

**CATHERINE CRUZ CALVO**

**MATRICULA: 99857**

**GRUPO: LP20**

**PSICOTERAPIA BREVE Y**

**DE CRISIS.**

**ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE 4. DESARROLLANDO UN PLAN DE TRATAMIENTO.**

**PUEBLA, 16 DE NOVIEMBRE DE 2020.**

**INSTRUCCIONES:**

**-Elige el trastorno que más sea de interés. Deberás elaborar un plan de tratamiento, incluyendo los procedimientos de técnicas específicas, material a utilizar otras herramientas de las que te valdrás para llevarlo a cabo.**

**-En tu reporte deberás incluir la historia clínica de tu paciente, el diagnóstico y el protocolo de intervención a utilizar, incluyendo los tiempos de trabajo, herramientas y técnicas a utilizar de acuerdo a la problemática del paciente.**

**-Elabora una conclusión acerca de las problemáticas con las que puedes enfrentarte en el uso de las técnicas de trabajo para dicho trastorno o problema en particular.**

**REPORTE CLÍNICO.**

**De acuerdo al DSM-V:** Episodio depresivo actual o más reciente.

296.21 (F32.0) Trastorno depresivos leve.

El rasgo común de estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología.

1. **DESCRIPCIÓN DEL CASO:**

**Motivo de la consulta:** Laura, niña 12 años que acude a la consulta con sus padres porque desde hace alrededor de unas semanas observan en ella tristeza, decaimiento, menos apetito.

**-Breve historia personal.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** | Laura Benítez García. |
| **Edad:** | 12 años |
| **Sexo:** | Mujer |
| **Lugar de origen:** | Puebla, Puebla. |
| **Escolaridad:** | Primaria, sexto año. |
| **Domicilio:** | 31 oriente 1308. |
| **Nivel socioeconómico:** | Media-alta |
| **Tiempo de residencia:** | 12 años |
| **Religión:** | No profesa |
| **Referido de:** | Los padres |
| **Número de teléfono:** | 2223244321 |
| **Entrevistador:** | Catherine Cruz Calvo |

1. **ENTREVISTA CLÍNICA.**

**1. Historia del trastorno.**

El trastorno depresivo es, un padecimiento cada vez más frecuente, el cual tiene consecuencias importantes para la persona que lo padece a nivel individual, familiar y social. Las características principales de este trastorno es un estado de ánimo deprimido y la anhedonia.

Para que podamos detectar un TD (trastorno depresivo) a nivel general en un cliente, se debe de preguntar lo siguiente (Heinze y Camacho, 2010):

1. ¿Se ha llegado a sentir continuamente triste, desanimado, desesperanzado o con llanto fácil?
2. ¿Ha perdido el interés o el placer en cosas o situaciones que generalmente hacía y le agradaban (anhedonia)?

Si la persona responde “si” a cualquier de ambas preguntas, entonces será necesario hacer una evaluación más profunda. La evaluación consistirá en hacer un pase de lista de los criterios de DSM o CIE10 y se puede hacer uso de escalas como la Escala de Depresión de Hamilton.

De acuerdo al puntaje de la escala Hamilton, los niveles de severidad del Trastorno Depresivo son:

-TD Leve: los síntomas generan una pequeña alteración en la funcionalidad o las actividades sociales o en las relaciones interpersonales del individuo.

-TD Moderado: los síntomas generan una alteración considerable en la funcionalidad o actividades sociales o en relaciones interpersonales, sin que llegue a ser severo.

-TD Severo: los síntomas generales una gran alteración.

Finalmente, es muy importante realizar una valoración del riesgo suicida, la cual, en su base, se puede realizar preguntando al cliente:

-¿Ha llegado a pensar en la muerte o en suicidio?

-¿Ha llegado a pensar que la vida no vale la pena o sentirse desesperanzado?

En caso de responder afirmativamente en alguna de esas preguntas, se deberá hacer una evaluación más profunda.

**-Inicio del problema.**

Al principio los padres lo atribuyeron a que estaba muy nerviosa por las clases, pues Laura es una niña perfeccionista, exigente consigo misma, que tolera mal las frustraciones, incluso las pequeñas. Lleva seis meses con el problema.

