



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL

DOCUMENTO PROBATORIO DEL EXAMEN COMPLEXIVO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

PROBLEMA:

**LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO
BIPOLAR**

AUTORA:

MARIA INES MORA GOMEZ

TUTOR:

PSI. CL. FANNY RAQUEL LÓPEZ TOBAR MSC

BABAHOYO - MAYO 2019



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo se lo dedico a Dios por haberme dado la vida y la fuerza para seguir en esta carrera y poder culminarla

A mis padres por ser una parte muy importante en mi vida, y por demostrarme siempre su apoyo y su amor incondicional

A mi esposo por tanta dedicación, sacrificio en todos estos años gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy

A mis hijos que amo con todo mi corazón, son la motivación para seguir adelante luchando, compartiendo momentos importante en nuestra vida como familia



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios primeramente por ser la fortaleza en mi vida, a mis docentes por haberme compartido sus conocimientos y su sustento para seguir adelante

Agradezco a mi tutora de proyecto de caso la Msc. López tobar Fanny por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad, conocimiento durante el proceso de investigación y redacción del trabajo



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



AUTORIZACION DE LA AUDITORIA INTELECTUAL

YO, Maria Ines Mora Gomez portadora de cedula de ciudadanía **12072345464**, en calidad de autora del documento aprobatorio dimencion practica del examen complexivo, previo a la obtencion del titulo de **psicologa clinica**, declaro que soy autora del presente trabajo de investigacion, el mismo que es original, autentico y personal, con el tema:

LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO BIPOLAR

Por la presente autorizo a la universidad tecnica de babahoyo, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen

Maria Ines Mora

MARIA INES MORA GOMEZ

1207235464



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN



CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL

CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL DOCUMENTO
PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO
PREVIA A LA SUSTENCIÓN.

Babahoyo, 25 de abril del 2019

En mi calidad de Tutor del documento probatorio dimensión práctica del examen complejo, designado por el Consejo Directivo con oficio N°CP-077-(9)], con 1 de abril del 2019, mediante resolución CD-F.A.C.C.J.S.E, certifico que el Sra MARIA INES MORA GOMEZ ha desarrollado estudio de caso titulado:

**LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN UN PACIENTE CON
DIAGNOSTICO DE TRASTORNO BIPOLAR**

Aplicando las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo al egresado, reproduzca el documento definitivo del documento probatorio dimensión práctica del examen complejo y lo entregue a la coordinación de la carrera de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a conformar el Tribunal de sustentación designado para la defensa del mismo.

PSI. CL. FANNY RAQUEL LÓPEZ TOBAR MSC
DOCENTE DE LA FCJSE.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



Babahoyo 26 de abril de 2019

INFORME FINAL DEL SISTEMA DE URKUND

En mi calidad de Tutora del Documento Probatorio dimensión práctica del Examen Complexivo de la señorita **Mora Gómez María Inés**, cuyo tema es: **TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO BIPOLAR**, certifico que el trabajo investigativo fue analizado por el Sistema Antiplagio *Urkund*, obteniendo como porcentaje de similitud el 10%, resultados que evidenciaron las fuentes principales y secundarias que se deben considerar para ser citadas y referenciadas de acuerdo a las normas de redacción adoptadas por la institución.

Considerando que, el Informe Final, el porcentaje máximo permitido es el 10% de similitud, queda aprobado para su publicación.

Por lo que se adjunta una captura de pantalla donde se muestra el resultado del porcentaje indicado:

URKUND

Documento: [Mora Gómez María Inés.docx](#) 051009601

Presentado: 2019-04-25 18:33:01:00

Presentado por: marinez-1301@hotmail.com

Recibido: lopez.urb@analisis.urtmbt.com

Mensaje: [Mora Gómez María Inés.docx](#)

10% de estas 8 paginas, se componen de texto presente en 2 fuentes.

55

PSIC.CLIN. FANNY LOPEZ TOBAR MSC.
DOCENTE DE LA FCJSE



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



RESULTADO DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN DIMENSIÓN ESCRITA
DEL EXAMEN COMPLEXIVO

EL TRIBUNAL EXAMINADOR DEL PRESENTE INFORME FINAL DE
INVESTIGACIÓN, TITULADO: TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN
UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO BIPOLAR

PRESENTADO POR : MARIA INES MORA GOMEZ

OTORGA LA CALIFICACIÓN DE:

7,20

EQUIVALENTE A:

Siete con veinte

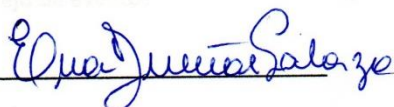
TRIBUNAL:



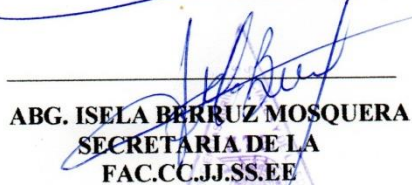
MSC. ZUMBA VERA INGRID
YOLANDA
DELEGADA DE LA DECANA



MSC. CEDEÑO SANDOYA
WALTER ADRIAN.
DELEGADO DEL CIDE



MSC. ENA HEYDEE DUEÑAS
GALARZA
DOCENTE ESPECIALISTA


ABG. ISELA BERRUZ MOSQUERA
SECRETARIA DE LA
FAC.CC.JJ.SS.EE





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



RESUMEN

El presente estudio de caso que se presenta en este trabajo está dirigida hacia una niña de 8 años estudiante de la unidad educativa Isabel María De Ponce, del cantón Babahoyo parroquia pimocha de la provincia de los ríos. En el cual se le aplicó la terapia cognitiva conductual en un paciente diagnosticado con trastorno bipolar, para efectuar este caso se realizaron 12 sesiones para la recolección de información y aplicación de la terapia

Este es un caso especial por lo que esta niña sentía eran síntomas físicos de malestar (cefaleas, dolores abdominales, náuseas), Actualmente, en casa ya no se relaciona con nadie se aísla; compañeros de clase con los que se relacionaba normalmente y con quienes se muestra bastante alejada. La relación con sus padres es buena, aunque su padre no viva con ella está en constante comunicación, con su madre manifiesta llevarse muy bien.

