiago no le hubieran enseñado bien y solo

lo aprobaron porque si, tal vez para que sigan pagando la pensión.

Por otra parte la tía indica que estos problemas se deben al abandono que sufrió Santiago por parte de su madre y la posterior falta de apoyo que recibió, indica que este problema ha causado que Santiago tenga estos comportamientos.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL

Cuando Santiago tenía dos años la madre abandono el hogar dejándolo al cuidado de su padre y abuela, así mismo dejo en abandono a su hija Edith de 8 años. El niño creció sin el apoyo moral y afectivo de su madre. El rol de madre fue adoptado por la abuela y hace un par de años por la tía. Por otro lado el padre después del abandono tenía varias reuniones con amigos donde bebía alcohol intentando atenuar sus emociones de tristeza. Su hermana intento superar esta situación de forma individual, aislada viviendo más dentro de su mundo que relacionándose con su familia. Durante este tiempo Santiago fue un niño que no creció con el suficiente apoyo, atención, cuidado y afecto necesario para un desarrollo normal. En algunas ocasiones la madre se presentó ante sus hijos reuniéndose unas cuantas veces, en estas reuniones Santiago mostraba un retraimiento y desapego hacia su madre la cual intento ganarse su cariño con obsequios, sin embargo Santiago en la última oportunidad que se vio con ella actuó con capricho y rencor terminando en una discusión fuerte, desde ese momento no se han vuelto a ver. Al ir creciendo Santiago comenzó a buscar satisfacción en juegos, televisión, y los consentimientos de su abuela que con la idea de darle cariño y afecto le daba todo lo que le pedía (dulces, chatarra, dinero). Estas condiciones más la falta de responsabilidades más la falta de adecuadas relaciones emocionales y de comunicación con su familia crearon un ambiente propicio para que Santiago desarrolle conductas inadaptadas como comenzar a mentir,

encapricharse, escaparse para ir a jugar, no cumplir sus tareas ni deberes, aislarse y encerrarse en su propio mundo. Estuvo los tres primeros años en una escuela particular donde al parecer no presento problemas de rendimiento sin embargo al ser puesto en un colegio estatal se vio con grandes problemas en las tareas académicas las cuales según la tía se deben a que en el colegio particular con tal de que paguen la pensión lo hicieron pasar de año sin cumplir los requisitos necesarios para su ascenso. Al día de hoy Santiago presenta problemas en cuanto a su rendimiento académico, relaciones familiares y sociales, además de conflictos emocionales. Además de presentar cierto grado de ansiedad y conflicto por el reconocimiento de su situación actual.

Síntomas Principales: mentir en exceso, retraimiento, problemas de comunicación, problemas académicos, desinterés por sus deberes y responsabilidades. Afán por jugar en internet o tabletas. Huida o evasión ante sus problemas. Problemas emocionales además de presencia de cierto grado de ansiedad.

Antecedentes Clínicos: No refiere haber asistido a evaluaciones ni tratamientos especializados en cuanto a salud mental.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

A. Periodo del desarrollo

- Etapa pre-natal.**

La tía refiere que el embarazo de Santiago fue planificado siendo el segundo hijo y el ultimo; durante la gestación la madre no presentó problemas significativos, manifestando náuseas, vómitos, su embarazo duro nueve meses, conto con el apoyo de su esposo durante todo el proceso de su embarazo.

- **Etapa natal**

Para el parto la madre fue hospitalizada ya que presentó placenta previa, lo cual la llevó a dar a luz por cesárea sin complicaciones de mayor riesgo, el estado del niño fue saludable con un peso de 3.100 kg; el padre estuvo presente en el momento del nacimiento.

- **Etapa post natal**

El paciente se alimentó de leche materna hasta los 18 meses, a partir de los 6 meses se alimentaba con papilla, no presentó dificultades para conciliar el sueño, era tranquilo, no lloraba cuando se le dejaba se le acostaba; no presentó ningún retraso significativo; respecto a su desarrollo psicomotor, lenguaje y comunicación fue normal. A los dos años su mama abandona el hogar y lo deja al cuidado del padre.

- **Etapa pre escolar y escolar**

La etapa pre escolar la inició a los 3 años de edad en el jardín; desarrollándose de forma adecuada con sus compañeros y cuidadora, era un niño juguetón dentro de lo normal, a veces no prestaba atención, perdía los objetos y útiles. Se desarrolló dentro de los parámetros de la normalidad en el nivel inicial donde mantenía los mismos comportamientos.

Al entrar en la etapa escolar los tres primeros años de primaria los llevó a cabo en un colegio particular donde la exigencia, seguimiento y apoyo académico fue escaso, sin embargo pudo ascender de grado al parecer por consentimiento de la institución para que el niño siga asistiendo y pagando su pensión. Durante ese tiempo Santiago no desarrolló interés ni responsabilidad hacia sus estudios destinando la mayor parte de atención y tiempo a juegos, televisión, internet y Tablet.

Este año en el cuarto año fue puesto en un colegio estatal donde comienzan aparecer problemas relacionados a su desempeño, refiriendo su profesora que no es un niño responsable, es flojo, desinteresado no hace tareas y no puede aprender de forma correcta según su edad y grado alcanzado. Esto provocó que la tía se preocupe e intente buscar ayuda en el centro de salud en el área de psicología.

- **Desarrollo y función sexual**

Santiago es un niño que reconoce su fisiología y se identifica con su género. Además de saber las diferencias generales entre hombres y mujeres. Por otro lado no manifiesta intereses sexuales o emocionales, siendo un tema bochornoso para él.

- **Historia de la Recreación y de la Vida, relaciones sociales**

Santiago es un niño retraído socialmente, poco conversador, no es de hacer amigos fácilmente con personas de su edad pero si con mayores sin problema alguno, lo que más le gusta es jugar en internet y en su tableta. A pesar que su padre lo motivaba para jugar futbol el siempre prefirió actividades de poco esfuerzo físico y contacto social.

- **Religión**

Toda la familia de Santiago incluyéndolo pertenecen a la religión católica. Santiago fue bautizado cuando tenía tres años. Actualmente reconoce su religión y su creencia. Suele asistir a misa con su familia los domingos. No muestra mucho interés en temas religiosos.

- **Hábitos e Influencias nocivas**

El niño suele comer sus alimentos a la hora, sin embargo no suele terminar, pone excusas y se resiste. Prefiere comer dulces o comida “chatarra” la cual es consentida por la abuela. No tiene buenos hábitos de orden y limpieza dedicando la mayoría del tiempo a jugar en algún

dispositivo o ver televisión en exceso, en vez de asear su habitación, o arreglar en los cuidados del hogar. Suele mentir constantemente. Desde de temprana edad sufrió de abandono psicológico y tuvo como modelo a su padre el cual bebía en exceso y evadía la situación que vivió luego de que su esposa los abandonara.

B. Antecedentes mórbidos personales

- **Enfermedades y accidentes**

No se registra ningún antecedente orgánico, ni viral; más que, las simples y comunes enfermedades, por las que todo niño pasa, como: tos, gripe, fiebres, etc. No sufrió lesiones significativas.

- **Personalidad pre-mórbida**

Santiago se ha caracterizado por ser un niño introvertido, de pensamiento y expresar concreto, de poco contacto social y emocional. Manifiesta conductas de evitación y aisladas como jugar al internet, tablet o mirar televisión en exceso. Manifiesta cierto grado de ansiedad.