Laura es la menor de tres hermanos. Los padres son personas educadas. no hay problemas serios en la familia, aunque el padre está pasando por una situación difícil en el trabajo y a veces los padres discuten por eso. Su padre tiene siete meses con esos problemas y su hija empezó con el problema al mes de esa situación familiar.

-Antecedentes familiares.

Hay antecedentes de depresión en la familia materna. Los abuelos se encuentran separados, la abuela es inestable, de carácter difícil. Hay cierta frialdad afectiva en el ambiente familiar. El resto carece de interés.

-Historia clínica del paciente.

La madre sufrió amenaza de aborto en la semana 24 del embarazo, se le indicó tratamiento con reposo absoluto y pre-par hasta la semana 28, y en menor grado hasta la semana 33. Parto por cesárea a las 38 semanas, sin sufrimiento fetal. Peso de 3 kg, neonatal normal.

Su desarrollo psicomotor fue normal. Comenzó a hablar pronto y con muy buena evolución. Presentó ansiedad por separación al comenzar el colegio, con crisis de llanto que fueron cediendo poco a poco. No tuvo ningún problema de aprendizaje y su adaptación escolar y social fue buena.

No presenta antecedentes patológicos de interés. La visita regularmente su pediatra, que es quien ha recomendado llevarla a la consulta de psiquiatría. Envía una nota en la que dice haber observado un cambio en el carácter de la niña las dos últimas veces que la ha visto; le parece más nerviosa y con ánimo lábil.

Los profesores la consideran una buena alumna. Últimamente la notan distraída y “como si estuviera en otra cosa”.

**-Frecuencia.**

A la vuelta de vacaciones de semana santa, la madre la notó irritable; se quejaba de los profesores y de las amigas y decía que le costaba hacer los deberes. Algún día se negaba a salir y se iba más tarde a la cama. En una ocasión la madre la encontró llorando en su habitación, y al preguntarle qué le pasaba Laura le contestó: “lo hago mal todo y os doy muchos problemas”. A pesar de que la madre le insistió en que no era verdad, no logró convencerla y la niña continúo llorando.

Cada vez que no sale bien en sus calificaciones o cada que tiene problemas con sus amigas. A veces es hasta dos veces por semana.

**-Repercusiones.**

La menor quiere hacerlo todo bien; cuando no lo consigue, se desanima y sufre. Los padres la describen como “extremada en todo, muy intensa, emotiva, pasa del amor al odio; sensible y muy buena”. No se concentra en sus clases, no tiene buena relación con sus amigas de la escuela.

**-Tratamientos anteriores y respuestas a ellos.**

No se ha tratado anteriormente, ni con psicólogos ni con psiquiatras, pues es la primera vez que presenta algún trastorno.

**-Enfermedades médicas y fármacos que toma actualmente.**

Actualmente no cuenta con ninguna otra enfermedad y no toma ningún fármaco.

**-Algún otro tipo de trastorno psiquiátrico.**

No padece ningún otro trastorno psiquiátrico.

**-Consumo pasado y actual de alcohol y otras sustancias.**

Ninguna de las anteriores.

1. **DIAGNÓSTICO.**

Al comienzo de la entrevista Laura manifiesta cierto nerviosismo, aunque luego se tranquiliza poco a poco y acaba colaborando bien. Muestra buena empatía, mímica y gestos expresivos y contacto visual adecuado. Tiene el ánimo decaído; cuenta que desde hace 2 o 3 meses se siente triste; discute con las amigas, que “la hacen de menos”; da muchos problemas a sus padres, que “se enfadan por su culpa”; cada vez saca peores notas y dice que “va a suspender el curso”. Toda la molestia. Está irritable y alterada. Tarda en dormirse y tiene menos hambre. Alguna vez ha pensado que “lo mío no tiene remedio, pues no valgo para nada”.

No ha hablado con nadie de lo que le pasa. Le da vergüenza y siente pánico a “estar volviéndose loca”. Ha tenido alguna idea de suicidio, pero no ha pensado en llevarla a la práctica ni ha hecho planes.

Está orientada y consciente. No hay trastorno del curso ni del contenido del pensamiento, ni de la sensopercepción. No tiene obsesiones ni rituales. No ha sufrido episodios maniacos. Se descartan otros psiquiátricos.

