



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN



ESCUELA DE SOCIALES

CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

MODALIDAD PRESENCIAL

**DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN ESCRITA DEL EXAMEN
COMPLEXIVO DEL GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGO CLÍNICO**

TEMA

**EPISODIOS DEPRESIVOS MODERADO Y SU INCIDENCIA EN LAS
RELACIONES INTRAFAMILIARES DE UN ADOLECENTE DE 17 AÑOS.**

AUTOR

CRISTIAN MAURICIO SIGUENCIA MONCAYO

TUTOR

MSC. FRANCISCO AMAYQUEMA

BABAHOYO - AGOSTO 2021



RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo el análisis de un caso de depresión moderada en un adolescente de 17 años y la influencia de este en la familia, por lo cual expondremos este caso a estudio donde paso a paso, el proceso terapéutico ira disminuyendo la sintomatología del paciente. Se espera que el tratamiento aplicado en él paciente sea efectivo para otros casos de depresión en adolescentes; por lo cual aremos uso de varios recursos como son: La Historia Clínica, la observación y la entrevista semi estructurada. También se aplicó el test de depresión (Inventario de Depresión de Beck) como el test de ansiedad de Hamilton los cuales fueron esenciales para el diagnóstico final partiendo del diferencial. Cabe recalcar que la depresión no tiene un origen determinado sino, más bien el estado disfuncional es provocado por el entorno y una variedad de factores que desencadena el Trastorno Depresivo Moderado y su sintomatología va desde anhedonia hasta problemas emocionales y en las relaciones afectivas. Así también se realizará un estudio amplio sobre la depresión y su incidencia en las relaciones intra personales, observaremos de cera su sintomatología y la aplicación de la terapia adecuada. En la justificación se detalla el aporte, la importancia, viabilidad, beneficiarios y la factibilidad de esta investigación, haciendo referencia la familia y el entorno social que el adolescente o adolescentes viven ya que son esos factores que pueden provocar una recaída o son el apoyo emocional que el paciente necesita y pueda superar sus adversidades haciendo uso de los recursos aprendidos en terapia.

Palabras claves: Depresión Moderada, Proceso Terapéutico, Sintomatología, Estado Disfuncional.

SUMMARY

The present research aims to analyze a case of moderate depression in a 17-year-old adolescent and its influence on the family, for which we will present this case for study where step by step, the therapeutic process will decrease the symptoms of the patient. The treatment applied to the patient is expected to be effective for other cases of depression in adolescents; for which we are using several resources such as: The Clinical History, the observation and the semi-structured interview. The depression test (Beck's Depression Inventory) and the Hamilton anxiety test were also applied, which were essential for the final diagnosis based on the differential. It should be noted that depression does not have a specific origin but, rather, the dysfunctional state is caused by the environment and a variety of factors that trigger Moderate Depressive Disorder and its symptoms range from anhedonia to emotional problems and affective relationships. In this way, a comprehensive study will also be carried out on depression and its incidence in intra-personal relationships, we will closely observe its symptoms and the application of appropriate therapy. The justification details the contribution, importance, viability, beneficiaries and feasibility of this research, making reference to the family and the social environment that the adolescent or adolescents live since they are those factors that can cause a relapse or are emotional support. that the patient needs and can overcome their adversities making use of the resources learned in therapy.

Keywords: Moderate Depression, Therapeutic Process, Symptoms, Dysfunctional State.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
DESARROLLO.....	7
Justificación.....	7
OBJETIVO GENERAL	7
SUSTENTO TEÓRICO.....	8
Depresión.....	8
Trastorno	8
Trastorno Mental.....	8
Trastornos Depresivos.....	9
Trastornos Depresivos Mayores	9
Relaciones intrafamiliares.....	10
Familia	10
Clasificación de la familia.....	11
Otros tipos de familias	11
La estructura familiar	12
Indicadores de salud familiar	12
Patología familiar frecuente	13
Relaciones intrafamiliares	13
Causas	14
Factores Hormonales.....	14
Herencia Familiar	14
Factores Ambientales	15
Factores De Riesgo	15
Comorbilidad	15
El Covid-19 Y Su Afección En La Salud Mental	16
Diagnóstico	17
TECNICAS APLICADAS EN LA RECOPIACION DE INFORMACION.....	18
La observación.....	18
La entrevista.....	19
La historia clínica	19
Test Inventario de Depresión de Beck (BDI-2).....	19

Test Escala de Ansiedad de Hamilton	20
RESULTADOS OBTENIDOS	20
Presentación del caso	20
SITUACIONES DETECTADAS	24
Área cognitiva:	24
Área afectiva:	24
Área conductual:	24
SOLUCIONES PLANTEADAS	25
CONCLUSIONES	28
BIBLIOGRAFÍA	30
ANEXOS	33
ANEXO A	33
ANEXO B	34
ANEXO C	39
ANEXO D	43

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es hablar sobre la depresión en los adolescentes y su afección en el núcleo familiar, exponiendo para uso exclusivo de estudio un caso en particular, Episodios Depresivos Moderados y su Incidencia en las Relaciones Intrafamiliares de un adolescente de 17 años, y como este afecta a sus funciones cognitivas y ejecutivas provocando una disfuncionalidad en su vida. El análisis desde su remisión a consulta, su proceso terapéutico y las técnicas aplicadas como: la observación clínica que nos ayuda a comprobar sus manifestaciones verbales, gestuales y corporales, la historia clínica que nos permite recolectar datos, la entrevista semiestructura, Inventario de Depresión de Beck, que nos ayudara a comprobar la presencia del trastorno y delimitarlo de los otros trastornos depresivos. Toda esta herramienta se utilizó para la recolección de datos y dar con el diagnóstico final. También se utilizó las líneas de investigación de la universidad como la prevención el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico y el uso de la sub línea investigativa en la psicoterapia individual, Asesoría y orientación psicoeducativa, personal, familiar, social y profesional.