Además se pudo aplicar el test de Beck antes y después de la aplicación y se puede por este medio ver los resultados que la terapia cognitiva conductuales de gran utilidad para cambiar los pensamientos negativos y así mejorar el manejo de eventos

Palabras claves: angustia, psicodiagnóstico, comportamiento, trastorno ciclotímico

INDICE GENERAL

CARATULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
AUTORIZACION DE LA AUDITORIA INTELECTUAL	iv
CERTICADO DE APROBACION DEL TUTOR	v
CERTIFICADO DEL URKUND	vi
RESULTADO DE GRADO	vii
RESUMEN	viii
INDICE GENERAL	ix

1. INTRODUCCIÓN	1
2. DESARROLLO	2
3. CONCLUSIONES	13
4. BIBLIOGRAFÍA	14
5. ANEXOS	15

1. INTRODUCCIÓN

El Estudio de caso que se presenta en este trabajo reside en la intervención psicoterapéutica con una niña que presenta síntomas del trastorno bipolar específicamente del tipo I, mediante el estudio de un caso clínico, y a través de una evaluación psicodiagnóstica previa se propondrá una propuesta de intervención psicológica, sin embargo, antes de abordar este caso particular, se dialogará de la conceptualización, el diagnóstico diferencial y los diferentes tipos de los tratamientos bipolares.

Como bases teóricas tomaremos material bibliográfico desde el modelo de la terapia cognitiva- conductual, pues es bastante práctica a la hora de abordar multiplicidad de situaciones que ameriten atención psicológica especializadas como son problemas de aprendizaje, solucionar dificultades sociales, fortalecer y reconstruir la comunicación y los lazos familiares que son, por lo general los factores más afectados en niños y adolescentes con trastorno bipolar.

Analizaremos los mecanismos que mantienen el trastorno, además se describen también los objetivos para diseñar un esquema terapéutico cognitivo conductual cognitivo-conductual que conlleve a modificar las creencias desadaptativas, relacionada con la excesiva devoción de la niña hacia el estudio, obteniendo resultados satisfactorios pues se consiguió reducir el grado de activación y el tiempo dedicado al estudio.

Los objetivos propuestos fueron que la paciente entienda su trastorno y esta sea detectada tempranamente para reducir la posibilidad de recaídas, los cuales se obtuvieron en un proceso de diez sesiones terapéuticas encontrándose actualmente la paciente en fase de seguimiento para prevenir posibles recaídas del trastorno.

En este trabajo investigativo se acopla a la sub-línea de investigación de trastorno de comportamiento y su impacto en el proceso de enseñanza y aprendizaje, se toma esta línea porque al paciente se le tratara de superar una etapa de su vida en el área social y familiar que presenta síntomas de depresión.

2. DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN

La realización de la presente investigación es de gran importancia debido a que el trastorno Bipolar es una patología mental categorizada como grave, por lo que el padecer esta implica secuelas que incapacitan al sujeto le vuelven dependiente de otros, por las serias dificultades para el desarrollo familiar académico e integración social, según informes de las Naciones Unidas es una de las mayores causas de discapacidad a escala mundial.

Esta investigación tendrá gran impacto en el área metodológica de diagnóstico si como de intervención pues utilizando estrategias cognitivas – conductuales facilitara primero el correcto diagnóstico del trastorno bipolar, como segundo punto se reducirán los síntomas manifiestos de esta psicopatología y con esto lograr que el proceso de desarrollo de todo ser humano se dé satisfactoriamente, obteniendo así el equilibrio en el ámbito emocional tanto del paciente como de su familia.

Al implementar un proceso terapéutico podremos obtener beneficios favorables primeramente para la niña, que se podrán evidenciar, a corto plazo se podrá manifestar mayor integración al contexto familiar, educativo y social y mayor participación y reducción de la sintomatología que se presenta consecuencia del trastorno bipolar, es por ende que la familia, la institución educativa y la sociedad en general también resultaran beneficiadas de los resultados de esta investigación.

La realización del presente estudio investigativo ha sido viable de llevar a cabo pues se contó con todos los recursos humanos, materiales y metodológicos necesarios, así mismo vale indicar que fue factible de realizar pues conto con los familiares de la niña.

OBJETIVO

Demostrar la efectividad de la terapia cognitiva conductual en un paciente con diagnóstico de trastorno bipolar.

SUSTENTOS TEÓRICOS

El Trastorno Bipolar es un trastorno mental grave y recurrente que se extiende a lo largo de la vida y que se caracteriza por oscilaciones en el estado de ánimo con fases de manía, hipomanía o mixtas que generalmente se alternan con episodios depresivos. Clínicamente se distinguen varias formas según los episodios que predominen. De acuerdo con los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima versión (CIE-10) y los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta versión (DSM-IV) los pacientes con Trastorno Bipolar I (TB I) tienen al menos un

episodio de manía franco o un episodio mixto y pueden tener antes o después episodios depresivos.

Tabla 6. Criterios DSM-IV-TR para el Diagnóstico de Trastorno bipolar I
A. Presencia de un episodio maníaco, hipomaníaco, mixto o depresivo mayor
B. Historia de un episodio depresivo mayor, mixto, hipomaníaco o maníaco, según cuál sea el episodio más reciente que se haya tipificado en el criterio A
C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo
D. Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado
E. Los síntomas afectivos de los criterios A y B no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej. hipertiroidismo).

En el Trastorno Bipolar II (TB II) el sujeto experimenta síntomas maníacos menos graves que se denominan fases hipomaníacas y episodios depresivos. También distingue la Ciclotimia en la cual se alternan la hipomanía con los cuadros depresivos subclínicos. Aunque existen ligeras variaciones en la clasificación de la CIE-10,

Tabla 7. Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de Trastorno bipolar II
A. Presencia (o historia) de uno o más episodios depresivos mayores
B. Presencia (o historia) de al menos un episodio hipomaníaco

C. No ha habido ningún episodio maníaco, ni un episodio mixto

D. Los síntomas afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado

E. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social/laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

El Trastorno Bipolar es un trastorno severo sus principales características son las alteraciones afectivas, desniveles significativos en el estado de ánimo bajo, episodios maníacos estos muestra una alta comorbilidad con otro trastorno, estos paciente necesitan tratamientos farmacológicos (Guitierrez, 2016). Los pacientes con Trastorno Bipolar tienen mayor tendencia a presentar pensamientos suicidio inclusive que otros trastornos de atención mental (Deffenbacher, 2013).

Los pacientes que padecen esta alteración ven menguada en gran medida su calidad de vida se ve severamente involucrada de forma negativa, reflejando altos índices de desempleo haciendo que tengan menos ingresos que el resto de la población, mayores tasas de divorcio, entre otros (Corral, 2014). El trastorno bipolar, según estudios realizados en Estados Unidos afecta entre un 3 a un 5% de su población, y nivel mundial se estima que llegaría al 1,5%. (OMS, 2015)

La característica principal de este trastorno se manifiesta por cambios repentinos en el estado de ánimo emocional pueden estar (depresión o manía), su curso varía dependiendo de su estado de ánimo ya que es poco frecuente que su ánimo algunos pacientes necesitan de psicofármacos. (Guitierrez, 2016).