C. Antecedentes familiares

- **Composición familiar**

Actualmente, Santiago vive en una casa multifamiliar perteneciente a la abuela, donde habitan su tía, quien recientemente está apoyando a Santiago para que mejore, siendo ella quien lo trae a consulta, su padre sostiene su hogar con trabajo arduo y ha demostrado interés en ayudar a su hijo ya que asistió cuando se lo cito y se comprometió al trabajo con su hijo. Por otra parte la hermana es una adolescente que prefiere estar aislada y hacer sus cosas sin tener contacto con Santiago. En otro piso viven sus primos un poco mayores con quienes suele jugar a veces pero con quien generalmente han tenido problemas o riñas

fuertes. Por último se encuentra su abuela quien suele consentí mucho a Santiago por el gran amor que le tiene, a pesar de que esto sea contraproducente.

- **Dinámica familiar**

La relación familiar no es favorable ya que el padre trabaja hasta la noche y no se ocupa mucho de Santiago sin embargo los Domingos dedica todo su tiempo a sus hijos. La tía y la abuela son las que están más atentas a Santiago, intentando apoyarlo en sus actividades y desarrollo. La relación con su hermana es deficiente ya que ella prefiere estar aislada y mantener a sus familiares lejos de sus actividades e intereses. La familia práctica la religión cristiana asistiendo regularmente a la iglesia.

- **Condición socioeconómica**

Cuentan con una condición socioeconómica media baja, viven en un hogar construido de material noble y cuentan con los servicios básicos de luz agua y desagua demás de tener televisión por cable. Poseen un espacio destinado para su familia nuclear que está conformada por papa, hermana y él, dentro de una casa multifamiliar donde en otros pisos vive su tía, primos y por otro lado su abuela.

- **Antecedentes patológicos.**

En general la situación familiar presenta algunas carencias en cuanto a afecto, formación y comunicación. Después del abandono de la madre, el padre no pudo superar la situación de forma eficiente, incurrió en beber en exceso y dejar en abandono psicológico a sus hijos.

D. RESUMEN

El desarrollo de Santiago fue aparentemente normal en sus primeros años de vida. Cuando Santiago tenía dos años la madre abandonó el hogar dejándolo al cuidado de su padre y abuela, así mismo dejó en abandono a su hija Edith de 8 años.

El niño creció sin el apoyo moral y afectivo de su madre. El rol de madre fue adoptado por la abuela y hace un par de años por la tía. Santiago no creció con el suficiente apoyo, atención, cuidado y afecto necesario para un desarrollo normal. Estas condiciones más la falta de responsabilidades, adecuadas relaciones emocionales y de comunicación con su familia creo el ambiente necesario para que Santiago desarrolle conductas desadaptadas como comenzar a mentir, encapricharse, escaparse para ir a jugar, no cumplir sus tareas ni deberes, aislarse y encerrarse en su propio mundo.

La tía refiere que el embarazo de Santiago fue planificado siendo el segundo hijo y el último; durante la gestación la madre no presentó problemas significativos, no presentó ningún retraso significativo; respecto a su desarrollo psicomotor, lenguaje y comunicación fue normal.

La etapa escolar la inició a los 3 años de edad en inicial donde se desarrolló dentro de lo esperado. Al iniciar la primaria fue puesto en un colegio particular donde al parecer su rendimiento estaba dentro de lo esperado, sin embargo al ingresar al cuarto grado de primaria en una institución estatal comenzaron a salir a flote problemas de desempeño académico refiriendo su profesora que no es un niño responsable, es flojo, desinteresado no hace tareas y no puede aprender de forma correcta según su edad y grado alcanzado, lo cual podría deberse a que en el colegio particular lo hicieron pasar con tal de pagar la pensión.

Santiago es un niño retraído socialmente, poco conversador, no es de hacer amigos fácilmente con personas de su edad pero si con mayores sin problema alguno, lo que más le gusta es jugar en internet y en su tableta, que prefiere actividades de poco esfuerzo físico y contacto social.

En cuanto al plano emocional Santiago muestra algunas deficiencias relacionadas al poco desarrollo emocional y su

efecto en su medio social y familiar con la cual no se encuentra satisfecho causándole ansiedad y frustración consigo mismo.

Al día de hoy Santiago presenta problemas en cuanto a su rendimiento académico, relaciones familiares y sociales, así como falta de desarrollo emocional y una cierta inmadurez acompañada de conductas desadaptadas.

Arequipa 08 de diciembre del 2017

Darío Fidel Llerena Babilonia

Bachiller en psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre y Apellido : Santiago. F.V
Edad : 9 años
Fecha de nacimiento : 25/09/2007
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : cuarto año de primaria.
Estado Civil : Soltero
Procedencia : Arequipa
Ocupación : Estudiante
Religión : Católica
Referente : Tía del paciente.
Lugar de evaluación : C. S. Generalísimo San Martín
Informantes : Paciente, tía, hermana, padre.
Fecha de evaluación : 06, 13 y 21 de octubre; 7 y 14
de noviembre del 2016
Examinador : Darío Fidel Llerena babilonia

II. EXAMEN MENTAL:

- 1. Porte, comportamiento y actitud:** El niño evaluado aparenta tener la edad que indica, presenta una forma de vestir alineada y generalmente se muestra aseado, su rostro refleja timidez; no mantiene contacto visual desviando la mirada constantemente, y girando su cuerpo sobre la silla manteniendo sus piernas y torso hacia un lado unos momentos y hacia el otro lado por otros momentos. Se dirige hacia el entrevistador de manera muy pasiva respondiendo con respuestas muy cortas y evasivas a las preguntas planteadas, se muestra reservado. Muestra cierto desinterés hacia la entrevista y las pruebas, ya que intenta desviar la evaluación a otros temas, intenta usar excusas para no realizar o terminar las pruebas, realizándolas con desgano y actitud poco colaboradora. A pesar de intentar animarlo a la realización de las pruebas por segunda vez

con una actitud más interesada y eficaz sigue presentando desinterés hacia estas.

2. Atención, conciencia y orientación:

Atención: el niño al empezar las entrevistas presenta un nivel de atención que varía según avanza las entrevistas y según la actividad que se realiza, para hacer un juego presta más atención que para resolver una prueba, por lo que se evidencia una oscilación de la atención y concentración. Por otro lado muestra poco interés en la consulta, comienza a hablar de otros temas o lleva su atención a los estímulos del consultorio, se muestra cada vez más disperso, menos interesado y atento, además de referir estar aburrido e intentando hacer preguntas fuera de lugar.

Estado de Alerta o conciencia: Su estado de alerta es adecuado, su capacidad de reconocer el estado de su aquí y ahora es normal, responde a las preguntas mientras se le plantean, resuelve las pruebas según se le indica, se encuentra lucido.

Orientación: el evaluado muestra una adecuada orientación espacial ubicando correctamente su posición dentro del ambiente, puede reconocer sin problemas el día en el que se encuentra, por otro lado reconoce bien el lugar donde está y porque se encuentra ahí.

3. Lenguaje: En general su lenguaje es corto pero coherente en contenido. El tono de voz es muy bajo. No tiene facilidad de expresión y su vocabulario al responder se reduce a en su mayoría a respuestas de “sí”, “no” o “nose”. Habla con cierta timidez y desgano.

- 4. Pensamiento:** El niño presenta un nivel de análisis y abstracción inferior al que debería tener por su edad. En cuanto a la formación de juicios y raciocinio se observa coherencia debido a que responde de forma coherente y entiende las indicaciones de los ejercicios y de las evaluaciones. La ilación de sus ideas suele verse interrumpida por ideas fuera del tema de conversación. El contenido de su pensamiento parece ser precario ya que no suele utilizar ideas elaboradas siendo sus respuestas en su mayoría cortas, simples y evasivas pero todas son contestadas.
- 5. Percepción:** Al parecer presenta una percepción sin disfunciones ni distorsiones, es capaz de reconocer y diferenciar correctamente los estímulos visuales, auditivos o táctiles, discriminándolos adecuadamente, discrimina las distancias, tamaños y formas correctamente. Sin embargo existe la posibilidad de existir problemas relacionados con lesión cerebral relacionados a la coordinación visomotora.
- 6. Memoria:** el niño aparentemente no presenta problemas en cuanto a evocar información de su pasado a la cual es accesible sin embargo manifiesta no recordar una cantidad de información de su pasado, por lo que podríamos decir que tiene una memoria de corto plazo adecuada pero la memoria a largo plazo podría estar viéndose afectada. Su memoria reciente es óptima, no se pierde durante la conversación manteniendo fijo el motivo por el cual está en un proceso de evaluación, puede y logra retener y recordar información nueva y evoca acontecimientos que se suscitaron en el momento.