La depresión es un estado de ánimo, el individuo tiende a sentirse la mayor parte del tiempo triste y pierde el interés por las actividades: problemas académicos, laborales, problemas interpersonales, problemas financieros, aislamiento, pérdida en los placeres como salir con amigos, practicar deportes, pérdida de apetito, y pérdida del placer sexual, esto puede llevar a la persona a sufrir de una o varias adicciones que puede durar años y si no es tratado a tiempo puede llevar al suicidio donde la persona ve como solución a todos sus problemas. La depresión es la respuesta al dolor físico y emocional provocando un estado de tristeza ante la pérdida momentánea o eterna de una persona u objeto, el cual con el tiempo formó un vínculo afectivo y pasa a formar parte de nuestras vidas, al perder esa parte de nosotros nos provoca un estado de tristeza que con el paso del tiempo esta debe desaparecer y si no es así provocaría una disfuncionalidad en nuestra vida este estado lo llamamos trastorno Depresivo, este pasa a ser diagnosticado como Trastorno cuando la persona no puede incorporarse a sus actividades.

DESARROLLO

Justificación

Este proyecto se basa en cuanto a la experiencia obtenida como egresado de la Universidad Técnica de Babahoyo en el periodo noviembre 2020, cumpliendo con los requisitos para este periodo de titulación noviembre 2021. Como profesional no titulado se ha brindado asistencia psicológica en varios casos del trastorno del estado de ánimo, este caso de estudio a exponer es de un adolescente con episodios depresivos moderados y su incidencia en las relaciones intrafamiliares.

Logrando así brindar pautas que sirvan de apoyo a los padres hacia los niños y así estos forjen su personalidad en los mismos, y esta pueda afrontar las vicisitudes de la vida, aclarar las dudas en cuanto a la crianza y el comportamiento de los adolescentes, los estigmas sociales, el bullying, la muerte. Haciendo uso de las técnicas terapéuticas de los modelos TCC y TREC, se adaptó un proceso de intervención terapéutica adecuado para el paciente y este a su vez sea eficaz en la terapia haciendo uso de las técnicas terapéuticas, test psicométricos, tecnología, fuentes de información científica. El índice de este trastorno según diversos estudios nacionales e internacionales, demuestra que va en aumento cada vez en personas más jóvenes.

Este estudio se logró dar por la aprobación de los padres del adolescente y junto a la colaboración del paciente, al cual se le explicaron las directrices de las sesiones psicológicas brindando toda la colaboración pertinente en todas las entrevistas.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia del episodio depresivo moderado en las relaciones intrafamiliares.

SUSTENTO TEÓRICO

Depresión

Según Mayo Clinic (2019) “La depresión en adolescentes es un problema de salud mental grave que provoca un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades”. Esto afecta en la manera de comportarse el adolescente conlleva a problemas emocionales, físicos y funcionales como deserción académica, pérdida laboral, problemas intra personales y problemas intra familiares.

Según Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018) “en los niños y adolescentes la depresión tiene gran impacto negativo sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares eh interpersonales”. (pág. 42). La familia y el entorno social en que crece el niño oh adolescente influye bastante en la resiliencia que este tenga sobre las adversidades y sucesos de la vida.

Trastorno

Según Hamui (2019) “Nociones como desadaptación, discapacidad, anormalidad, alteración, disparidad, estigma, pauperización, deslocalización, incompetencia –motora, psicológica, lingüística y social–, entre otras, forman parte de este campo discursivo relacionado con las maneras de estar en el cuerpo”.

Generalmente este término se asocia a los desórdenes mentales, a diferencia del concepto de enfermedad que utilizan los médicos que se refiere a problemas de salud, ya que estas tienen causa y origen a diferencia de los trastornos mentales.

Trastorno Mental

Existen una variedad de trastornos mentales, cada uno tiene una manifestación distinta; que por lo general se caracterizan por las alteraciones que tiene esta en el pensamiento; afectando a las funciones ejecutivas, las emociones, la percepción, la conducta y las relaciones intrapersonales eh intrapersonales.

Entre ellos se incluye, La Depresión, el Trastorno Afectivo Bipolar, La Esquizofrenia y otras Psicosis, La Demencia, Las Discapacidades Intelectuales y Los Trastornos del Desarrollo como el Autismo. Existen tratamientos eficaces para tratar estos trastornos e igual hay estrategias que pueden prevenir algunos Trastornos como la depresión y la ansiedad, cabe recalcar que toda persona tiene acceso a la atención médica y los servicios

sociales que le proporcionen los médicos psicólogos especialistas, así como es necesario que estos pacientes deben recibir apoyo social. (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Trastornos Depresivos

Los trastornos depresivos se caracterizan por una sensación de tristeza intensa o permanente lo suficiente como para interferir en la funcionalidad de la persona, la pérdida del placer, de las actividades, se desconoce su origen, aunque se relaciona con la genética, cambios o alteraciones neuronales de los neurotransmisores, alteraciones neuroendocrinas y también los factores psicosociales. Para el tratamiento se utilizan fármacos, psicoterapia o ambos en ciertas ocasiones.

La expresión depresión es utilizada para describir los estados de ánimo bajos niveles de serotonina por lo cual los pacientes están expuestos a contraer algún tipo de adicciones como el alcohol, el tabaquismo y las drogas muchas veces la combinación de todas estas , los pacientes hacen uso de esto por los mitos sociales para así poder sobrellevar el problema, las personas con trastornos de depresión por lo general tienden a tener pensamientos suicidas y muchas veces intentar atentar con la vida de ellos mismos. (Coryel, 2020).