De acuerdo al DSM-V: es un episodio depresivo actual o más reciente. 296.21 (F32.0) Trastorno depresivos leve.

Leve: Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos están presentes, la intensidad de los síntomas causa malestares, pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.

La sintomatología depresiva, sólo genera una pequeña alteración en la funcionalidad o las actividades sociales o en sus relaciones interpersonales. Por lo que la menor tiene episodio de depresión leve.

De acuerdo a la entrevista realizada a la menor y la recolección de los datos que mencionan los padres, y se muestra un trastorno depresivo leve, pues, tuvo un episodio depresivo.

**D. PLAN DE INTERVENCIÓN.**

**Procedimiento de las técnicas específicas, material a utilizar u otras herramientas.**

**a. Nombre y descripción teórica general de las técnicas.**

Se ofrece terapia de apoyo a la niña. Se le explica que la niña tiene una depresión, que es una enfermedad que se cura y que sufren también otros niños. No está loca.

Se da asesoramiento a los padres. Se les explica que la niña tiene una depresión, que hay antecedentes en la familia, que es fundamental tratarla y que el pronóstico, en principio, es bueno. Se les dan recomendaciones educativas.

1. **El debate empírico.**

El debate o el cuestionamiento tiene como principal objetivo, mostrarle al cliente usar el método científico para el análisis de sus pensamientos. El debate se lleva a cabo con el fin de que el paciente llegue a creer en una filosofía nueva y efectiva. (Ferrer, 2010)

El debate se conforma de dos estrategias básicas:

1. Apoyar y ayudar al cliente a que analice y cuestione su forma de actuar y pensar.
2. Desarrollar modos nuevos y funcionales de pensamiento.

Entonces, encontramos diferentes tipos de debate, los cuales se van a clasificar dependiendo del cuestionamiento en cualquiera de los tres niveles y, por lo tanto, la técnica se llevaría a cabo de acuerdo a lo que el modelo indica. (Ferrer, 2010):

-El debate empírico o inferencial al cuestionamiento que tiene como objetivo las inferencias y los pensamientos automáticos del paciente.

-El debate filosófico al cuestionamiento de las ideas irracionales o creencias subyacentes.

El debate empírico implica que existan previamente determinadas preguntas fundamentales que el terapeuta puede emplear a la hora de identificar condiciones.

Por ejemplo: “¿Qué pasa (ha pasado, pasó) por su cabeza mientras está ansioso (o cualquier otro estado emocional o experimentación de síntomas) ?.”

A partir de esta identificación de las cogniciones, entonces se puede proceder al cuestionamiento de los mismos. El terapeuta podrá proporcionar información directa contraria a los pensamientos inadecuados del cliente, especialmente de los que no tiene algún conocimiento.

Asimismo, puede presentar información dirigida a la corrección de los pensamientos automáticos. Con ello, puede presentar pruebas y contraargumentos, rebatir errores lógicos y datos engañosos, y señalar al cliente las consecuencias negativas de ciertos comportamientos. Esta información es comunicada directamente por el terapeuta, pero el cliente tendrá la libertad en cualquier momento de discutir y emitir sus propias opiniones. Si este caso, suele hablarse de debate didáctico. (Bados y García, 2010)

1. **Llenando el vacío.**

Los seres humanos cuentan con muchos procesos internos que requiere el empleo de energía. Dichos procesos son emocionales, cognitivos, conductuales hasta la formación de hábitos cotidianos. Cuando existe una integración de los procesos de la persona, tal como sucede en terapia, dicha energía se libera y “explota”. Esas explosiones en terapia pueden ser de felicidad, alegría, enojo, tristeza, etc. (Baumgardner, 1994)

Cualquier situación o evento está relacionado con un punto cero a partir del cual se realiza una diferenciación de opuestos. Estos opuestos manifiestan en su concepto especifico, una gran similitud entre sí.

Cuando una persona presta su atención al centro de dichos opuestos puede adquirir una habilidad creativa para visualizar ambas partes del evento y completar una mitad incompleta.