El tratamiento del trastorno bipolar tiene dos pilares básicos que se han desarrollado de forma desigual, por una parte los tratamientos psicofarmacológicos de las fases agudas tanto maníacas como depresivas, y la profilaxis con estabilizadores del ánimo. Por otra parte las intervenciones psicosociales, fundamentalmente de tipo psicoeducativas que están introduciéndose recientemente en la práctica clínica. Probablemente el trastorno bipolar es uno de los trastornos mentales graves en los que es más arduo realizar investigación ya que se dan una serie de circunstancias que la dificultan.

CAUSAS DEL TRASTORNO BIPOLAR

Aunque una conexión genética específica al trastorno bipolar no ha sido determinada, los estudios exponen que del 80 al 90 por ciento de las personas que sufren con esta enfermedad tienen parientes con alguna forma de depresión. Es también posible que las personas logren adquirir la tendencia a desarrollar la enfermedad, la cual puede entonces ser causada por factores ambientales.

Otras exploraciones indican que el padecimiento puede ser causado por un desequilibrio bioquímico lo cual altera el ánimo de la persona. Éste desequilibrio puede ser por causa de una elaboración irregular de hormonas o de un problema con ciertos neurotransmisores, los cuales son químicos en el cerebro que actúan como mensajeros a las neuronas cerebrales

SÍNTOMAS DEL TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar es repetidamente difícil de reconocer y de diagnosticar. Una de las razones es debido a la hipomanía, la cual es una temprana señal del trastorno. La hipomanía puede causar que la persona tenga un alto nivel de energía, pensamientos grandiosos no reales o ideas e impulsividad o comportamiento perturbador y alarmante. Estas sintomatologías pueden sentirse como algo bueno para la persona, lo cual puede llevarle a que uno niega que existe un problema. Otra razón para la falta de afirmación es que el trastorno bipolar puede aparecer como síntomas de otras enfermedades o puede ocurrir con otras dificultades como los del abuso de sustancias, comportamiento irregular en la escuela o problemas en su lugar de empleo.

SÍNTOMAS DE LA MANÍA

Los síntomas de la manía, los cuales pueden durar hasta tres meses si no son tratados, incluyen:

- ✓ Aumento de energía, actividad, inquietud, pensamientos rápidos y el hablar rápido
- ✓ Negación de que existe algún problema
- ✓ Sentimientos excesivamente “altos” o eufóricos—la persona se siente “encima del mundo” y nada, incluyendo malas noticias o eventos trágicos, puede cambiar dicha “felicidad.”
- ✓ Irritabilidad extrema y fácil distracción
- ✓ Reducción de la necesidad para dormir

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El DSM 5 (APA, 2014), nos cita la siguiente diferenciación de los siguientes trastornos bipolares

Trastorno Bipolar I: manifestó de un solo episodio maniaco hipomaniaco, mixto o depresivo mayor antes como después. El Trastorno Bipolar tipo I los síntomas provocan molestias clínicamente significativo, también, se debe tener en cuenta que estos síntomas no son causados por una enfermedad médica o por efectos fisiológico de una sustancia.

Trastorno Bipolar II: este trastorno se caracteriza por la presencia de uno a varios episodios hipomaniaco como a un cuadro de depresión mayor. Se puede considerar “menos grave” que el trastorno bipolar tipo I, en la actualidad este concepto se ha abolido debido a la inestabilidad del ánimo y su predominio sobre el ámbito laboral y social. Un discernimiento de exclusión sería la aparición de un episodio maniaco, o mixto.

Trastorno Ciclotímico: se caracteriza por un declive en el estado del ánimo, con un curso de 2 años, donde presenta períodos con sintomatología de depresiva e hipomaniaca sin llegar este a cumplir con los criterios de depresión mayor. Un criterio de diagnóstico sería la aparición de un episodio maníaco o mixto, depresivo, en los 2 años. El trastorno ciclotímico se manifiesta con ansiedad.

PSICOTERAPIA

En psicoterapia se realiza este tratamiento para estabilizar el estado del ánimo se lo realiza individualmente luego con el núcleo familiar.

TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

La terapia cognitiva se centra en identificar los pensamientos parasitarios o egodistónico, y reemplazarlos por otros pensamientos positivos. La terapia cognitiva conductual ayuda a identificar aquellos pensamientos que están afectando la vida del individuo que desencadena los episodios bipolares. Esta terapia enseña estrategias en el cual el paciente, pueda controlar el estrés y enfrentar situaciones.

La TCC se usa mayormente para tratar trastornos de ansiedad o depresión, pero también puede usarse para tratar lo siguiente:

- trastornos de pánico
- trastornos de la alimentación
- trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)
- trastorno bipolar
- fobias
- estrés
- trastorno de estrés postraumático
- esquizofrenia
- ataques de ira
- problemas para dormir
- trastorno dismórfico corporal
- dolor persistente
- problemas sexuales o de relaciones

PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

En los estudios realizados informa que los tratamientos del TB progresan la con la medicación con la utilización Psicoterapia Cognitivo Conductual, el comportamiento de síntomas. Existen modelos estandarizados que se realizan en 21-26 sesiones que son las siguientes: prevención de redivivas, pensamientos, medicación y relajación para el ritmo cardíaco, identificación de las ideas negativas para mejorar el manejo de eventos estresantes (Guitierrez, 2016).

Unos de las principales contribuciones de la psicología cognitiva conductual fue la personalización de estilos cognitivos para el TB. Inicialmente las investigaciones se concentraron en los episodios depresivos la función en los estilos cognitivos negativos (Corral, 2014).

Se manifestó que las personas bipolares que se encuentran en un grado depresivo exponen las mismas cogniciones negativas que los individuos con estado de ánimo bajo. Es habitual el auto culpabilizarían de eventos negativos, baja autoestima, creencias negativas de su propio yo, reconocimientos rígidos de sus logros, entre otras. Principalmente se ha destacado la calidad de identificar las cogniciones negativas, con el propósito de pronosticar la severidad de síntomas depresivos en usuarios que padecen este trastorno (Miranda, 2015).

Las creencias negativas ocasionan sintomatologías maníacas aunque al principio estas no son fácilmente reconocibles, como lo indica Albert Ellis cuesta mucho reconocer y más aún aceptar esta condición pues al principio secuelas no son visiblemente reconocidos (Ellis, 2015. V edición).