Trastornos Depresivos Mayores

Los pacientes con depresión tienden a sentirse con el estado de ánimo muy bajo, sentimiento de tristeza profunda que le impide llorar se vuelven tolerantes a las adversidades y las emociones que estas provocan, para ellos es normal sufrir y que el mundo y la vida es de sufrimiento.

Los pacientes con depresión mayor por lo habitual descuidan su higiene, su aspecto, sus necesidades fisiológicas no son cubiertas y atendidas como de costumbre, afectando sus procesos cognitivos provocando un daño en sus funciones ejecutivas.

Para que se pueda diagnosticar como Trastorno de Depresión Mayor debe existir una permanencia en los síntomas durante todos los días en un periodo de 2 semanas, el cual debe existir una sintomatología que afecta con mayor intensidad al paciente.

- El paciente tiene el estado de ánimo deprimido todo el día o la mayor parte del día.
- Pérdida de interés en las actividades de todo el día
- Desórdenes alimenticios que provocan aumento o pérdida de peso, así mismo existe un aumento o pérdida de apetito.

- Insomnio o Hipersomnia, el primero es la pérdida del sueño con irrupciones del mismo en las noches y el segundo es exceso de sueño provocado por el insomnio o los estados de ánimo bajos.
- Agitación o lentitud en sus movimientos psicomotores.
- Cansancio perdido de energía
- Sentirse culpable a menudo, sentimiento de inutilidad
- Problemas de concentración, razonamiento y pensamiento.
- Pensamientos sobre la muerte, ideas suicidas intentos de suicidio.

La mayoría de pacientes con Depresión Mayor tienen casi todos los síntomas (Coryel, 2020).

Relaciones intrafamiliares

Teoría Sistémica Espinal, Gimeno y Góonzales (2007) basan sus investigaciones en el enfoque de Salvador Minuchin, luego se da inicio al enfoque denominado TGS Teoría General de sistemas, el cual basa sus estudios en la dinámica familiar, este enfoque se centra en cada miembro del sistema familiar, por lo cual explica el comportamiento de los mismos, así como la evolución de la familia como un todo.

Familia

Minuchin (1974) manifiesta a la familia como un sistema, la cual sufre de una transformación al mantener contacto con elementos externos, los cuales la rodean y cambian su dinámica familiar o interna. El mismo autor considera que la estructura familiar es un grupo de peticiones funcionales, los cuales buscan organizar las interacciones de los integrantes, lo cuales ya se encuentran regidos a distintas normas de comportamiento ya establecidas. Minuchin y Fishman (2004) la familia es el entorno original, para el crecimiento del individuo y para sentirse seguro y tomar auxilio, es un grupo en el permanente en el tiempo. La cual lleva consigo una estructura familiar la cual brinda una guía sobre el funcionamiento de los miembros de la misma, define sus conductas, así como su interacción mutua, lo que le permite desarrollar sus tareas principales y brinda un sentido de pertenencia a cada uno de los miembros de la familia.

Clasificación de la familia

Garza, T (1997) brinda una clasificación de la familia: – Familia nuclear: La cual se encuentra compuesta por una pareja, en la que puede o no existir hijos. 14 – Familia nuclear simple: Se encuentra compuesta por una pareja que no tiene hijos. – Familia nuclear biparental: Se trata de una familia compuesta por un padre, una madre que tienen uno o más hijos – Familia nuclear monoparental: Familia compuesta por uno solo de sus padres, que tiene uno o más hijos. – Familia extensa: esta familia puede estar integrada por una pareja o ya sea por un miembro de la familia que puede tener o no hijos, y además por otros miembros, que pueden formar parte de la familia o no. – Familia extensa simple: Compuesta por una pareja que no tiene hijos y por otros miembros los cuales pueden pertenecer a la familia o no. – Familia extensa biparental: Familia compuesta tanto por el padre como la madre, que tienen un hijo o más y además por otro miembro que puede ser de la familia. – Familia extensa monoparental: Familia compuesta por un solo miembro de la pareja y que además tiene uno o más hijos y otros familiares. – Familia extensa amplia: Compuesta por un hombre y una mujer es decir la pareja o uno de ellos, así como uno o más hijos, y otros miembros que pueden ser familiares o no.

Otros tipos de familias

Se clasifican de acuerdo a su rol según Artola (2002) – Familia Rígida: En este tipo de familiar para los padres es complicado aceptar los cambios de los hijos, los padres dan a sus niños un trato de adultos, no se asimila el crecimiento de los hijos. – Familia Sobre protectora: En este tipo de familia en los padres existe una preocupación excesiva por brindar seguridad a los miembros de su familia. Lo cual no permitirá que los hijos sean autónomos ni tomen sus propias decisiones. 15 – La Familia Centrada en los Hijos: En este tipo de familias, se evita tener conversaciones sobre la familia o pareja, y se preocupa exclusivamente en temas relacionados a los hijos. – La familia Permisiva: Los padres no tienen la capacidad de corregir a sus hijos, por lo que dan la potestad de que sus hijos hagan lo que ellos desean.

La estructura familiar

Minuchín (1974) la estructura de una familia definida, es el grupo de demandas lo cuales organizan los distintos modos en como los miembros de una familia deben comportarse e interactuar entre sí, lo cual se basará en reglas de quienes actuaran, entre quienes y de qué manera.