Cuando una persona evita una visión unilateral, logra un entendimiento mucho más profundo de la estructura y función del organismo (Peñarrubia, 1998)

Hablando de polaridades, las emociones negativas suelen coincidir con el opuesto que no logra emerger como figura y desequilibra la percepción de su otra polaridad (la aceptable y la inaceptable).

En el proceso terapéutico, encontramos dos tipos de vacíos. El vacío estéril, el cual es el que experimenta el cliente como una “nada” en su interior, es decir, la sensación de encontrase perdidos especialmente en su conflicto. La “nada” no es una experiencia de la realidad, cuando se niega, se resiste o se teme (Baumgardner, 1994)

El vacío fértil tiene la cualidad en que permite que “algo” nazca en su interior, es decir, la motivación de que, a pesar del conflicto, se puede trabajar para solucionarlo. El llenado del vacío involucra permitir que el vacío fértil transforme la confusión del cliente en claridad, motivándolo a alimentar su fuente de apoyo propio. Este autoapoyo ayuda al cliente a percatarse que cuenta con muchas cosas más de las que se imagina. Es darse cuenta, sin especular. (Baumgardner, 1994)

El cliente debe comprender que ese terror que experimenta dentro de este vació, se le llama ansiedad. De manera inconsciente, la manera que tiene el cliente para llenar el vacío es a través de los síntomas de ansiedad, conductas excesivas, verborrea y también, la evitación de aquello que le causa ansiedad.

El terapeuta se debe dar a la tarea de explicar al cliente que la energía dinámica del organismo que gasta en su conducta evitativa, se irá a dicho vacío y se transformará en energía estéril.

Por tal motivo, es necesario confrontar la situación generadora de la ansiedad tal como es, con sus polaridades, para que la energía sea fértil y se pueda tener una perspectiva más clara de su problema y de esa manera superarlo. (Baumgardner, 1994)

1. **Distancia.**

Dentro del modelo de terapia constructivista, el terapeuta requiere contar ciertos rasgos básicos para comprender que el cliente y sus problemáticas pueden ser vistas como un indicador a su sistema de construcciones.

Cuando se lleva a cabo un proceso terapéutico desde este enfoque, ni el cliente ni el terapeuta conocen a ciencia cierta cuál es la mejor manera de funcionar, por lo que el terapeuta debe dejar de lado la técnica directiva. (Safrán y de Celis, 1999)

Entonces para poder animar al cliente a la exploración, se debe de valer el terapeuta de ciertas técnicas que se dan a partir de la propia naturaleza de la relación terapéutica. La actitud del terapeuta requiere tener, entre muchas cosas, una “aproximación crédula”, a la visión del cliente acerca del conflicto. Esto implica aceptación de la perspectiva del cliente y suficiente curiosidad e interés para seguirlo en el proceso de exploración. (Safrán y de Celis, 1999)

La “distancia terapéutica óptima” se define como la mezcla adecuada de conexión y separatividad asociada a una relación terapéutica. Implica estar lo suficientemente cerca del cliente como para experimentar sus sentimientos, pero suficientemente distante como para reconocerlos como pertenecientes al otro, y no al terapeuta. (Safrán y de Celis, 1999)

En esa distancia que se genera se puede ver enfrentada a la resistencia del cliente a cuestionar sus estructuras de significado (esquemas) sin antes desarrollar otras alternativas. Cuando se da una distancia adecuada, el cliente se siente en una zona segura de la consulta y así puede empezar a ensayar nuevas maneras de significado y conducta. (Safrán y de Celis, 1999)

Una técnica que permite que se dé la distancia adecuada, es el juego de roles. En esa técnica ayuda a que el cliente logre generar nuevos esquemas. En ese sentido, el cliente puede explorar un rol para lograr un vínculo con él, en tan solo unos minutos.

Por ejemplo, el cliente toma el papel de sus padres, de un amigo preocupado, del terapeuta que busca supervisión para el caso del cliente, etc. (Safrán y de Celis, 1999)

Finalmente, los dos errores básicos relacionados con la distancia terapéutica son (Safrán y de Celis, 1999):

-Extraños terapéuticos: éste se da cuando el terapeuta no conecta con la experiencia del cliente, por lo que ambos experimentan al otro como estático y se desvanece la alianza terapéutica. Cuando eso sucede, en vez de permitirse experimentar otro tipo de relación.