El control corporal incide en la regulación emocional.

Entre otros de los factores básicos de la nivelación emocional se hace reseña al control corporal, que la inestabilidad emocional está potentemente unida con la activación fisiológica. Poseemos, disminución muscular, regulación en el Orespiro reside controlar las emociones que causan la inestabilidad de las reacciones afectivas.

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Observación.

Se observa el usuario que llega a la cita acompañada de su mamá, presenta estado de ánimo depresivo con desánimo, vistiendo de acorde al estado de ánimo, manifestando que quiere que le ayuden, la paciente presenta sudoración en las manos por momentos tiende a hablar con muy baja evitando llegar a manifestar reciprocidad emocionalmente.

Entrevista

En la entrevista interacción se interactúa con dos o más sujetos, que ahonda profundamente en la comunicación tanto verbal y no verbal, al menos por el entrevistador, el rol que enuncia un control del contenido por parte de aquel, en la entrevista como técnica para adquirir datos completos del comportamiento total de la cita terapeuta de la entrevista, incluye no únicamente lo que concierne no solo escuchar, también hay que observar cada gesto del paciente. ANEXO 1

La Ficha de Observación

Es una herramienta que sirve para la investigación la evaluación y la recolección de datos, tiene como objetivo principal introducir variables específicas, se utilizó para examinar datos a fin de manifestar sugerencias para conseguir la mejoría del paciente. ANEXO 2

Reactivos psicológicos aplicados

Inventarios de Depresión de Beck

El inventario de depresión de Beck se utilizó como instrumento de valoración de la depresión de la salud mental, por investigadores en diversas áreas, se indica que los resultados

del test no bastante completo para cumplir el diagnóstico de depresión, se utiliza como instrumento auxiliar en la entrevista psicológica. ANEXO 4

Escala de ansiedad de Hamilton:

En el instante que el usuario manifiesta síntomas se efectúa una evaluación psicológica, de este modo se establecerá si ciertamente es ansiedad lo que padece. Al diagnosticar la ansiedad, el psicólogo debe identificar el estado ánimo que éste sufre. En el presente Estudio de Caso se utilizó la siguiente herramienta la Escala de Ansiedad de Hamilton para indagar el periodo de la sintomatología de la niña. ANEXO 5

BSQ. Cuestionario de Sensaciones Corporales

El test BSQ (Body Sensations Questionnaire) o, de Chambless y otros, tuvo como impacto valorar la angustia manifestada por sensaciones psicofisiológicas. ANEXO 6

RESULTADOS OBTENIDOS

La paciente que va a colaborar en esta investigación es una niña de 8 años de sexo femenino, estudiante de la Escuela de Educación Básica Isabel María De Ponce, cursa el Cuarto Grado, residente en la fundación “Nueva Esperanza”.

En la primera entrevista 4 de febrero del 2019 acude a consulta psicológica acompañada de su progenitora, en la cual se determinó los datos de identificación, y el motivo de consulta.

En la segunda entrevista 6 de febrero del 2019 la madre manifiesta como antecedentes que su hija presentaba síntomas físicos de malestar (cefaleas, dolores abdominales, náuseas), pero al ser llevada donde un médico al hacerle una exploración descriptiva no detecta nada anormal por lo que le sugiere que le lleve donde un psiquiatra el mismo que deriva al psicólogo y bajo el informe de estos tres profesionales se diagnostica Trastorno Bipolar, el caso se lo presenta a continuación:

En la tercera entrevista 8 de febrero del 2019 Valeria, 8 años, (fenoménico y dinámico) usuario manifiesta que comenzó a tener pérdida de memoria, dolor de cabeza y cambios de humor frecuente, presentando esta sintomatología hace alrededor de dos años ante determinados sucesos y preocupaciones sobre todo referente a los estudios ya que ella tuvo que dejar de asistir a clases, la niña asegura que constantemente ha sido una persona muy aplicada en sus estudios por lo cual se siente frustrada con los actuales acontecimientos, afirma no saber exactamente cuándo empezó estos estados de depresión, preocupaciones y ansiedad, además cabe recalcar que afirma que cada vez son más intensos y frecuentes, a más de que, Valeria es muy minuciosa y se exige bastante.

El rendimiento académico de Valeria es bueno, además la progenitora manifiesta sentirse muy preocupada porque su hija se muestra muy agresiva y en varias ocasiones agresiva con su hermana mayor quien es la que la cuida mientras su madre no se encuentra en casa, la madre refiere que no sabe qué hacer con la actitud de su hija y que ella está ávida de ayuda al no saber cómo debe manejar el comportamiento de su hija y los controles son muy distantes y no contar con los recursos para hacerla atender de forma particular.

En la cuarta entrevista 12 de febrero de 2019 se estableció confianza, rapport logrando que la niña se muestre más sociable, mucho más comunicativa a pesar que en su talante se reflejaba

tristeza, ansiedad y un poco esquiva, pero se llegó a un diálogo ameno donde se logró recibir valiosa información respecto a las relaciones sociales, anteriormente en la escuela solía ser una niña muy sociable.

Actualmente, en casa ya no se relaciona con nadie se aísla; compañeros de clase con los que se relacionaba normalmente y con quienes se muestra bastante alejada. La relación con sus padres es buena, aunque su padre no viva con ella está en constante comunicación, con su madre manifiesta llevarse muy bien.

Cabe destacar que la que la relación con sus hermanas era muy buena, pero en la actualidad se dan riñas frecuentes incluso Valeria es agresiva con ellas a pesar de haber pasado por un tratamiento largo con un equipo disciplinario del MSP pero por la gran demanda que existe por este medio la madre decide llevarla a terapia psicológica de forma particular.

Realizando la quinta 15 de abril del 2019 entrevistas y al poseer ya un diagnóstico clínico se procedió a la aplicación de las pruebas psicológicas para corroborar el nivel de ansiedad, depresión y sensaciones corporales que presenta la niña, al obtener los resultados de las pruebas se determinó las técnicas cognitivas-conductuales necesarias para la prevención de una recaída y mantener el equilibrio emocional de la paciente para lo cual se utilizaron técnicas para la reducción de los pensamientos automáticos planteándose 4 metas no sin antes identificar los pensamientos automáticos y para ello nos planteamos las siguientes incógnitas

Evaluar y responder a los pensamientos

Solucionar problemas cuando los pensamientos son verdaderos

SITUACIONES DETECTADAS

Observación

En las expresiones denota intranquilidad, con relación al contacto visual en muy pocas ocasiones ya que presenta ansiosa y esquiva durante la mayor parte de las entrevistas diagnósticas y por momento permanecía sin movimientos, su vestimenta, sencilla, limpia y vestía acorde a su edad, el lenguaje era claro y coherente.