Funciones de la familia

Mestre, Samper, Tur y Díez (2001) refieren que las funciones de la familia deben ser agradables y adecuadas para cada uno de los miembros, por lo que se debe tomar en cuenta a cada uno de los miembros ya que las funciones no pueden ser realizadas de igual manera por todos los miembros, ya que tanto las diferencias en sexo, así como en generación y de habilidades marca una diferencia, en las funciones. Se debe tomar en cuenta también las diferencias de edades entre los hijos ya que esto permitirá establecer funciones de amor o de autoridad adecuadas. Por lo que a través del tiempo se debe modificar estas funciones, tomando en cuenta a la vez la evolución de los miembros de la familia. Hurlock, Musitu, Romám y García (1988) dan a conocer la importancia de respetar las diferencias familiares, así como sus roles, pues si no se toma en cuenta esto, se pueden presentar patologías. No se deben mezclar los roles, los padres deben ser padres y los hijos deben ser hijos, y estas funciones deben ser realizadas con responsabilidad por parte de sus miembros.

Indicadores de salud familiar

Maganto (1993) la familia, es el origen de salud, si se ejerce su función de una manera correcta, existen indicadores que permiten reconocer los niveles o porcentajes de salud en la familia. – Un indicador es que el cuerpo no transmita trastornos psicológicos, que suelen ser derivados de conflictos relacionados a emociones, así como interacciones sociales. – Otro indicador de salud, es la habilidad de comunicación en la familia, la capacidad de dialogar y el saber escuchar. Lo cual permite mejorar la habilidad para entablar relaciones sociales de calidad y el saber disfrutar las mismas. – La familia es un sistema en el cual los miembros tienen espacio para poder disfrutar de sus aficiones, da la oportunidad al individuo de ser creativo y pueda obtener placer. – Las demostraciones de amor y cariño logran generar salud psíquica y física. Lo cual incluye proteger al más débil y ser más

comprensivo y tolerante. – El sentido del humor, así como la capacidad de desarrollo del sentido del humor y la capacidad de reírse, favorece a la salud psíquica de la persona.

Patología familiar frecuente

(Gil y Garrido, 1993; Haley, 1999; Minuchin, 1992) han ordenado algunas tipologías tomando en cuenta el funcionamiento familiar, lo cuales pueden presentarse de manera patológica, las cuales se presentan a continuación: – La familia aglutinada, se la llama así cuando en la familia no se tienen bien establecidos los roles de los miembros y por lo tanto se los confunde, por lo tanto, no existe una identificación de identidades. En esta familia no existe ni autonomía ni respeto entre sus miembros. 17 – La familia sobreprotectora: Es la familia que no permite a sus hijos enfrentar sus problemas, buscando evitar todo tipo de daño a los miembros de su familia, por lo que sus miembros no tienen consciencia de lo que es el peligro y no les permiten desarrollar estrategias para poder afrontar sus dificultades, por lo que se tornan inseguros e independientes. – La familia rígida: esta familia impone a sus miembros reglas que no son modificables, el autoritarismo es la cualidad principal de este tipo de familiar, no dan paso a la comunicación entre sus miembros, por lo general son agresivos y no tienen una adecuada tolerancia.

Relaciones intrafamiliares

La relación en la familia Ackerman (1971) aclara que la familia siempre se encuentra en constantes cambios, nada es fijo dentro de una familia. La familia sufre diversas modificaciones continuamente tanto por factores condiciones externas e internas. En esta última, cada persona tiene diversas familias: en la infancia, en el matrimonio, en la paternidad y cuando uno es abuelo. Niveles en los recursos de conflicto y restablecimiento del funcionamiento familiar: – Conflicto e inestabilidad entre la familiar y comunitaria. – Conflicto entre los integrantes de la familia. – Conflictos relacionados al tipo de personalidad de los miembros de la familia. Existen tres niveles de fenómenos que forman parte en la interacción de la persona y el grupo: el ambiente, las relaciones interpersonales y la personalidad. Los cuales funcionan en conjunto, por esta razón cuando un miembro de la familia cambia, este tiene influencia en la conducta de los otros miembros de la familia y de la misma manera,

cuando la familia cambia afecta a sus miembros. Es decir, se trata de un proceso circular. Las relaciones intrafamiliares permiten la regulación de emociones por lo que facilita el desahogo de los mismos. En la familia se encuentran sentimientos de devoción y amor, pero, si la atmósfera familiar sufre de cambios bruscos pueden surgir sentimientos de frustración, resentimiento y hostilidad. Los vínculos familiares se hacen a través de una combinación de factores: – Biológicos: crianza, educación, etc. – Psicológicos: interdependencia de los miembros de la familia. – Económicos: interdependencia para la satisfacción de necesidades. – Sociales: ambiente social protector o por el contrario peligroso. Kornblit (1994) manifiesta que las reglas que rigen la interacción familiar son: la organización de la familia, la familia como un sistema de parentesco y dos elementos conativos como lo son valores, creencias, etc. A los cuál se lo denomina como ideología familiar. (Zurita, 2017)

Causas

Las causas de los trastornos depresivos no tienen un origen, aunque estudios realizados nos dicen que pueden ser hereditarios como ambientales aquí.

Factores Hormonales

Existe una relación importante entre las hormonas somatostatinia y CRH, las cuales se dicen que inhiben la secreción de la noradrenalina y dopamina, que se dé debido a una alteración en la plasticidad del cerebro y se refleja en el paciente debido al impacto estresante que esté presente.

Herencia Familiar

Si los uno de los padres sufre de depresión es probable que su hijo tenga un 10 al 25% de probabilidades de presentarlo, si ambos padres padecen de depresión la probabilidad aumenta al doble. El trastorno de depresión afecta más a las mujeres que los varones las mujeres presentan un 40% mientras que los hombres un 30%.