-Unidad terapéutica: ésta se genera cuando el psicólogo no logra distinguir los conflictos del paciente de sus propios dilemas. Esto se puede generar, tal vez, en la forma de un sentimiento excesivo de responsabilidad en relación al comportamiento del cliente.

Entonces, las intervenciones pueden no funcionar si la distancia no es óptima, o que cuando sí lo es muchas y distintas intervenciones pueden ser terapéuticas. También cada psicólogo requiere hacer una integración de su persona con las técnicas que usa, que entonces se convierten en manifestaciones conductual de él mismo. Por último, el terapeuta está obligado a utilizar su experiencia clínica en su desarrollo personal, ya que el deseo de reconstruir posibles aspectos centrales de su manera de ser validará un proceso similar en el cliente. (Safrán y de Celis, 1999)

1. **Autenticar las conclusiones.**

Es un método para que el terapeuta pueda asegurarse que las conclusiones a las que está llegando durante la sesión terapéutica acerca de la información que obtiene el cliente, es a partir de diferentes técnicas (Bados y García, 2004):

-Clarificación: se trata de solicitar al cliente que aclare el significado de un mensaje que puede ser ambiguo o implícito. Esto se puede realizar a partir de preguntas como “¿puede aclarar que...? ¿Qué quiere decir cuándo...¨? o bien, solicitándole que haga una explicación de lo mismo, pero, con otras palabras, que proporcione más detalles o que brinde algún ejemplo. También se puede preguntar “quieres decir que… o ¿estás diciendo que…? Cuando se quiere autenticar que se ha comprendido adecuadamente el mensaje.

-Paráfrasis: significa la recapitulación con otras palabras o la expresión resumida y organizada del contenido principal del mensaje que dio el cliente. No es repetir todo, sino expresar de manera clara con las propias palabras del terapeuta, las ideas principales del cliente. Se usa la técnica para comunicar al cliente, animarlo a profundizar en ciertas ideas o pensamientos, autentificar la esencia del problema y ayudarle a tomar decisiones y enfatizar el contenido cuando concluimos que es contraproducente.

-Reflejo: significa la expresión de los sentimientos del cliente, tanto los expresados por él mismo, como los que se encuentran a nivel preconsciente. Es decir, por medio del reflejo, el psicólogo expresa cuando lo considera oportuno, la parte afectiva del mensaje del cliente a sentirse comprendido, a animarlo a centrarse en los sentimientos y percatarse de su intensidad e importancia, animarle a expresar sus sentimientos acerca de otros, eventos o situaciones y discriminar entre diferentes tipos de sentimientos.

Para el terapeuta, sirve para no entrar en conflicto con un cliente que expresa emociones negativas acerca de la terapia o el terapeuta.

-Síntesis: significa emplear las paráfrasis y/o los reflejos que resumen lo que el cliente a comunicado durante la sesión y que permite al terapeuta autenticarlas conclusiones. Se puede utilizar para unir diferentes elementos (afectivos, cognitivos, comportamentales, interpersonales, etc), identificar temas comunes que se ponen de manifiesto después de diversas intenciones del cliente o, incluso de varias sesiones, realizar resúmenes de aspectos importantes y resumir el progreso logrado. Finalmente, brinda oportunidad al cliente de corregir la percepción del terapeuta.

-Interpretación: implica comunicar al cliente las posibles reales funcionales (causales o correlacionales) entre sus conductas, emociones, pensamientos y eventos, con el fin de brindarle una explicación a sus problemas y comportamientos, es decir, la conclusión del análisis.

Con ello se busca que el cliente tenga una nueva perspectiva acerca de sus conflictos que le sirva de ayuda para cambiar. Hay que tener cuidado, debido a que existen ciertos aspectos de las interpretaciones que afectan el resultado.

Las interpretaciones poco profundas, las interpretaciones centradas en causas que puede controlar el paciente, las cuales son más eficaces que aquellas centradas en aquellas que no puede cambiar, y las connotaciones negativas.