Entrevista

De la entrevista clínica realizada a la niña, esta manifestó que desde hace algún tiempo se sentía sumamente mal y que se le habían presentado molestias tales como son: cefalea. Sudoración, dolores abdominales, náuseas, principalmente relacionados a actividades académicas.

Ficha de Observación

Esta herramienta auxiliar se utilizó para corroborar una serie de comportamientos disruptivos por parte de la niña ciertas situaciones sin existir mayores estímulos provocadores del cambio abrupto del estado del ánimo.

Pruebas Psicológicas

Los resultados de las escalas aplicadas a la adolescente arrojaron lo siguiente:

La escala de ansiedad de Hamilton arrojó como resultado que el nivel de intensidad de ansiedad de la niña resultaba elevado.

En tanto que el análisis del Inventario de Depresión de Beck reflejó estado de ánimo bajo sin embargo hay que tomar en cuenta que la característica del trastorno bipolar es el desequilibrio o inestabilidad emocional.

El cuestionario de Sensaciones Corporales BSQ aportó importante información sobre los síntomas fisiológicos, que daban paso a preocupaciones al hallarse en diferentes situaciones y compañías, atravesando por el mareo, sudoración, dolor estomacal, cefaleas.

Del análisis realizado a todo el material de evaluación diagnóstica empleado en el presente estudio de caso como son la entrevista, la ficha de observación y los reactivos aplicados a la niña se ratifica el diagnóstico antes dado ya que reúne los criterios diagnósticos suficientes para el Trastorno Bipolar F41.1 según el Manual Estadístico de Trastornos Mentales DSM-V.

Dificultades y logros

Los principales obstáculos que se presentaron en el proceso terapéutico fue dar a conocer a la niña como a su madre el diagnóstico antes mencionado y que con terapia psicológica y de ameritarlo el caso medicación (se procedería a realizar una intervención dual) y que el tiempo de esta podría expandirse mucho más del tiempo que el establecido esquema terapéutico propuesto.

El principal logro que se pretende obtener producto de esta investigación, es equilibrar la salud emocional de la niña así como mejorar su funcionalidad en todos los ámbitos, también disminuir la probabilidad de recaídas y un mejor manejo de sus emociones.

Soluciones Planteadas

Posterior al análisis funcional se puntualizaron los siguientes objetivos terapéuticos cognitivos-conductuales:

1. Disminuir las preocupaciones y reducir su intensidad, frecuencia, y duración;
2. equilibrar las sensaciones relacionadas con la ansiedad y reducir estas
3. mejorar la comunicación
4. desarrollar actividades agradables, sociales y personales. Todo esto se llevó a cabo en un lapso de 12 sesiones terapéuticas de 40 minutos cada una

Pasos de la Terapia Cognitiva Conductual

Identificar los pensamientos automáticos

1. Identificar y responder a los pensamientos
2. Solucionar dificultades cuando los pensamientos son verdaderos

Técnicas para modificar los Pensamientos Automáticos

Preguntas básicas.

¿Qué es lo que está pensando en ese momento?

Para identificar los pensamientos automáticos:

1. Formular esta pregunta en los momentos en que se observe un cambio (o una intensificación) en los afectos durante la sesión.
2. Hacer que el paciente relate un ambiente problemático o un momento en el que experimento un cambio en los afectos y formular entonces la pregunta básica.
3. En caso preciso, hacer que el paciente utilice imágenes mentales para describir la situación específica o el momento con la mayor cantidad de detalles posible (como si estuviera ocurriendo en el presente) y formular entonces la pregunta básica.
4. Si es necesario o si prefiere, hacer que el paciente dramatice una interacción determinada con el terapeuta y luego formular la pregunta básica.

Metas generales de la Terapia Cognitiva Conductuales

Reducir las sensaciones relacionadas con la ansiedad, depresión y cambios de humores

Aprender a manejar las preocupaciones y reducir su frecuencia, intensidad y duración

Mejorar la interacción familiar y social

Aumentar las actividades agradables, personales y sociales

Meta 1: reducir las sensaciones relacionadas con la ansiedad, depresión y cambios de humores y reducir estos:

Objetivo: Esta meta tiene como objetivo que la niña aprenda a controlar y a reducir las sensaciones relacionadas con la ansiedad, depresión y cambios de humores.

Metas instrumentales de la terapia 3 sesiones (120 minutos)

Fecha: 18 de febrero del 2019 - Fecha: 20 de febrero del 2019

Técnica: Disminuir la atención en las sensaciones corporales.

Actividad: La atención engrandecida en las sensaciones corporales (p. ej., ritmo cardiaco, sudoración) tienen efectos adversos. Por ejemplo, cuando se comunica a los participantes que su ritmo cardiaco aumentó, las personas con fobia social reportan mayor ansiedad y cogniciones negativas, mientras que sucede lo contrario cuando se les informa que su ritmo cardiaco redujo.

Técnica: Inundación.

Fecha: 22 de febrero del 2019

Actividad: La técnica de la inundación la usamos para reducir la ansiedad es semejante a la exposición; sin embargo, en lugar de un encuentro gradual con el estímulo temido —como ocurre en la exposición—, la inundación implica una exposición repetida a los estímulos reconocidos como los que más teme el paciente, dado que la inundación fomenta la enseñanza, el terapeuta debe tener cuidado al emplear esta intervención intensiva y asegurarse de que el paciente cuenta con una preparación adecuada (Peurifoy, 2013).

Meta 2: Aprender a manejar las preocupaciones y reducir su frecuencia, intensidad y duración:

Objetivo: El uso de estas técnicas está enfocada a que el adolescente cambie sus pensamientos para identificar las causas de sus inquietudes, así como aprender técnicas de relajación para darse el caso de un ataque de ideas invasivas usar las segundas para relajarse y clarificar sus pensamientos.