Factores Ambientales

Los factores ambientales son una de las principales consecuencias de la depresión, ya que en la adolescencia el cuerpo del adolescente presenta cambios fisiológicos, y es una lucha constante con la sociedad que tiene el joven, problemas de autoestima, inseguridad, dependencia emocional, baja tolerancia a la frustración, bullying, hogares disfuncionales, problemas académicos y sociales, todo esto puede desencadenar un estado depresivo más si no se cuenta con el apoyo necesario el joven no contara con las herramientas necesarias para hacer resiliencia ante las adversidades.

Factores De Riesgo

Mediante diferentes factores y etiologías asociados a comorbilidades, aspectos psicosociales se explican ciertos factores para expresar la patología los factores de riesgo más comunes que se pueden ver a continuación:

- Enfermedades medicas
- Dolores crónicos
- Enfermedades psiquiátricas
- Eventos de la vida adversos
- Rasgos de personalidad
- Estatus económico bajo
- Estado civil, separado, viudo, divorciado.
- Fumador o Exfumador
- Problemas intrafamiliares.

También cabe recalcar que se puede asociar algunos factores como: las creencias religiosas, las clases sociales, el embarazo y el tener hijos.

Comorbilidad

La comorbilidad se puede presentar con la mezcla de otras enfermedades médicas o mentales, estudios han encontrado una prevalencia de esta relación desde un 69 hasta un 75%, entre los más comunes se encuentran:

Trastornos de ansiedad (una gran variedad de presentaciones)

Trastorno de estrés posttraumático

Trastorno obsesivo-compulsivo

Trastorno de déficit atencional con hiperactividad

Trastorno de oposición desafiante o Trastorno de uso y abuso de sustancias o

Trastornos de personalidad (algunas de ellas). (SOMEA, 2020).

También se encontró que las personas con DEPRESIÓN MODERADA sienten la presencia de otras afecciones. Según Alonso (2020) “tienen mayor riesgo que la población general de presentar casi todos los trastornos mentales. El riesgo aumenta con la severidad de la depresión. Dos tercios de los casos de depresión presentaban al menos un trastorno mental comórbido”.

El Covid-19 Y Su Afección En La Salud Mental

Un estudio realizado en estados unidos con 1800 personas, se les realizo una encuesta sobre la preocupación de estos en la pandemia y lo que reflejan los medios de comunicación como noticas, las cuales existían 3 alternativas con grado de preocupación la primera “levemente preocupado”, “preocupado”, o “muy preocupado”.

Los resultados mostraron que el 64% que estaba preocupado o muy preocupado, el 28% que estaba poco preocupado y el 8% que no estaba preocupado en absoluto. En cuanto a la información que circulaba en los medios de comunicación decía que el 49% estaba preocupado o muy preocupado por lo que dicen las noticias del coronavirus, el 32% estaba menos preocupado al respecto y el 195 no estaba preocupado en lo absoluto.

Los investigadores encontraron que era más fuerte la sintomatología de los pensamientos debido a la información que se tenía sobre el coronavirus, aquellos que se preocupaban más por las noticias y la información que estas pueden generar, estos estaban propensos a sufrir de depresión o ansiedad. Por el contrario, a sentirse preocupado o muy preocupado por el coronavirus y la calidad de información no presentaba la probabilidad de presentar síntomas de depresión o ansiedad. (Alonso M. , 2020).

La presencia de un familiar o vecino que haya sido contagiado con el virus provoca una reacción negativa en la persona, en la mayoría los padres son los afectados emocionalmente y su estado de tristeza y miedo a que se contagie algún miembro de la familia es real que llega a afectarle psicológicamente.

Tan fuerte es el miedo que llega a provocar problemas intrafamiliares y sociales, ya que lo primero que las personas hacen es alejarse de los contagiados o de quienes hayan sufrido de esta enfermedad. Siendo esta una respuesta natural del ser humano al miedo, este miedo muchas veces es provocado por la falta de información o desconocimiento del mismo.; hay que tener en cuenta el otro lado de la moneda, las personas que pasan por esta enfermedad muchas veces son señaladas o etiquetadas, de igual manera son marginadas rechazadas por haber sido portadoras del virus esto provoca que estas personas sean propensas a sufrir de depresión.

Según Valero, Vélez, Duran, & Torres (2020) “En las circunstancias actuales, serán muy frecuentes, en la mayoría de las personas, emociones como la ansiedad, el miedo, la tristeza, el enfado o la impaciencia. Estas emociones comparten entre si la función de preservar la vida”.

En los mencionados de Belluck (2020) “Algunos problemas podrían persistir durante meses, años o incluso el resto de sus vidas. Los pacientes que han regresado a casa tras estar hospitalizados por fallas respiratorias graves derivadas del virus están lidiando con problemas físicos, neurológicos, cognitivos y emocionales.”

Diagnóstico

Para el diagnóstico de depresión mayor DSM-V (2013), Cinco o más de los siguientes síntomas deben haber estado presentes casi todos los días durante un período de 2 semanas, y uno de ellos debe ser el estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer. (pág. 160):

Según el manual del MSD Coryel (2020) dice “Los síntomas depresivos que persisten durante ≥ 2 años sin remisión se clasifican como trastorno depresivo persistente, una categoría que consolida trastornos anteriormente denominados trastorno depresivo mayor crónico y trastorno distímico”.

Estos son los síntomas que suele sentir el paciente o la persona que sufre de depresión.