7. Funcionamiento intelectual:

Se manifiesta una predominio en el pensamiento concreto sobre el abstracto ya que se la hace difícil la comprensión e identificación de estados emocionales, así como el uso de referencias mentales en relación con símbolos y signos. Manifiesta un uso muy simple de la información que posee, por otro lado deduce y razona de forma coherente y con sentido, no presenta complicaciones al realizar ejercicios de lógica.

8. Estado de ánimo y afectos: Su expresión facial era congruente con su estado de ánimo, mostrándose desanimado y reservado, en general, manifiesta un ánimo decaído y desinteresado, no expresa sus emociones, no sonríe mucho. No muestra afecto hacia sus familiares.

9. Comprensión y grado de incapacidad del problema o enfermedad: El niño evaluado muestra ser consciente de que existen algunos aspectos de su vida que pueden mejorar para sentirse mejor y evitar los problemas por los que ha estado atravesando en el hogar y el colegio.

RESUMEN

El niño evaluado aparenta tener la edad que indica, se encuentra orientado en tiempo y espacio, presenta una forma de vestir alineada y generalmente se muestra aseado, sus expresiones faciales y corporales concuerdan con su estado de ánimo debido que no expresa sus emociones, no sonríe mucho, no muestra afecto hacia sus familiares. Presentando en general una actitud de desánimo, desinterés y un estado reservado respondiendo de forma corta y evasiva. Realizó las evaluaciones con la misma actitud, sin embargo logró completar las tareas que se le encomendaron. En cuanto a su atención al empezar las

entrevistas y evaluaciones esta es regular, sin embargo, decae rápidamente en el transcurso de las sesiones. Por otra parte su lenguaje es corto, simple y coherente.

Al parecer presenta una percepción sin disfunciones ni distorsiones, es capaz de reconocer y discriminar correctamente los estímulos de su entorno. También manifiesta un predominio en el pensamiento concreto sobre el abstracto. Es consciente de su problemática y desea cambiarla.

Arequipa

10/12/2017

.....

Darío Fidel Llerena

Babilonia

Bachiller en psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

| | |
|----------------------|--|
| Nombre y Apellido | : Santiago. F.V |
| Edad | : 9 años |
| Fecha de nacimiento | : 25/09/2007 |
| Lugar de nacimiento | : Arequipa |
| Grado de instrucción | : cuarto año de primaria. |
| Estado Civil | : Soltero |
| Procedencia | : Arequipa |
| Ocupación | : Estudiante |
| Religión | : Católica |
| Referente | : Tía del paciente. |
| Lugar de evaluación | : C. S. Generalísimo San Martín |
| Informantes | : Paciente, tía, hermana, padre. |
| Fecha de evaluación | : 06, 13 y 21 de octubre; 7 y 14 de noviembre del 2016 |
| Examinador | : Darío Fidel Llerena babilonia |

II. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

Santiago es un niño de 9 años, de cabello negro, ojos oscuros, tez trigueña, contextura delgada y talla media. Se presenta generalmente aseado y alineado en su vestir. Se le observa temeroso, tenso, pensativo, y poco expresivo. Con frecuencia gira su cuerpo y evade la mirada, sonríe muy poco manteniendo casi siempre una expresión facial de timidez y desinterés. Se muestra con una atención oscilante y poco interesado, en el transcurso de la evaluación su motivación fue disminuyendo, manifestando aburrimiento cansancio y desatención, bostezaba intentaba preguntar acerca de los estímulos del consultorio, no respondía de forma concreta si no de forma evasiva y simple. A pesar de generar una actitud de desinterés y poco esfuerzo por

las pruebas completo las tareas de las pruebas y actividades que se le plantearon. En cuanto a su lenguaje este de vocabulario reducido con respuestas cortas y evasivas, por otro lado el contenido de lo que habla es coherente pero en general; el lenguaje corporal es poco frecuente. En cuanto a su percepción, memoria y pensamiento no se observan problemas, sin embargo suele empezar atento dispersándose su atención al pasar los minutos. En general se presenta reservado. Muestra poco interés por la consulta.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Pruebas psicológicas
 - Cuestionario de personalidad para niños CPQ
 - Test de inteligencia no verbal Toni-2
 - Test gestáltico visomotor de Bender.
 - Test de la Figura Humana de Karen Machover
 - Test de la familia

IV. RESULTADOS

- ÁREA COGNITIVA – INTELECTUAL:

Test de inteligencia TONI - 2

| | |
|-------------|----------|
| PUNTAJE | 14 |
| PERCENTIL | 29 |
| COCIENTE | 91 |
| DIAGNOSTICO | Promedio |

El niño obtuvo una puntuación o raw score de 14 puntos con un percentil de 29 y un cociente de 91 lo cual lo ubica dentro del límite inferior del rango “promedio”, esto indica que presenta una inteligencia adecuada para su edad. Esto significa que el niño podría resolver problemas de percepción de manera adecuada al integrar o cerrar partes inconclusas, en percibir las semejanzas, diferencias de

simetría y continuidad de las partes. Por otro lado no presentaría serias deficiencias en el planteamiento y resolución de problemas de razonamiento y operaciones analíticas de deducción de relaciones y correlatos de manera adecuada, maneja de forma adecuada las relaciones de similitud, secuencia ordinal, oposición y suma.

Test gestáltico visomotor de Bender

| Errores (PD) | +/- DN | DIAGNOSTICO |
|--------------|---------|----------------------|
| 7 | 0 – 3.5 | Madurez muy inferior |

Según la evaluación Santiago presenta una madurez de coordinación visomotora muy inferior a la que debería poseer, ubicándose a más de dos desviaciones estándar de la normalidad en un nivel similar al de un niño de entre 6 a 6.5 años de edad. Por otro lado se encuentra en un nivel de escolaridad similar al de un niño de 1er grado de primaria.

Cabe resaltar que la actitud de Santiago a esta evaluación fue negativista o contrapospiccionista, debido a la dificultad del terapeuta en mejorar la actitud del paciente para la realización de la prueba.

- **ÁREA SOCIO - EMOCIONAL:**

Test de la familia de Louis Cormam

Según la evaluación el niño presenta una autopercepción insuficiente, sentimientos de inferioridad caracterizada por responder a las presiones ambientales en control y retraimiento sin espíritu de lucha es decir una vitalidad disminuida. Presenta una actitud de huida de la realidad buscando satisfacción en la fantasía y una tendencia regresiva y en ocasiones infantil. En cuanto a la comunicación y lazos emocionales estos se encuentran dentro de lo esperado. Existe una fuerte admiración por su hermana mayor