Metas instrumentales de la terapia 3 sesiones (120 minutos)

Técnica: Reestructuración Cognitiva

Fecha:	25 de febrero del 2019
	Actividad: Las estrategias de intervención que contribuyen a disminuir estos factores cognitivos disfuncionales se basan en principios cognitivos reestructuradores es decir se modifican los viejos patrones de pensamiento disfuncionales por otros más funcionales utilizando la refutación o debate de ideas irracionales o disfuncionales. (Michanie ., 2014)
	Técnica: Terapia de resolución de problemas
Fecha:	Fecha: 27 de febrero del 2019
	Actividad: Este enfoque terapéutico relacionado que se centra en acrecentar la capacidad de resistencia del individuo al tratar circunstancias estresantes este enfoque implica cambiar los componentes cognitivos que afectan de forma negativa en la orientación del problema o en la visión general de dificultades y autoevaluación en relación con las habilidades propias para resolver.

Técnica: Relajación aplicada.

Fecha:	1 de marzo del 2019
	Actividad: La relajación aplicada supone una serie de habilidades de relajación aprendidas al plantarse una situación angustiante. Entre ellas se cuentan la respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, visualización y entrenamiento autogénico. Una vez dominadas estas destrezas en ambientes controlados (p. ej., el consultorio del terapeuta o una habitación apacible en casa), los pacientes las aplican en circunstancias reales en las que exista un afrontamiento con los estímulos temidos. Se ha demostrado que la relajación aplicada reduce de manera significativa la ansiedad. (OMS, 2015)
	Meta 3: Mejorar la interacción familiar y social
	Objetivo: Aprender a comunicarse es un principio básico para convivir en sociedad, en este caso se hace necesario para que la adolescente se adapte a los contextos que deparan el vivir cotidiano.
	Metas instrumentales de la terapia 2 sesiones (80 minutos)
	Entrenamiento en habilidades sociales
Fecha:	3 de marzo del 2019 - Fecha: 5 de marzo del 2019
	Para este propósito se diseñó un programa de diez semanas que abarcaba entrenamiento en estas áreas (a saber, comunicación, productividad

conductual, interacción social, asertividad, toma de decisiones, resolución de problemas, autocontrol cognitivo) como medios de desarrollar comportamiento prosociales.

Meta 4: Desarrollar las acciones agradables, personales y sociales

Objetivo: Las relaciones sociales se ven seriamente afectadas por este trastorno, así como la capacidad de disfrutar las actividades cotidianas y más aun así participar en actividades grupales.

Metas instrumentales de la terapia 4 sesiones (120 minutos)

Técnica: Distracciones

Fecha: 7 de marzo del 2019 - Fecha: 11 de marzo del 2019

Actividad: La diversión es favorecedora porque sirve tanto para minimizar de inmediato la ansiedad como para que los pacientes manifiesten un control sobre su angustia. Se guía a los pacientes para que empleen la distracción cuando surgen sensaciones de activación psicológica y física. Unos ejemplos son o entablar una conversación acerca de un tema agradable o escuchar o cantar una canción, debido a que la atención se desvía, la distracción imposibilita la “espiral ascendente” de las sensaciones somáticas, pensamientos catastróficos y excitación fisiológica

Técnica: Estrategias Interpersonales

Fecha: 14 de marzo del 2019 - Fecha: 18 de marzo del 2019

Actividad: El entrenamiento en habilidades sociales, asertividad y facilidad de comunicación mejora las interacciones interpersonales, un tratamiento que incorpora procedimientos interpersonales, de terapia cognitivo-conductual y factores empíricos, además en un intento por disminuir la evitación interpersonal y mejorar las relaciones interpersonales, la terapia se emplea junto con compañeros que favorecen a abordar las relaciones estropeadas.

3. CONCLUSIONES

Luego de ser realizado análisis del estudio de caso tanto del proceso diagnóstico como del respectivo tratamiento saliendo a luz los resultados, se puede aseverar que el principal logro fue la consecución de los objetivos propuestos mediante el esquema terapéutico planteado con la respectiva aplicación de técnicas terapéuticas.

De las técnicas de relajación aplicadas a la niña se consiguió que la paciente se mantenga estable de forma considerable sus niveles de activación psicofisiológica que ocasionaban inquietud e inestabilidad emocional, unos de los principales objetivos que habrían planteado.

Además, con las técnicas de reestructuración cognitiva y terapia de resolución de problemas la niña mejoro su capacidad para concentrarse, tomar las cosas con calma y afrontar sus diferentes inconvenientes todo esto como parte del programa terapéutico realizado que se concretó con la adolescente.

Las conductas agresivas de la niña disminuyeron significativamente como efecto de la aplicación de las técnicas enseñadas a la niña por la terapeuta, reduciendo los conflictos al interior del entorno familiar así como en el centro educativo donde estudia.

Los estados de ánimo depresivo también disminuyeron en gran medida contribuyendo a que la niña tenga mayor voluntad de interactuar con otros niños y de participar en actividades familiares.

Por lo antes indicado se realizan las siguientes recomendaciones

La terapia cognitivo-conductual orientada a al tratamiento del trastorno bipolar incluye la reestructuración cognitiva, lo cual facilita al paciente la ayuda necesaria para comprender que el origen de sus inquietudes tiene un origen erróneo; la terapia de exposición da la pauta a que los pacientes asimilen poco a poco sus ansiedades y conductas al punto de hacerse aceptables.

4. BIBLIOGRAFÍA

APA. (2014). DSM V. Arlington: APA.

Corral, E. y. (2014). Manual clinico de psicopatologia. Madrid: La Sevillana.

Deffenbacher. (2013). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos . Madrid: Siglo XXI.

Díaz y Soutullo. (2014). Aplicacion de Tecnicas Cognitivas conductuales en adolescentes. Pennsylvania: Mc.Graw.

Ellis, A. (2015. V edicion). Razón y emoción en psicoterapia. Lisboa: La Colmena.

Guitierrez. (2016). Tratamiento cognitivo-conductual de los Trastornos Bipolares. Madrid, España: Psiquiatría Editores S.A.

Michanie . (2013). trastornos de la infanciab y adolescencia. Bilbao: Desclée de Brouwe.

Michanie . (2014). trastornos de la infanciab y adolescencia. Bilbao: Desclée de Brouwe.

Michebaun. (2013). Tecnicas Cognitivas-Coductuales en niños. 5ta edicion . Buenos Aires: Planeta.

Miranda. (2015). Trastornos de la Infancia. Bogota: ESpejo.

OMS. (2015). Informe Mundial. New York: Editorial de las Naciones Unidas.

Peurifoy, R. (2013). Cómo vencer la ansiedad. Bilbao: Caliz.

SENPLADES. (11 de febrero de 2014). buen vivir. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/versiones-plan-nacional>: www.buenvivir.gob.ec/

Taylor. (2015). Manual de Psiquiatria Infantil. Los Angeles: Masson.