- Depresión la mayor parte del día
- Perdida de interés en las actividades

- Desórdenes alimenticios, pérdida o aumento de peso.
- Insomnio o hipersomnia
- Agitación o retardo psicomotor
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada
- Capacidad disminuida para pensar o concentrarse
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

TECNICAS APLICADAS EN LA RECOPIACION DE INFORMACION

Para el estudio del siguiente caso se hicieron uso de varias herramientas y técnicas por la cual el entrevistador presto atención a toda manifestación que presento el paciente, por lo cual se procedió en la adaptación de cada una de estas herramientas al PI, de igual manera está presente investigación es de carácter cualitativo ya que una de las mejores estrategias de abordar la problemática es en la división de su sintomatología mediante la exploración.

Aquí se detalla cada una de las técnicas aplicadas al paciente desde su remisión a consulta, en la cual se registra cada una de sus conductas, las técnicas aplicadas son: La Observación clínica, La Entrevista, La Historia Clínica, Pruebas Psicológicas (test psicométricos).

La observación

Se la utiliza para registrar las diferentes conductas que manifiesta el paciente pudiendo ser anecdóticas, que son relacionadas con temas específicos o sucesos mediante estos existirán conductas violentas o de temor. La observación dirigida también, la cual será controlada por el profesional y mediante la exposición se registran conductas; así

mismo la observación natural la cual se manifiesta los movimientos del paciente en su estado natural se puede observar por tiempo o suceso.

Esta técnica se aplicó para registrar los datos y conductas que manifiesta la paciente, verbalmente, también su gesticulación y expresión corporal; se utilizó esta técnica para corroborar signos propios del estado depresivo o trastorno depresivo.

La entrevista

Esta técnica se realizó siguiendo un esquema semi estructurado el cual nos dice los pasos a seguir, con preguntas abiertas y cerradas de igual manera se establece el discurso libre el cual es muy útil para la generación del rapport ya que la paciente es libre en expresar sus inquietudes y molestias. En fin, la entrevista semi estructurada se aplicó al paciente que asistió al consultorio el cual a través las conductas registradas y el diagnóstico del DSM 5 dio que el PI, tiene Trastorno Depresivo Moderado.

La historia clínica

La historia clínica se la hizo durante la entrevista y las primeras sesiones, ya que la información se obtenía de manera progresiva conforme iba el proceso terapéutico.

Siendo el relato de la enfermedad del propio paciente, puede ser llamada también una biografía patológica. Esta recopilación de información se da mediante la anamnesis del paciente sobre sus signos y síntomas, también si tiene pruebas complementarias diagnósticos diferenciales, la evolución de la enfermedad y el debido diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Test Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Este cuestionario se utiliza para medir el estado de ánimo, el cual está diseñado para medir específicamente la depresión con una escala que va desde leve, moderado y grave, así el profesional puede saber el estado actual del paciente y la gravedad.

Aplicándose debido a que los signos y síntomas que presentaba el paciente, tales como fatiga, hipersomnia, pérdida de interés en las cosas, sensación de vacío y soledad, tristeza, entre otros, apuntaban a un problema de depresión. Mediante la aplicación del test pudimos ver que la paciente sufre de depresión moderada.

Test Escala de Ansiedad de Hamilton

Dando como resultado un puntaje de 18, que significa que existe ansiedad moderada. El inventario de ansiedad es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desordenes de ansiedad como en cuadros depresivos, esta herramienta en forma de cuestionario consta de un número de preguntas apropiadas que determinan el nivel de ansiedad.

RESULTADOS OBTENIDOS

Presentación del caso

El paciente es un joven de 17 años de la ciudad de Cuenca. El cual acude a consulta por que las últimas semanas ha perdido el interés en ciertas actividades, de igual manera ha perdido varios amigos por su situación actual, así mismo la relación con sus padres y hermanos ha tenido problemas, en cuanto a sus estudios de no poder acceder a la universidad y decepcionar a sus padres lo tiene “angustiado y triste” palabras del paciente. El PI, estudia actualmente el preuniversitario para acceder a la universidad, manifiesta que desde hace 6 semanas se viene sintiendo un poco triste, de igual manera menciona que su amigo tiene una novia y él no consigue una relación amorosa, eso lo molesta y le provoca soledad así mismo sus padres por el trabajo no hablan con él desde hace mucho tiempo, considerando que ya es un hombre y por si solo lidia con sus propios problemas, también dice que no tiene como hablar de estos temas con sus padres no entenderían que no tiene amigos y los que tenia se han alejado de él, así siente que a nadie le importa por lo que está pasando y siente que nadie lo quiere y mejor estaría si desapareciera.

Sesiones terapéuticas

Tomando las medidas de bio seguridad correctas, se remitió al paciente al consultorio para su tratamiento terapéutico. Donde el especialista se presentó con el paciente y presento las normas de seguridad en el proceso, la confidencialidad de la información, los resultados de la predisposición y la importancia del rapport.

PRIMERA SESIÓN 28/05/2021

Se preguntó al paciente cual es el motivo de consulta y su sintomatología, así como se hizo uso de la observación de su aspecto, postura, gesticulación y su léxico; también se utilizó la historia clínica donde se recopiló antecedentes hereditarios y ambientales.

El paciente manifestó tener síntomas de tristeza 6 semanas atrás a su remisión al consultorio, también presento anhedonia, comenta una pérdida de interés en las actividades de igual manera presenta un bajo rendimiento académico en el curso del pre universitario, ha comenzado a descuidar su apariencia e higiene, el estado de ánimo depresivo le impide reintegrarse a sus actividades, dice querer pasar todo el día en la cama, también dice que los pensamientos de inutilidad, soledad, fracaso y muerte lo atormentan constantemente. Se procedió a evaluar y definir el problema para la comprensión del paciente haciendo una relación entre sus pensamientos sus emociones y las conductas, concluyendo que son sus pensamientos quienes afectan sus emociones y estas a sus ves modifican su conducta se le dio un diagnóstico diferencial, se le informo de proceso terapéutico a seguir, así como también el número de sesiones y consiguiente el contrato terapéutico.