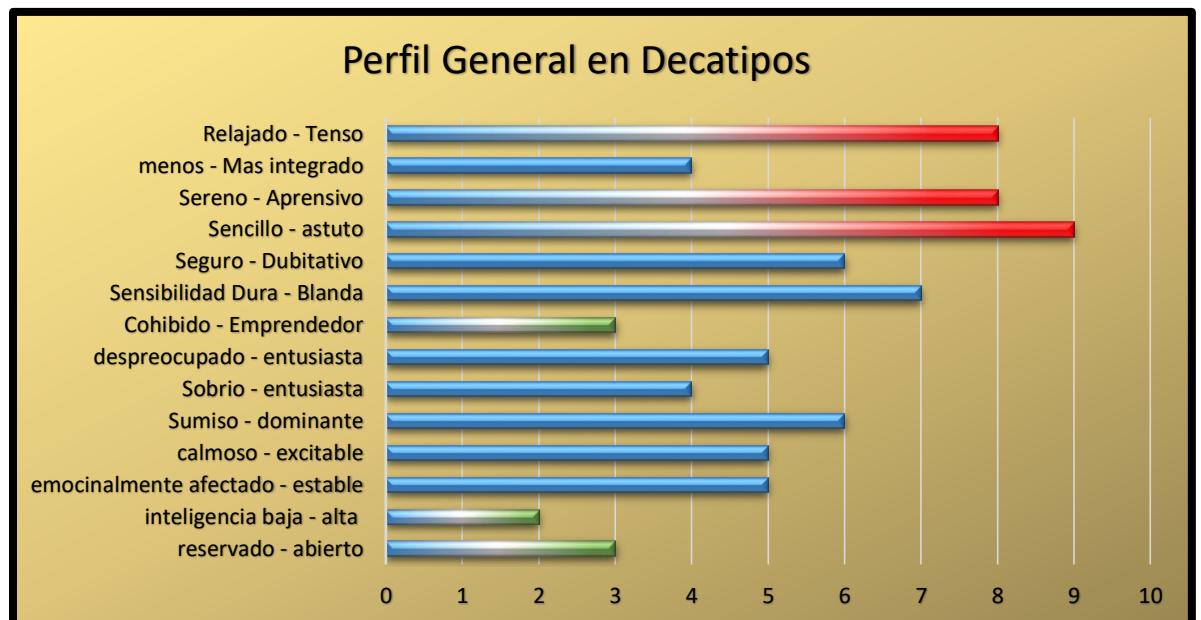
considerándola superior valorándola más a ella sobre sus demás familiares y sobre sí mismo, a pesar de que la comunicación y lazos emocionales con ella sean insuficientes. A pesar de no vivir con la madre existe de la percepción del bloque parental unido valorando más a la madre existiendo desvalorización hacia el padre. Estas situaciones puede ser causante de sus conflictos emocionales y ansiedad por la percepción consciente de insatisfacción.

- **Área personal:**

Test de la figura humana KAREN MACHOVER

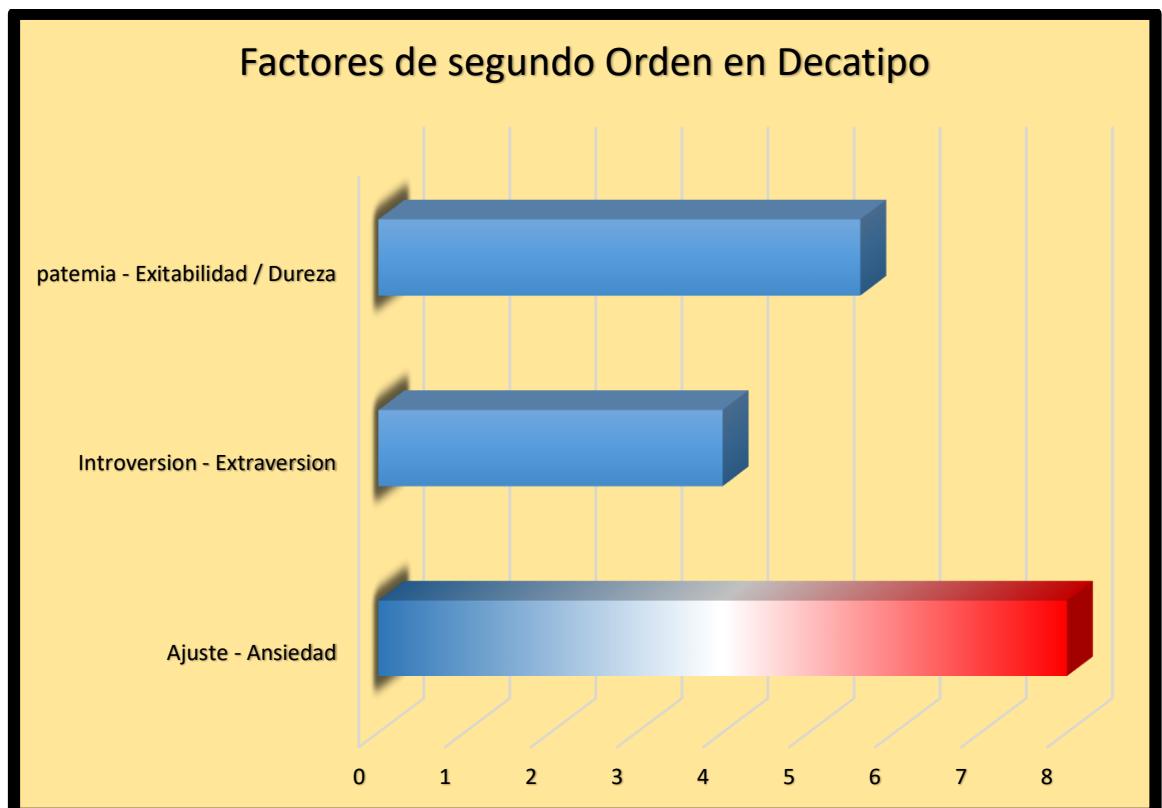
El niño manifiesta en rasgos generales introversión y conflicto consigo mismo. Presenta inhibición y timidez evadiendo relaciones sociales con cautela y superficialidad encerrándose en sí mismo, en su mundo, manteniéndose reservado y desconfiado, por lo que a pesar de poseer una rica vida interior tiene problemas de adaptación. Existe un desarrollo del yo insuficiente, rasgos de inmadurez, infantilismo y dependencia materna, existiendo en ocasiones procesos regresivos. Por otro lado existe claridad en las ideas, mantiene en los procesos superiores de asimilación y comprensión predominando su razón, sin embargo estos procesos no se coordinan de forma adecuada con sus impulsos internos expresando de forma seca y fría sus afectos Vitalidad disminuida. A pesar de su inseguridad, presenta deseos de ser fuerte y vital sin embargo existe el miedo al esfuerzo por cambiar manteniéndose en un estado de vitalidad disminuido, provocándole ansiedad y frustración hacia sí mismo.

Cuestionario de personalidad para niños



Al ver los resultados apreciamos que Santiago es reservado siendo frio y alejado. Por otro lado se caracteriza por ser de lento aprendizaje y comprensión. También se caracteriza por ser sensible, desamedentrase fácilmente y mediante el alejamiento intenta evitar las amenazas y excesiva estimulación sociales.

Es socialmente receptivo y habilidoso realista y oportunista, se sugiere que Santiago capta mejor los modos de actuar de los adultos y de sus compañeros y consecuentemente, persigue sus intereses mejor que el niño común. Presenta sensaciones de culpabilidad, inseguridad, preocupación, con autoreproches. También existe la presencia de frustración y no suele mostrar irritabilidad o mal humor.



Existe la alta posibilidad que Santiago se sienta insatisfecho con su posibilidad de responder a las urgencias de la vida o con sus éxitos en lo que desea. Posible desorganización de la acción y de posibles alteraciones fisiológicas.

V. RESUMEN

Santiago a la evaluación presenta en cuanto al área intelectual y cognitiva una inteligencia promedio. Esto significa que no presentaría serias deficiencias en el planteamiento y resolución de problemas de razonamiento y operaciones analíticas de deducción de relaciones, podría resolver problemas de percepción de manera adecuada, sin embargo la coordinación visomotora estaría presentando problemas significativos. Es muy probable que la causa de este nivel parece estar siendo causada por el desinterés y desmotivación del niño.