ANEXOS

Anexo 1: Fotografias

Imagen 1



La autora del estudio de caso Maria Ines Mora Gomez en compañía de la tutora del proyecto Master. Fanny Lopez Tobar durante la primera sesión de tutoría.

Imagen 2



La autora del estudio de caso Maria Ines Mora Gomez compañía de la tutora del proyecto Master. Fanny Lopez Tobar durante la segunda sesión de tutoría.

Imagen 3

APLICANDO LA ENTREVISTA CLINICA AL NIÑO PARA RECABAR INFORMACION.



FICHA DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES

Nombre: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Instrucción: _____

Numero de sesión: _____

Tiempo de observación: **minutos** _____ **hora de inicio** _____ **hora final** _____

Tipo de observación: _____

Nombre del observador: _____

Fecha: _____

II. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN

DESCRIPCIÓN FÍSICA

DESCRIPCIÓN DEL ENTORNO

DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO (CURSO Y CONTENIDO DEL PENSAMIENTO, CONDUCTAS, REGISTRO NARRATIVO)

COMENTARIO

Anexos 3.- Historia Clínica Psicológica

I. DATOS PERSONALES			
No. Historia: _____		Fecha: _____	
Nombres: _____			
Apellidos: _____			
Documento de identidad: _____			
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil: _____	
Lugar	y	fecha	de
Nacimiento: _____			
Instrucción académica: _____			
Ocupacion _____			
Dirección actual: _____			
Teléfono: _____			
Dirección de la Familia _____			
Teléfono de Familiar: _____			
Ha recibido algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico:			

II. MOTIVO DE CONSULTA:

III. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:

1. EVOLUCIÓN: _____

2. CAUSAS: _____

3. ACCIONES REALIZADAS EN BUSCA DE SOLUCIÓN:

4. IMPLICACIONES: (a nivel familiar, social, académico, laboral, etc.):

IV. ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

5. FAMILIOGRAMA:

MIEMBRO	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

6. VINCULOS AFECTIVOS CONFLICTIVOS Y REDES DE COMUNICACIÓN:

V. HISTORIA PERSONAL:

7. INFANCIA:

8. ADOLESCENCIA:

VI. HISTORIA ESCOLAR:

VII. OBSERVACIONES: (descripción física, lenguaje no verbal, actitud, etc.)

VIII. DIMENSIONES:

9. COMPORTAMENTAL: _____

10. AFECTIVA: _____

11. SOMATICA: _____

12. COGNITIVA: _____

13. SOCIAL: _____

IX. PRUEBA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

14. PERSONALIDAD: _____

15. INTELIGENCIA: _____

16. HABILIDADES: _____

17. OTRAS: _____

X. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

XI. TRATAMIENTO A SEGUIR:

EVOLUCIÓN

Sesión No. _____

Fecha: _____

Objetivo: _____

Descripción: _____

Sesión No. _____

Fecha: _____

Objetivo: _____

Descripción: _____

Sesión No. _____

Fecha: _____

Objetivo: _____

Descripción: _____

Sesión No. _____

Fecha: _____

Objetivo: _____

Descripción: _____

Sesión No. _____

Fecha: _____

Objetivo: _____

Descripción: _____

Sesión No. _____

Fecha: _____

Objetivo: _____

Descripción: _____

EVALUACIÓN REALIZADA POR: _____

Nombre:

Fecha:

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Dentro de cada grupo de afirmaciones escoge una sola respuesta; aquella que mejor define cómo te has sentido en la última semana, incluyendo hoy.

1. Tristeza

0. No me siento triste.

1. Me siento triste.

2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.

1. Me siento desanimado de cara al futuro.

2. Siento que no hay nada por lo que luchar.

3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

0. No me siento fracasado.

1. He fracasado más que la mayoría de las personas.

2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.

3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.

1. No disfruto de las cosas tanto como antes.

2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.

3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

0. No me siento especialmente culpable.

1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.

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

3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

0. No creo que esté siendo castigado.

1. Siento que quizás esté siendo castigado.

2. Espero ser castigado.

3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

0. No estoy descontento de mí mismo.

1. Estoy descontento de mí mismo.

2. Estoy a disgusto conmigo mismo.

3. Me detesto.

8. Autoacusación

0. No me considero peor que cualquier otro.

1. Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.

2. Continuamente me culpo por mis faltas.

4. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Ideas suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.

1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.

2. Desearía poner fin a mi vida.

3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.

1. Ahora lloro más que antes.

2. Lloro continuamente.

3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

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

12. Retirada social

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

13. Indecisión

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

14. Cambios en la imagen corporal

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

15. Enlentecimiento

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

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.

1. No duermo tan bien como antes.

2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormir.

3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormir.

17. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal.

1. Me canso más que antes.

2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.

1. No tengo tan buen apetito como antes.

2. Ahora tengo mucho menos apetito.

3. He perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.

1. He perdido más de 2 kilos.

2. He perdido más de 4 kilos.

3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud.

1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.

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

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

21. Nivel de energía

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

1. La relación sexual me atrae menos que antes.

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

3. He perdido totalmente el interés sexual.

CALIFICACION INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

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

11-16: Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20: Estados de depresión intermitentes.

21-30: depresión moderada.

31-40: depresión grave

41 o más: Depresión extrema

Anexo 5.- Escala de Ansiedad de Hamilton

Nombre: _____

Edad: _____

Fecha de evaluación: _____

Síntomas de los Estados de ansiedad	Ausente 0	Leve 1	Moderado 2	Grave 3	Muy grave 4
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto	0	1	2	3	4

fácil, temblores, sensación de inquietud					
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa,	0	1	2	3	4

sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo					
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos,	0	1	2	3	4

cefaleas de tensión, pilo erección (pelos de punta)					
<p>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</p> <p>Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial.</p> <p>Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>	0	1	2	3	4

ANSIEDAD PSIQUICA	
ANSIEDAD SOMÁTICA	
PUNTUACIÓN TOTAL	

CALIFICACION ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

0-5 NO ANSIEDAD

6 - 14 ANSIEDAD LEVE

> 15 ANSIEDAD MODERADA A GRAVE

Anexo 6: Cuestionario de sensaciones corporales

CUESTIONARIO DE SENSACIONES CORPORALES

A. Le presentamos más abajo una lista de sensaciones corporales que suelen darse en situaciones en que usted está nervioso o en una situación que suele temer. Marque el grado de temor que le provocan utilizando esta escala de 5 puntos que va desde "nada preocupado" a "extremadamente asustado". Por favor no deje ningún apartado en blanco.