SEGUNDA SESIÓN 04/06/2021

Se preguntó al paciente sobre su situación, el cual menciona a ver sentido un poco de tranquilidad luego de la primera consulta dice que al saber sobre lo que lo aquejaba se reducía a un solo nombre depresión, de la cual desconocía y pensaba que solo afectaba a personas mayores de 25 años. Pero que de todas formas continuaba sintiéndose triste y sin ganas de hacer nada, se procedió en la identificación de sus pensamientos negativos y cambiarlos por unos positivos, de igualo forma se trabajó en estas conductas en el paciente, así como se le pidió un registro cronológico de los pensamientos negativos. Se aplicó la técnica de “situación analítica” donde describió los pensamientos que tenía y también que describiera sus conductas, controlando sus niveles de estrés y ansiedad modificamos los pensamientos y las conductas ya descritas haciendo ver que él tiene el control de estas, como también la distorsión de la realidad que provocan.

TERCERA SESIÓN 11/06/2021

Se preguntó al paciente sobre su situación y el cumplimiento de las tareas, el paciente asiste a consulta muy estresado y ansioso debido a que en 3 días debe rendir un examen, lo cual lo atormenta y le pone intranquilo aquí se procedió en la aplicación de la técnica de relajación “combatir el estrés” lo cual se le pidió imaginar el momento del examen y su

reacción, como también la distorsión cognitiva de sus pensamientos los cuales se modificaban acorde el ejercicio, explicando al paciente la realidad interna y externa que provoca su disfunción cognitiva. De igual manera manifiesta sentirse un poco aliviado, pero sigue estando triste la mayor parte del día. Se le explica que se le aplicará un test psicométrico el cual medirá su nivel de depresión, y se procedió a la aplicación de Inventario de Depresión de Beck, el cual mediante su interpretación determinó que la paciente depresión grave.

CUARTA SESIÓN 18/06/2021

Se preguntó al paciente sobre su situación y el cumplimiento de las tareas, el cual responde que comprende la sistematización de las tareas, pero no tiene un compromiso consigo mismo en realizarlas, al igual que la tristeza sigue estando presente en el con ese sentimiento de inutilidad que lo atormenta. Menciona que su tristeza es debido también a que le gusta una chica de su vecindario y piensa que a ella él no le gusta, se siente que es feo como para estar con ella y le da miedo hablarle o pedirle que salga con él, de igual manera le da miedo que algún chico del barrio la conquiste antes que él. Aquí se aplicó la técnica “planificación de actividades” la cual se le explico que se registraría las actividades a cumplir y al terminar el día revise las que logro cumplir.

QUINTA SESIÓN 25/06/2021

Se le pregunto al paciente sobre su situación y el cumplimiento de las tareas, el cual menciona no cumplir con todas las actividades planteadas, así mismo menciona sentirse muy triste debido a que un chico a salido con la chica que le gusta esto ha generado que no quiera estudiar y se ha aislado hasta no querer salir de casa; los pensamientos de soledad lo atormentan. Se trabajó en la realización de las actividades más importantes, de igual manera dice haber mejorado la comunicación con sus padres desde que ha entrado terapia, dice a ver visto un cambio en ellos y pensaba que era pasajero o que lo hacían por complacerlo ahora que esta con psicólogo, este cambio lo veía negativamente ya que al estar oh hablar con sus padres tenia odio y rabia por dentro.

Se procedió a la aplicación de la técnica “role playing” la cual se explico al paciente lo que se lograría conseguir con esta técnica, se usaron varios ejemplos hasta la comprensión del paciente, esta técnica sirvió para trabajar la asertividad del paciente con las mujeres, una vez cumplido el objetivo de la técnica que es dar al paciente el valor que necesita.

SEXTA SESIÓN 02/07/2021

Se le pregunto al paciente sobre su situación y el cumplimiento de las tareas, nos manifiesta que existe un cumplimiento total en las establecidas en la sesión anterior, y esto ha generado un cambio en las relaciones afectivas así mismo un cambio en su estado emocional. El paciente expresa una libertad de expresión en cuantos a sus pensamientos y sentimientos y en cuanto a la relación con sus padres a mejorado aún más y ahora salen los fines de semana y tienen tiempo para hablar con él y siente que lo apoyan. Menciona pasar mucho tiempo solo y esto lo afecta de igual forma sigue pensando en su vecina todo esto le trae problemas en el pre universitario no pude concentrarse y no ha mejorado su rendimiento académico y teme perder el acceso a la universidad. Se aplicó nuevamente la técnica “role playing” esta vez en dos situaciones diferentes una en la que le pedía salir con y la otra donde le confesaba sus sentimientos, controlando sus niveles de ansiedad. En ambas situaciones se hablaba lo importante que era para el expresar sus sentimientos y lo tranquilizante que sería para el liberarse de toda esa angustia.

SÉPTIMA SESIÓN 09/07/2021

Se procedió a preguntar al paciente sobre su situación y el cumplimiento de las tareas lo cual menciona haber cumplido con las tareas establecidas en la quinta sesión, y en cuanto a su estado de ánimo menciona días después de su última consulta logro haber hablado con su vecina y le pidió salir con él la cual ella acepto, también menciona haber sufrido de un ataque de ansiedad pero pudo controlarlo gracias a las técnicas aprendidas en terapia, así mismo menciona que ahora ya no se siente triste ya que la chica lo ayuda y le da palabras de aliento y el con eso ya supera las crisis. Dice igual que su rendimiento académico no ha mejorado y no importarle ya que ahora tiene a su vecina que es lo que más le importa. Aquí se aplicó la técnica “debate filosófico” donde se hizo ver al paciente la realidad si descuidase sus responsabilidades ya que se podría estar hablando de una posible recaída ya que iría perdiendo el interés en las cosas y así perdería ese atractivo que tiene hacia los demás.