1. **Solución de problemas.**

El concepto de solución o resolución de problemas se define como un proceso cognitivo, afectivo y conductual por el que una persona intenta identificar o descubrir una solución o respuesta de afrontamiento eficiente para un conflicto en particular. (Bados y García, 2014)

Cuando la técnica de solución de problemas busca emplearse en conjunto con otros métodos de tratamiento como parte de un programa de intervención más amplio, no debe llevarse a cabo de forma aparte de estos métodos, como una técnica distinta y separada. En vez de eso, recomendable que el programa de tratamiento se lleve a cabo dentro de un aspecto general en la que los otros métodos son aplicados en los momentos oportunos de la intervención. (Bados y García, 2014)

Por otra parte, la resolución de problemas implica la búsqueda racional de una solución o soluciones a través de una serie de estrategias que ayudan al cliente a solucionar o afrontar una situación conflictiva. Se considerarán, para esto, cuatro habilidades básicas (Bados y García, 2014):

1. Definición y formulación del problema.
2. Generación de soluciones alternativas.
3. Toma de decisión.
4. Aplicación de la solución y comprobación de su solicitud.

**b. Justificación de la elección de cada técnica, incluyendo el signo o síntoma a atacar por cada una.**

1. **El debate empírico.**

Esta técnica es buena porque va a ayudar a que la niña se cuestione el porqué de su perfeccionismo y averiguar si no existe una experiencia traumática por eso, se le va a cuestionar a que se pregunte lo que realmente le hace feliz, si es tan importante frustrarse con sus calificaciones o vivir en armonía con sus hermanos y sus padres. Se le va a preguntar si cree que el anticiparse y decir que no sabe hacer nada, es lo correcto y si eso la hace feliz, pensar así, para que se dé cuenta de sus pensamientos automáticos.

1. **Llenando el vacío.**

Esta técnica es apta, porque puede verse que existe un vacío fértil, dado que los problemas de la niña radican en algo que es definido, como el exigirse a salir con buenas calificaciones, o exigir a que sea parte de un grupo de amigas. Se puede trabajar con esa depresión, mostrándole que no es necesario que se agobie para obtener calificación de 10, o que no es necesario qué si no tiene cosas en común con otra amiga, forzosamente se lleve con ella.

1. **Distancia.**

En esta técnica voy a notar que la paciente es una niña y que probablemente sienta con mayor fuerza la tristeza que le provocan las experiencias que para ella son traumáticas por lo que será necesario dar especial interés a los problemas que tiene con las niñas que en el fondo desea que sean amigas suyas.

Voy a tomar en cuenta los sentimientos reales de la paciente, pero sin perder de vista que son los sentimientos del paciente. Para conocer los sentimientos reales que le provoca no alcanzar la calificación máxima en la escuela, y no tener una relación deseada con sus compañeras. Voy a realizar con ella un juego de roles, para conocer el punto de vista de su situación por sí misma, y de ahí poder trabajar con ella sus sentimientos.

1. **Autenticar las conclusiones.**

Voy a usar esta técnica para identificar el origen real de los episodios de depresión, y también la utilizaré para conocer los sentimientos exactos que le causan las experiencias que le causan depresión, teniendo las conclusiones, se podrá hacer un análisis exacto de lo que se puede tratar bajo terapia y manera en la que se pueden tratar de la mano con las otras técnicas.

1. **Solución de problemas.**

Voy a usar esta técnica para darle solución a los problemas existentes en la menor, por ejemplo solucionar el hecho de estresarse y menospreciarse por el hecho de obtener calificaciones que no desea, porque se exige otras, le daremos un parámetro en el cual pueda ella darse cuenta que el obtener la calificación máxima en la escuela no es lo que la define y le ayudare a implementar técnicas para que abandone ese pensamiento de que no vale nada y lo transformaremos en otro tipo de sentimiento.

Y en el aspecto de que muestra un sentimiento de irritabilidad por las amigas, que la hacen sentir irritable, le voy a dar terapia acerca de la autoestima, independencia y valentía, para que pueda solucionar ese sentimiento que le llegan a causar con malentendidos con sus amigas.

**c. Una tarea para que la paciente realice en su casa por cada técnica.**

1. **El debate empírico.**

Se le van a dar instrucciones de que cuando sienta que no sirve para hacer algo, se detenga a hacer lo que está haciendo, piense en relajarse y decir que no se nace sabiendo, que va a vivir una experiencia y que independente del resultado que salga no va a perder el ánimo en intentarlo de nuevo.