1. Nada preocupado, ni asustado. 2. Algo asustado 3. Moderadamente asustado.
4. Muy asustado 5. Extremadamente asustado.

Lista de sensaciones	Puntuación
Palpitaciones cardíacas	
Presión o dolor en el pecho	
Adormecimiento en las piernas o brazos	
Hormigueo en los dedos	
Adormecimiento en otra parte del cuerpo	
Sensación de falta de aire	
Mareo o vértigo	
Visión nublada o borrosa	
Náuseas	
Tener mariposeo en el estómago	
Tener un nudo en el estómago	
Tener dificultades para tragar o un obstáculo en la garganta	
Piernas vacilantes o débiles	
Sudoración	
Garganta seca	
Sentirse desorientado o confundido	
Sentirse desconectado del cuerpo: sólo parcialmente	
Otras	

B. Una vez contestado el apartado A, vuelva sobre la "lista de sensaciones" y rodee con un círculo el número correspondiente a las tres sensaciones que considera más difíciles de aguantar en su vida.

C. Y ahora, subraye en la "lista de sensaciones" las tres que se le han presentado con mayor frecuencia en los últimos meses.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
 CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
 MODALIDAD PRESENCIAL



Babahoyo, 1 de abril del 2019.

Lcda.
ROSA AGUSTINA MORA BRITO
 DIRECTORA DE LA ESCUELA DE EDUCACION BASICA ISABEL MARIA DE
 PONCE "RECIENTO LA COMPAÑIA "PARROQUIA PIMOCHA

Presente.-

De mi consideración

Por medio del presente, **María Inés Mora Gómez**, con número de ciudadanía N°1207235464, me dirijo a usted para solicitarle en calidad de egresada de la escuela de psicología me conceda el permiso para realizar entrevista psicológica, pruebas y diagnóstico de un caso versado en el tema: **TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL EN UN PACIENTE DIAGNOSTICADO CON TRASTORNO BIPOLAR**

De seguro de contar con su autorizado, le anticipo mis sinceros agradecimientos de consideración y estima.

Atentamente:

María Inés Mora
 María Inés Mora Gómez
 Solicitante



Rosa Mora B.

Recibido


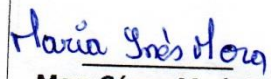
01/04/2019



SESIONES DE TRABAJO TUTORIAL


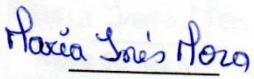
PRIMERA SESIÓN DE TRABAJO

Babahoyo, del 4 al 14 de abril del 2019

RESULTADOS GENERALES ALCANZADOS	ACTIVIDADES REALIZADAS	FIRMA DEL TUTOR Y DEL ESTUDIANTE
<ul style="list-style-type: none">Se revisó el tema y se definió el problema principal y los subproblemas correspondientes de acuerdo a los lineamientos de la institución, así mismo se da a conocer sobre el trabajo que se tendrá que hacer con las actividades que corresponden al Desarrollo de Caso	<p>Se orienta sobre el proceso de la Fase Practica Examen Complexivo indicando como tendrá que trabajar y redactar los trabajos que correspondan a las actividades que tiene que ver con los puntos como son :</p> <p>Desarrollo del Caso de Estudio Planteamiento del Problema Justificación Objetivos Metodología de la Investigación</p> <p>Se discutió sobre la postura teórica a asumir en la investigación.</p>	<p> Psc. Fanny López Tobar Docente Tutora</p> <p> Mora Gómez María Inés Egresada</p>

SEGUNDA SESIÓN DE TRABAJO

Babahoyo, del 15 al 18 de abril del 2019

RESULTADOS GENERALES ALCANZADOS	ACTIVIDADES REALIZADAS	FIRMA DEL TUTOR Y DEL ESTUDIANTE
<ul style="list-style-type: none">Se elaborara el punto de las Conclusiones y se trabaja con atención para avanzar y lograr el interés deseadoSe envía a trabajar con la información bibliográfica de acuerdo al tema investigado	<p>-Se revisaron documentos escritos sobre el tema de investigación para realizar las conclusiones y recomendaciones.</p> <p>-Se revisó y analizó la información bibliográfica preliminar pertinente.</p>	<p> Psc. Fanny López Tobar Docente Tutora</p> <p> Mora Gómez María Inés Egresada</p>



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



TERCERA SESIÓN DE TRABAJO

Babahoyo, del 19 al 21 de abril del 2019

RESULTADOS GENERALES ALCANZADOS	ACTIVIDADES REALIZADAS	FIRMA DEL TUTOR Y DEL ESTUDIANTE
<ul style="list-style-type: none"> Se determinó la forma de realizar la Introducción del tema Se explica la manera de incluir los anexos en la investigación 	<p>- Se lleva acabo con el trabajo de realizar la Introducción del tema debido a que se la debe de redactar después de haber concluido la investigación</p> <p>- De acuerdo a los puntos de la investigación deben ir incluidos los Anexo como continuación del informe en las ultimas paginas</p> <p align="center">1.</p>	<p align="center"></p> <p align="center">Psc. Fanny López Tobar Docente Tutora</p> <p align="center"></p> <p align="center">Mora Gómez María Inés Egresada</p>

CUARTA SESIÓN DE TRABAJO

Babahoyo, 24 de abril del 2019

RESULTADOS GENERALES ALCANZADOS	ACTIVIDADES REALIZADAS	FIRMA DEL TUTOR Y DEL ESTUDIANTE
<ul style="list-style-type: none"> De acuerdo a la modificación requeridas por el SAI y la coordinación se trabaja en subir toda la información de la investigación 	<p>Se indica como subir a la plataforma del SAI toda la investigación del caso realizada por estudiante y de esta manera los estudiantes puedan realizar toda la documentación requerida por la coordinación y poder entregar y finalizar dicho trabajo</p>	<p align="center"></p> <p align="center">Psc. Fanny López Tobar Docente Tutora</p> <p align="center"></p> <p align="center">Mora Gómez María Inés Egresada</p>

Psc. FANNY LÓPEZ TOBAR Msc.
DOCENTE TUTORA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL

CUADRO DE CONSISTENCIA

TEMA	OBJETIVO GENERAL	VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE
La Terapia Cognitiva Conductual en un paciente con diagnóstico de Trastorno Bipolar	Demostrar la efectividad de la terapia cognitiva conductual en un paciente con diagnóstico de trastorno bipolar	La Terapia Cognitiva Conductual	paciente con diagnóstico de Trastorno Bipolar

Nombre : Maria Ines Mora Gomez