En cuanto al área socio emocional Santiago presenta una autopercepción insuficiente, sentimientos de inferioridad caracterizada por responder a las presiones ambientales en control y

retramiento sin espíritu de lucha es decir una vitalidad disminuida. Presenta una actitud de huida de la realidad buscando satisfacción en la fantasía y una tendencia regresiva y en ocasiones infantil. En cuanto a la comunicación y lazos emocionales en su familia estos se encuentran dentro de lo esperado. Existe una valoración aumentada hacia su hermana, una valoración disminuida de sí misma y a pesar de haber vivido el abandono de la madre la valora más a ella que al padre desvalorando a este último. Las relaciones entre sus familiares son una causa de sus conflictos emocionales y ansiedad por la percepción consiente de insatisfacción. Presenta inhibición y timidez evadiendo relaciones sociales con cautela y superficialidad encerrándose en sí mismo, en su mundo, manteniéndose reservado y desconfiado, por lo que a pesar de poseer una rica vida interior tiene problemas de adaptación.

En cuanto al área personal Santiago presenta en rasgos generales introversión y conflicto interno que le provoca ansiedad y frustración hacia sí mismo. Existe un desarrollo del yo insuficiente, rasgos de inmadurez, infantilismo y dependencia materna, existiendo en ocasiones procesos regresivos. Sus procesos intelectuales no se coordinan de forma adecuada con sus impulsos internos expresando de forma seca y fría sus afectos Vitalidad disminuida. A pesar de su inseguridad, presenta deseos de ser fuerte y vital sin embargo existe el miedo al esfuerzo por cambiar manteniéndose en un estado de vitalidad disminuido.

En cuanto a rasgos de personalidad es reservado siendo frío y alejado. Por otro lado se caracteriza por ser de lento aprendizaje y comprensión. También se caracteriza por ser sensible, desamedentrarse fácilmente y mediante el alejamiento intenta evitar las amenazas y excesiva estimulación sociales.

Es socialmente receptivo y habilidoso realista y oportunista, se sugiere que Santiago capta mejor los modos de actuar de los adultos y de sus compañeros y consecuentemente, persigue sus intereses mejor que el niño común. Presenta sensaciones de culpabilidad,

inseguridad, preocupación, con autoreproches. También existe la presencia de frustración y posibilidad de mostrar irritabilidad o mal humor.

Arequipa

17/12/2017

.....

Darío Fidel Llerena

Babilonia

Bachiller en psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

| | |
|----------------------|--|
| Nombre y Apellido | : Santiago. F.V |
| Edad | : 9 años |
| Fecha de nacimiento | : 25/09/2007 |
| Lugar de nacimiento | : Arequipa |
| Grado de instrucción | : cuarto año de primaria. |
| Estado Civil | : Soltero |
| Procedencia | : Arequipa |
| Ocupación | : Estudiante |
| Religión | : Católica |
| Referente | : Tía del paciente. |
| Lugar de evaluación | : C. S. Generalísimo San Martín |
| Informantes | : Paciente, tía, hermana, padre. |
| Fecha de evaluación | : 06, 13 y 21 de octubre; 7 y 14 de noviembre del 2016 |
| Examinador | : Darío Fidel Llerena babilonia |

II. MOTIVO DE CONSULTA:

El niño viene a consulta acompañado de su tía la cual refiere sentirse muy preocupa por el comportamiento de Santiago, indica que hace unas semanas descubrió que el niño faltó a la escuela en 2 oportunidades y dice creer que lo hizo por ir a las cabinas de internet, refiere que el niño al ser encarado intenta mentir sobre lo ocurrido, respondiendo de una forma evasiva y a veces desafiante. Por otra parte la tía manifestó que el niño tuvo buen desempeño en un colegio particular, pero que al parecer las exigencias mínimas no prepararon a Santiago para poder desarrollarse bien en un colegio estatal ya que en cuarto año fue puesto en un colegio estatal donde su rendimiento académico fue inferior, la tía refiere que la maestra le dijo que pareciera que a Santiago no le hubieran enseñado bien y solo

lo aprobaron porque si, tal vez para que sigan pagando la pensión.

Por otra parte la tía indica que estos problemas se deben al abandono que sufrió Santiago por parte de su madre y la posterior falta de apoyo que recibió, indica que este problema ha causado que Santiago tenga estos comportamientos.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Entrevista
- Observación
- Pruebas psicológicas
 - Test de inteligencia Toni-2
 - Test gestáltico visomotor de bender.
 - Cuestionario de personalidad para niños CPQ
 - Test de la Figura Humana de Karen Machover
 - Test de la familia

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

El desarrollo de Santiago fue aparentemente normal en sus primeros años de vida. Cuando Santiago tenía dos años la madre abandonó el hogar dejándolo al cuidado de su padre y abuela, así mismo dejó en abandono a su hija Edith de 8 años.

El niño creció sin el apoyo moral y afectivo de una madre además de no contar con el suficiente apoyo, atención, cuidado y afecto necesario para un desarrollo normal. Estas condiciones más la falta de responsabilidades, adecuadas relaciones emocionales y de comunicación con su familia crearon el ambiente necesario para que Santiago desarrolle conductas desadaptadas como comenzar a mentir, encapricharse, escaparse para ir a jugar, no cumplir sus tareas ni deberes, aislarse y encerrarse en su propio mundo.

La tía refiere que el embarazo de Santiago fue planificado siendo el segundo hijo y el último; durante la gestación la madre

no presentó problemas significativos, no presentó ningún retraso significativo; respecto a su desarrollo psicomotor, lenguaje y comunicación fue normal.

La etapa escolar la inició a los 3 años de edad en inicial donde se desarrolló dentro de lo esperado. Al iniciar la primaria fue puesto en un colegio particular donde al parecer su rendimiento estaba dentro de lo esperado, sin embargo al ingresar al cuarto grado de primaria en una institución estatal comenzaron a salir a flote problemas de desempeño académico refiriendo su profesora que no es un niño responsable, es flojo, desinteresado no hace tareas y no puede aprender de forma correcta según su edad y grado alcanzado, lo cual podría deberse a que en el colegio particular lo hicieron pasar con tal de pagar la pensión.

Santiago es un niño retraído socialmente, poco conversador, no es de hacer amigos fácilmente con personas de su edad pero si con mayores sin problema alguno, lo que más le gusta es jugar en internet y en su tableta, que prefiere actividades de poco esfuerzo físico y contacto social.

En cuanto al desarrollo emocional Santiago muestra algunas deficiencias relacionadas al poco desarrollo emocional y su efecto en su medio social y familiar con la cual no se encuentra satisfecho causándole ansiedad y frustración consigo mismo.

Al día de hoy Santiago presenta problemas en cuanto a su rendimiento académico, relaciones familiares y sociales, así como falta de desarrollo emocional y una cierta inmadurez acompañada de conductas desadaptadas.

V. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

El niño evaluado aparenta tener la edad que indica, se encuentra orientado en tiempo y espacio, presenta una forma de vestir alineada y generalmente se muestra aseado, sus expresiones faciales y corporales concuerdan con su estado de ánimo debido que no expresa sus emociones, no sonríe mucho,

no muestra afecto hacia sus familiares. Presentando en general una actitud de desánimo, desinterés y un estado reservado respondiendo de forma corta y evasiva. Realizó las evaluaciones con la misma actitud, sin embargo logró completar las tareas que se le encomendaron. En cuanto a su atención al empezar las entrevistas y evaluaciones esta es regular, sin embargo, decae rápidamente en el transcurso de las sesiones. Por otra parte su lenguaje es corto, simple y coherente.

Al parecer presenta una percepción sin disfunciones ni distorsiones, es capaz de reconocer y discriminar correctamente los estímulos de su entorno. También manifiesta un predominio en el pensamiento concreto sobre el abstracto. Manifiesta conciencia de estado y muestra interés en querer mejorar.