Lo mismo cuando riña con alguna de sus compañeras, pensar si es correcto pelear, y que vea si es posible ver si platicar con ellas, o si la molestan apartarse y pensar en decírselo a sus padres o al terapeuta.

1. **Llenando el vacío.**

Se le va a pedir a la niña que cuando sienta frustración que se tome un tiempo en la tarde, después de clase, en donde escriba en un diario como se siente con la frustración porque cree que le duele y que reflexione respecto a eso. Por lo que refiere a que se siente frustrada y decepcionada de sus amigas, pedirle que realice el mismo ejercicio que escriba lo que desee cambiar y reflexione al respecto, después lo escrito se trate en terapia.

1. **Distancia.**

En esta técnica se le va a pedir a la niña que cuando sienta que algún sentimiento que la haga sufrir, la niña lo detecte y lo escriba en una libretita para más adelante ponerla en el diario.

1. **Autenticar las conclusiones.**

En esta técnica le voy a pedir a la niña que antes de escribir las palabras finales en el diario, en la libretita que tiene alterna escriba todas sus ideas de porque se encuentra estresada y cuando termine de escribir todo, reflexionar y llegar a una conclusión final en la que la asentará en el diario y cuando tenga otro tiempo lo leerá para que ella vea si le hace sentido.

1. **Solución de problemas.**

Le voy a pedir a la niña que cuando sienta mucha frustración, piense en cosas agradable, como un juego, una comida, una película, una música, que recuerde lo que mas le gusto de esas opciones y piense como se sentiría si las tuviera en ese momento, este será un ejercicio de relajación mientras consigue hacer las otras tareas.

-Tiempo de trabajo.

Se instaura terapia cognitivo-conductual (TCC), una sesión semanal. Si al cabo de 4-5 semanas no hay mejoría, se añadirá tratamiento con fluoxetina.

-Herramientas.

Se utilizarán como herramientas, el diario, una libreta de anotaciones, realizar reflexiones, ejercicios de relajación con ideas positivas.

**d. Predicción de evolución del tratamiento.**

Con estas técnicas se espera que la niña pueda lograr el manejo de sus emociones y por lo consiguiente poder controlar sus pensamientos de frustración, tristeza o enojo que le generan depresión, pudiendo ella conocerse y conocer sus emocione s podrá trabajar con ellos, y consolidara una buena autoestima y un buen criterio de sus misma y de lo que puede lograr y hacer.

**-CONCLUSIÓN ACERCA DE LAS PROBLEMÁTICAS CON LAS QUE PUEDES ENFRENTARTE EN EL USO DE LAS TÉCNICAS DE TRABAJO PARA DICHO TRASTORNO O PROBLEMA EN PARTICULAR.**

Desde mi punto de vista las problemáticas que puede uno enfrentarse al uso de las técnicas podría ser que es necesaria la creación de más técnicas pues con el tiempo, algunas técnicas podrían quedar sobre pasadas por los tiempos actuales, o en poco uso, pienso que deben de irse generando nuevas técnicas de acuerdo a la actualidad de las personas.

Mientras más técnicas existan y más actuales a las necesidades de las personas de acuerdo al siglo en que se propone se podrá lograr una mayor eficacia en los resultados y mucho más practicadas por los pacientes.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS.**

American Psychiatric Association (2001). Diagnostic and statistical manual of mental disorders recuperado el 21 de noviembre de 2020. Web: https://www.psychiatry.org/

American Psychiatric Association (apa). (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales dsm-iv-tr. Barcelona: masson.

Bados, A. y García, E. (2014). La entrevista clínica. Universidad de Barcelona. Facultad de Psicología.

Beck, a.t. y Freeman, A. (1995). Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Barcelona: paidós.

Ferrer, A. (2010). Las terapias cognitivas: mitos y aspectos controvertidos. Revista Psicología Universidad de Antioquia. Vol2. No.1.

Gradillas, V. (1998). Psicopatología descriptiva. Signos, síntomas y rasgos. Madrid: pirámide.

Organización mundial de la salud (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: meditor.