- Cuestionario de personalidad para niños CPQ

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Santiago a la evaluación presenta en cuanto al área intelectual y cognitiva una inteligencia promedio. Sin embargo la coordinación visomotora, según instrumento aplicado, es muy inferior con respecto a su edad y grado de escolaridad, presentando la coordinación visiomotora de un niño de 6 años o de primero de primaria, además de indicadores de una posible lesión cerebral.

En cuanto al área personal Santiago presenta rasgos de personalidad introvertida, ansiedad y astucia. De expresión afectiva disminuida, suele mostrarse reservado frio y alejado, además de mostrar una actitud negativista o de desinterés por actividades de aprendizaje y esfuerzo. Prefiere jugar videojuegos y ver televisión, así, intenta evitar las amenazas y estimulaciones sociales.

Presenta emociones de culpabilidad, inseguridad, preocupación, irritabilidad o mal humor que provocan y refuerzan las conductas desadaptadas de Santiago. Percibir su estado y sus ganas de cambiar genera en Santiago un cierto

grado de ansiedad, sin embargo existe el miedo al esfuerzo por cambiar manteniéndose en un estado de vitalidad disminuida que alimenta los conflictos personales y conductuales.

En cuanto al ámbito social Santiago presenta problemas en la integración social y familiar, presenta una actitud introvertida y evasiva hacia las relaciones sociales, prefiriendo mantenerse reservado en su propio mundo interior. Caracterizado por responder a las presiones ambientales en control y retramiento. En cuanto a la comunicación y lazos emocionales en su familia estos presentan algunas deficiencias.

Las relaciones entre sus familiares después de sufrir el abandono de la madre y la posterior falta de apoyo, enseñanza y afecto se encuentran en relación con sus conflictos emocionales y problemas conductuales. Sin embargo en la actualidad su familia está intentando brindarle el apoyo que necesita para poder mejorar.

VII. CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA

Santiago, a pesar de presentar un nivel de inteligencia promedio, presenta bajo rendimiento académico y problemas conductuales, el abandono de la madre y el abandono posterior abandono psicológico ha desarrollado en Santiago comportamientos desadaptados y conflictos emocionales, con una actitud en general negativista o de desinterés. Existe la presencia cierto grado de ansiedad y frustración, recayendo en conductas de huida y evasión.

Según el instrumento aplicado no se descarta la presencia de problemas orgánicos.

F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo

PRONOSTICO

Reservado porque aún se debe descartar problemas de organicidad con un especialista. Y seguir acudiendo a terapia para poder mejorar su condición.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Hacer una evaluación neuropsicológica más profunda y especializada.
2. Terapia individual.
3. Acudir a terapia familiar.

Arequipa, 20 de Diciembre del 2017

.....

Darío Fidel Llerena Babilonia

Bachiller de psicología

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO

A. DATOS GENERALES:

| | |
|----------------------|--|
| Nombre y Apellido | : Santiago. F.V |
| Edad | : 9 años |
| Fecha de nacimiento | : 25/09/2007 |
| Lugar de nacimiento | : Arequipa |
| Grado de instrucción | : cuarto año de primaria. |
| Estado Civil | : Soltero |
| Procedencia | : Arequipa |
| Ocupación | : Estudiante |
| Religión | : Católica |
| Referente | : Tía del paciente. |
| Lugar de evaluación | : C. S. Generalísimo San Martín |
| Informantes | : Paciente, tía, hermana, padre. |
| Fecha de evaluación | : 06, 13 y 21 de octubre; 7 y 14 de noviembre del 2016 |
| Examinador | : Darío Fidel Llerena babilonia |

B. CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA

Santiago, a pesar de presentar un nivel de inteligencia promedio, presenta bajo rendimiento académico y problemas conductuales, el abandono de la madre y el abandono posterior abandono psicológico ha desarrollado en Santiago comportamientos desadaptados y conflictos emocionales, con una actitud en general desafiante o de desinterés. Existe la presencia cierto grado de ansiedad y frustración, recayendo en conductas de huida y evasión.

Según el instrumento aplicado no se descarta la presencia de problemas orgánicos.

F 94.9 Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación

C. OBJETIVO GENERAL:

Mejorar el estado general del niño en el plano social-familiar, personal, emocional y académico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Mejorar el estado de emocional reduciendo estimulando su autoconocimiento y regulación emocional.
- Mejorar las relaciones familiares.
- Dotar de habilidades sociales para su adaptación al medio.
- Desarrollar interés por el estudio y el aprendizaje

D. DESCRIPCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO:

El plan psicoterapéutico se desarrollara en 8 sesiones donde se utilizarán diversas técnicas cognitivo conductuales y emocionales, con el fin de que EL niño pueda mejorar su equilibrio emocional, personal y social, por otro lado es adecuado hacer un programa de intervención familiar que ayude a mejorar las relaciones realizando todas estas actividades el niño estará mejorando su bienestar integral. Todas las sesiones serán informadas al padre y cuidadores del hogar para que este participe en el seguimiento y fortalecimiento de las actividades.

E. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS REALIZADAS

Se realizaran diversas terapias bajo el modelo cognitivo conductual. El tipo de sesión será en algunos casos de forma individual y otras en familia.

| Nº SESIÓN | TÉCNICA | OBJETIVO | DESARROLLO | TIEMPO | MATERIALES |
|-----------|---|---|--|------------|-----------------------|
| 1 | RELAJACIÓN MEDIANTE LA IMAGINACIÓN | Ayudar a crear una relación cálida entre el terapeuta y el paciente | <p>Se realizaron ejercicios de relajación primeramente mediante inspiraciones y expiraciones profundas, se continuó con la imaginación de un sendero en la montaña junto con audio. Seguido se hizo retroalimentación de la importancia de participar en las sesiones y como estas lo ayudaran, además de manifestar el interés del terapeuta por la mejoría del paciente.</p> | 45 minutos | Silla, sofá, o diván. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| 2 | ECONOMÍA DE FICHAS. PRINCIPIO DE PREMACK | Mejorar el desempeño académico como el interés por los estudios | <p>Junto con la tía se realizó un contrato de recompensas por logros alcanzados cada semana, los cuales se contarían como puntos. En este se especificó que haga tareas y cumpla responsabilidades en casa a cambio de recibir su Tablet para jugar por un breve periodo de tiempo entre otras recompensas.</p> <p>Se acordó además que lo apoyarían a realizar actividades que más le gustan (robótica, sistemas) después de realizar las de menos frecuencia pero más esperadas (lectura, escritura.)</p> | Papelote, plumones , reglas. 45 minutos Recortes cuentos imágenes |

| | | | | | |
|---|--|---|---|------------|-------|
| | | | | | |
| 3 | ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE SUPERACIÓN PERSONAL | Establecer una meta personal y como alcanzarla. Fortaleciendo la confianza y estima hacia sí mismo | Se planteó una meta clara y concreta. (hacer más amigos) Se estableció las tareas que se deben realizar para lograr su objetivo. (Aplicar habilidades sociales de comunicación y juego) se organizó gráficamente en un mapa las tareas en el orden en que se deberían realizar. (en el salón y en el patio; antes y fuera del colegio) Se motivó a poner en marcha las actividades. | 45 minutos | Silla |

| | | | | |
|---|--|--|---|---------------------|
| | | | | |
| 4 | TÉCNICA DE AUTOINSTRUCCIÓN DE MEINCHEBA UN PARA HABILIDAD ES SOCIALES | Desarrollo y aplicación de habilidades sociales.(Saludos, iniciar una conversación y participar en los juegos) | <p>1º- El terapeuta actuó como modelo y llevo a cabo la tarea de saludar verbalmente mientras se habla a sí mismo en voz alta sobre lo que está haciendo</p> <p>2º- El niño llevo a cabo la misma tarea del ejemplo propuesto por el terapeuta, bajo la dirección de las instrucciones de éste (Guía externa en voz alta).</p> <p>3º- El niño lo vuelve a hacer mientras se dirige a sí mismo en voz alta (Autoinstrucciones en voz alta).</p> <p>4º- despues el niño llevo a cabo la tarea de nuevo, pero sólo verbalizando en un tono muy bajo (autoinstrucciones</p> | 45 minutos cojín |

| | | | |
|---|--|---|---|
| | | | |
| 5 | CONSEJERÍA Y ORIENTACIÓN FAMILIAR | Proporcionar a la familia información relevante para la mejora de los vínculos familiares y su repercusión en el paciente | <p>Se conversó primeramente con la tía, luego la hermana y posteriormente con el padre sobre la importancia de apoyar a Santiago, de supervisar su progreso y cumplir con las actividades para cumplir las metas planteadas y sobre todo se motivó a que puedan acercarse más a él como familia brindándole afecto seguridad y comprensión.</p> |

F. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS POR REALIZAR

| | | | | |
|---|---|---|-------------------|--|
| | | | | |
| 1 | TERAPIA FAMILIAR ETAPA 1 | <p>Se realiza el encuadre con el grupo, se ubica al grupo en los aspectos de familia, definiciones, funciones, ciclos de vida familia</p> <p>Se escriben tarjetas con diferentes frases vinculadas a la familia, cada miembro toma una tarjeta y la lee a grupo. Con posterioridad de la lectura se presenta al grupo haciendo referencia a su nombre, ocupación, estado civil.</p> <p>Después el moderador realiza el encuadre de las actividades explicándole a los participantes los objetivos de las sesiones, días, horas, temáticas (se llega a un acuerdo)</p> <p>Asimismo se exploran las expectativas que tienen con relación a estas actividades. Este paso es muy importante ya que despierta el interés, la motivación de los participantes y constituye el enganche de nuestro trabajo.</p> | Tarjetas pequeñas | |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | | | |
| 2 | <p>TERAPIA FAMILIAR</p> <p>ETAPA 2</p> <p>La comunicación y la interpretación por el otro.</p> <p>Comunicar sentimientos a partir de gestos.</p> | <p>Se sientan en círculo los participantes. Cada uno desde su asiento o desde el centro, utilizando el lenguaje extraverbal, le trasmite el sentimiento que vivencia en este día al compañero del grupo que escoja. Así cada uno de los miembros se va comunicando. Después se analiza el sentimiento expresado y el recibido.</p> <p>Se trabajan las reglas para una mejor comunicación y las diferencias intergeneracionales en la comunicación. El silencio como forma de comunicación.</p> | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| 3 | TERAPIA FAMILIAR ETAPA 3 | <p>Se invita a los presentes a participar en una rifa donde habrá premios Los participantes se agruparán como pertenecientes a una familia y así se conformarán tantas familias como consideren.</p> <p>Se trabaja en modelar y fomentar en el grupo interacciones afectivas en la familia. Importancia del afecto para los miembros de la familia.</p> | <p>Tomarán de la bolsa un papelito con un número e inmediatamente el coordinador buscará en el listado el premio que le corresponde. Ejemplo: recibirás un alago de un miembro de tu familia, recibirás un piropo, se puede leer una frase de aliento, escucharás una poesía dedicada a ti, te dedicaremos una canción, recibe un abrazo, te cantaremos felicidades, etc.</p> |

| | | | | |
|---|---|---|---|------------|
| 4 | TERAPIA FAMILIAR ETAPA 4 | Distribución y desempeño de roles en el hogar, cumplimiento y distribución equitativa de roles en el hogar. | Los participantes se sientan en círculo, en el medio se coloca una mesa con periódicos. Se les refiere a los participantes que pueden tomar los periódicos que están sobre la mesa y hacen lo que deseen excepto leerlos y/o hablar | Periódicos |
|---|---|---|---|------------|

G. TIEMPO DE EJECUCIÓN:

El plan psicoterapéutico será ejecutado en un lapso de tiempo sugerido de 3 meses con una sesión por cada semana, repitiendo la primera por tres semanas, la segunda por dos semanas y las demás una vez por semana distanciándose progresivamente el tiempo entre sesiones para observar los logros obtenidos y realizar los refuerzos correspondientes, así mismo la duración por cada sesión será de 45 minutos a una hora.

H. AVANCES PSICOTERAPÉUTICOS:

Se entrenó al paciente en técnicas de habilidades sociales y se establecieron metas y proyectos de superación personal así como técnicas de modificación de conductas, además de orientación a la familia sobre la importancia de comprender y apoyar a Santiago en el proceso de mejora.

Quedaron pendientes las sesiones de terapia familiar.

Arequipa

10/10/2017

.....
Darío Fidel Llerena Babilonia

Bachiller en psicología

ANEXOS



TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL

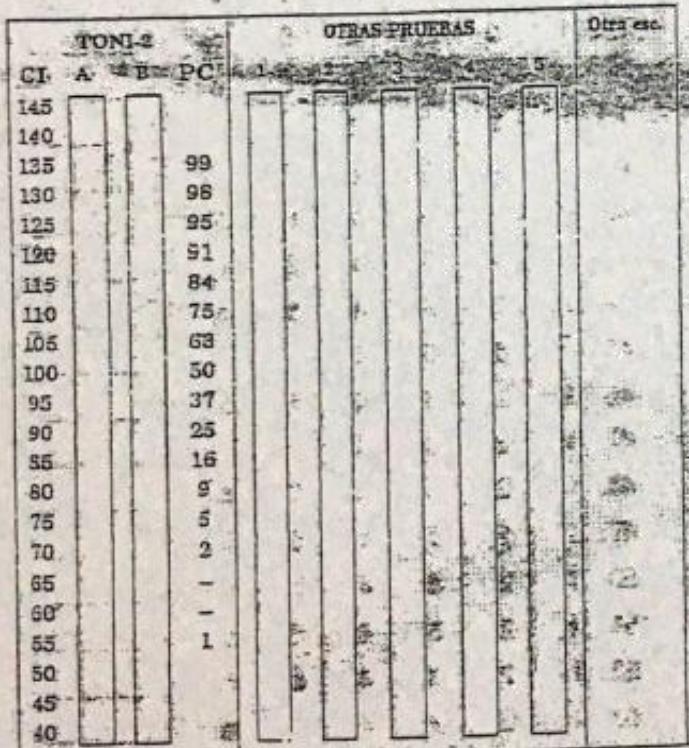
*Apreciación de la habilidad cognitiva
sin influencia del lenguaje*

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre Santiago F. V.
 Nombre del padre o tutor _____
 Centro _____
 Curso _____
 Examinado por Dario Llerena

| | | | |
|------------------|---------------------------------------|----------------------------|----|
| Sexo: | <input checked="" type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> M | |
| Año | 2016 | 10 | 24 |
| Fecha nacimiento | 2007 | 09 | 25 |
| Edad | 09 | 0 | 30 |

B. RESULTADOS Y PERfil



TONI-2 Forma A

PD= 74 CI= 64.1 PC= ETM= Prueba C

TONI-2 Forma B

PD= CI= PC= ETM=

Otras pruebas

| | | |
|----|-------------------|---------------------------------|
| 1. | PD= <u> </u> | PT _m = <u> </u> |
| 2. | PD= <u> </u> | PT _m = <u> </u> |
| 3. | PD= <u> </u> | PT _m = <u> </u> |
| 4. | PD= <u> </u> | PT _m = <u> </u> |
| 5. | PD= <u> </u> | PT _m = <u> </u> |
| 6. | PD= <u> </u> | PT _m = <u> </u> |

(1) Escala utilizada: _____

C. CONDICIONES DE APLICACIÓN

- Motivo de la aplicación: _____
- Lugar adecuado: S No afecta a la aplicación: S No
- Aplicación: Individual Colectiva
- Aceptación por parte del sujeto: _____
- Actitud: _____
- Relación con el examinador: _____
- Comprensión de la tarea: _____
- Interés: _____
- Otros: _____



D. RESPUESTAS FORMA A

5-7

1. 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6
2. 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6
3. 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6

24. 1 2 3 4 5 6

25. 1 2 3 4 5 6

26. ① 2 3 4 5 6

27. 1 2 3 4 5 6

28. 1 2 3 ④ 5 6

29. 1 2 3 4 5 6

30. 1 2 3 4 5 6

31. 1 2 3 4 5 6

32. 1 2 3 4 5 6

33. 1 2 3 4 5 6

34. 1 2 3 4 5 6

35. 1 2 3 4 5 6

36. 1 2 3 4 5 6

37. 1 2 3 4 5 6

38. 1 2 3 4 5 6

39. 1 2 3 4 5 6

40. 1 2 3 4 5 6

41. 1 2 3 4 5 6

42. 1 2 3 4 5 6

43. 1 2 3 4 5 6

44. 1 2 3 4 5 6

45. 1 2 3 4 5 6

46. 1 2 3 4 5 6

47. 1 2 3 4 5 6

48. 1 2 3 4 5 6

49. 1 2 3 4 5 6

50. 1 2 3 4 5 6

51. 1 2 3 4 5 6

52. 1 2 3 4 5 6

53. 1 2 3 4 5 6

54. 1 2 3 4 5 6

55. 1 2 3 4 5 6

8-9

4. 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6
5. 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6
6. 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6
7. 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6

10-12

8. 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6
9. 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6
10. 1 ② 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6
11. 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6

13-17

12. 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6
13. 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6
14. ① 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6
15. 1 2 ③ 4 5 6 1 2 3 4 5 6
16. 1 2 3 ④ 5 6 1 2 3 4 5 6

18-20

17. 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6
18. 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6
19. 1 2 3 4 ⑤ 6 1 2 3 4 5 6
20. 1 2 3 4 5 ⑥ 1 2 3 4 5 6
21. 1 2 ③ 4 5 6 1 2 3 4 5 6

21 y más

22. ① 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6
23. ① 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6

E. RESUMEN DE PUNTUACIONES

• Elemento umbral 12

• Respuestas correctas entre umbral y techo o fin 7

• Puntuación efectiva

14

19

11/11/2016

CPQ

HOJA DE RESPUESTAS

Apellidos y nombres: JAN PÉREZ
Centro Educativo:Edad: 6 Sexo: Masculino
Grado: 1º grado primaria

Para dar las contestaciones, girar la hoja a la izquierda

EJEMPLOS:

| | | |
|---|---|---|
| A | B | C |
| 0 | 0 | |

| | | |
|----|----|----|
| G | H | I |
| 16 | 17 | 18 |

- X. ¿Qué preferirías hacer?
 Y. ¿Cuál es de las palabras tiene relación con las demás?
- | | | |
|---|---|---|
| O | O | O |
|---|---|---|

| PRIMERA PARTE | | | SEGUNDA PARTE | | | | | |
|---------------|---|----|---------------|----|---|----|---|----|
| A | B | C | A | B | C | A | B | C |
| 1 | 0 | 15 | 0 | 29 | 0 | 43 | 0 | 57 |
| 2 | 0 | 0 | 16 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 |
| 3 | 0 | 0 | 17 | 0 | 0 | 31 | 0 | 0 |
| 4 | 0 | 0 | 18 | 0 | 0 | 32 | 0 | 0 |
| 5 | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | 33 | 0 | 0 |
| 6 | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 | 34 | 0 | 0 |
| 7 | 0 | 0 | 21 | 0 | 0 | 35 | 0 | 0 |
| 8 | 0 | 0 | 22 | 0 | 0 | 36 | 0 | 0 |
| 9 | 0 | 0 | 23 | 0 | 0 | 37 | 0 | 0 |
| 10 | 0 | 0 | 24 | 0 | 0 | 38 | 0 | 0 |
| 11 | 0 | 0 | 25 | 0 | 0 | 39 | 0 | 0 |
| 12 | 0 | 0 | 26 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 |
| 13 | 0 | 0 | 27 | 0 | 0 | 41 | 0 | 0 |
| 14 | 0 | 0 | 28 | 0 | 0 | 42 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | |
|----------------|---|---|----|----|----|----|----|----|
| Q ₁ | 8 | Y | 12 | 14 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| Q ₂ | 6 | Z | 13 | 15 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| Q ₃ | 7 | Z | 14 | 16 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| Q ₄ | 8 | Z | 15 | 17 | 19 | 20 | 21 | 22 |

06/10/2016

Santiago

9 años



• • • • • • •



○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



HOJA DE EVALUACION

HERNAN REYNOSO D.

I. DATOS DE INFORMACION GENERAL:

1.1. NOMBRES Y APELLIDOS:

| AÑO | MES | DIA |
|------|-----|-----|
| 2016 | 10 | 7 |
| 2007 | 09 | 25 |

1.2. FECHA DE APLICACION:

1.3. FECHA DE NACIMIENTO:

1.4. EDAD CRONOLOGICA: 09 0 12SEXO: Hijo1.5. GRADO: 4to grado primaria1.6. EXAMINADOR: Hernan Reynoso1.7. HORA INICIO: 10:00HORA FINAL: 10:04TIEMPO: 4 minutos

III. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

3.1. DIAGNOSTICO DE LA MADUREZ DE LA PERCEPCION VISOMOTORA:

NO ERRORES (P.D.) 7 MEDIA (P.P.) 17 DESV. STANDAR 1.76
LIMITES CRITICOS DE DESVIACION NORMAL (+/-) 0 a 35DIAGNOSTICO : SUPERIOR NORMAL INFERIOR

3.2. DIAGNOSTICO DE LA CAPACIDAD INTELECTUAL:

E.C. 9 años E.M. 6.6 - 6.11 C.I. 91DIAGNOSTICO APROX. Promedio

3.3. DIAGNOSTICO DE MADUREZ EN ESCOLARIDAD:

NO ERRORES 7 MEDIA 4.47 DESV. STANDAR 4.47
LIMITES CRITICOS DE DESVIACION NORMAL (+/-) 4.0 a 12GRADO ESCOLARIDAD 1er EDAD MEDIA 6.3DIAGNOSTICO Muy lento

3.4. DIAGNOSTICO DE INDICADORES DE LESION CEREBRAL:

| | NO ERRORES | PORCENTAJE |
|---|------------|------------|
| ERRORES ALTAMENTE SIGNIFICATIVOS | <u>1</u> | <u>15%</u> |
| ERRORES SIGNIFICATIVOS | <u>5</u> | <u>85%</u> |
| ERRORES NO SIGNIFICATIVOS | <u>0</u> | |
| DIAGNOSTICO <u>Possible lesión cerebral</u> | <u>1</u> | |

3.5. FACTORES RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO DE LESION CEREBRAL:

TIEMPO: 4 minutos, esta asociado a posible lesión cerebralESPACIO: una hoja, no esta relacionado con lesiónINDAGACION DE ERRORES: Se da cuenta que el niño no pone nro adjunto no corrige, no esta relacionado a lesión cerebralOBSERVACION DE CONDUCTAS: Presente obsesión, falta de orden, mala ortografía, mala el dibujo en corto tiempo y luego olvida de memoria3.6. SINTESIS DIAGNOSTICA: Possible lesión cerebral

Santiago 8 años

21/10/2016



Santiago 9 años
21/11/2016