OCTAVA SESIÓN 16/07/2021

Se preguntó al paciente sobre su situación y el cumplimiento de las tareas el cual menciona que sigue cumpliendo las tareas más importantes y ahora siente una gratificación cuando las realiza pero que aún le cuesta hacerla un habito, de igual manera siente angustia cuando no logra terminar todas a tiempo. Así mismo menciona que la relación con su vecina

a mejorado y siente que podrían ser novios entonces dice que no puede prestarle mucha atención ya que debe estudiar mucho para mejorar su rendimiento académico. Se ejecutó la técnica de relajación “control de la respiración” para que así pueda controlar la situación y no procrastine, se habló al paciente de su avance en el proceso y se le propuso pensar en dejar la terapia.

NOVENA SESIÓN 23/07/2021

Se preguntó al paciente sobre su situación y el cumplimiento de las tareas y lo propuesto en la sesión anterior de dejar la terapia. El paciente manifiesta adaptarse a su vida actual con facilidad y cumplir con sus responsabilidades, de igual manera dice ya no sentirse triste y cuando sufre de estas crisis aplica las técnicas y puede afrontar las situaciones.

SITUACIONES DETECTADAS

Área cognitiva:

Cuadro permanente de angustia y frustración.

Pensamientos suicidas

Área afectiva:

Tristeza

Sensación de vacío

Área conductual:

Autoaislamiento

Ausencia de asertividad

Se realizó la respectiva exploración y análisis del caso y por cumplimiento de los respectivos criterios descritos en el DSM- V se puede constatar el diagnóstico correspondiente a Trastorno de depresión moderado 296.32 (F33.1)

SOLUCIONES PLANTEADAS

Para la solución del presente caso el paciente fue intervenido psicológicamente cuya sintomatología clínica no dejó un caso de depresión, teniendo como objetivo la exploración y el análisis del Trastorno Depresivo Moderado y su afección a la familia en un adolescente de 17 años.

La investigación respectiva y los criterios del diagnóstico que se cumplen para el Trastorno de depresión moderada, la psicoterapia para este trastorno se basa en el Enfoque Cognitivo Conductual, ya que las técnicas de este enfoque han sido las más adecuadas según el criterio y formación profesional con el cual se analiza este caso.

ESQUEMA TERAPÉUTICO

Categorías	Objetivo	Técnica	Actividad	N° sesiones	Resultados esperados
Cognitivo	Lograr que la paciente experimente dosis de logro y gratificación.	Planificación de actividades	Se elabora junto a la paciente, un plan de actividades para el día siguiente posterior a la sesión. Desde tareas sencillas hasta tareas más complejas de su cotidianidad	3	En una escala del 1 al 5, la paciente manifestó que experimento gratificación y logro, alcanzando escala de 4, con significancia de "Alto logro".

			que tiene por realizar.		
Cognitivo	El paciente experimente las crisis y controle las situaciones.	Situación Analítica	Se hizo al paciente imaginar una situación que le genera tristeza y él debe controlar la situación.	1	El paciente expresa mayor seguridad en cuanto a cómo saber qué hacer y que pensar en esas situaciones de caos.
Conducta social	La paciente debe aprender de otros canales comunicativos , diferentes al que conoce. Para entrenar la habilidad de asertividad	Role Playing o Juego de Roles	Se forma una simulación del problema, y se plantea una forma diferente, de respuesta. La P.I tiene una nueva forma de comunicación basada en la asertividad.	2	Paciente expresa mayor seguridad para expresar lo que siente de forma calmada sin recurrir a la confrontación con los demás. Demuestra ser capaz de simular y poner opiniones y críticas a su familia.

Cognitiva	El paciente debe tranquilizarse y controlar su respiración así logra una relajación en su cuerpo.	Control de la respiración	Se hizo al paciente imaginar una situación estresante que le genere ansiedad y se le pidió que respirara y controle su respiración	1	El paciente expresa que puede controlar su respiración y el ataque de ansiedad es menos intenso.
Pensamientos suicidas	Cambiar idea irracional de suicidio por idea racional.	Debate filosófico	A través de esta técnica se busca confrontar la creencia irracional, que cause perturbación y someterla a nuevas perspectivas interpretativas y generen en el paciente nuevas creencias.	2	El paciente logra modificar la creencia de "soy un inútil" por "no todo debo hacerlo yo". Expresa que ahora puede ver los problemas con otra interpretación, de forma que no le causa tristeza.

CONCLUSIONES

Al final se pudo cumplir con el objetivo de este caso expuesto a estudio, donde se propone un proceso terapéutico adecuado al paciente así mismo se sigue los protocolos, normas, procedimientos académicos y conocimientos profesionales; el proceso terapéutico de este caso de estudio se dio con el propósito de brindar una solución a la problemática de la salud mental. A la cual muchos jóvenes están expuestos ya sea por factores ambientales, sociales, culturales y genéticos, siendo este estudio un caso real el cual se procedió al paciente con una psicoducción sobre su condición y también se le mencionó la terapia.

El paciente presenta un trastorno depresivo moderado, uno de los trastornos de los estados de ánimo que desde su llegada al consultorio y mediante sus manifestaciones físicas y gestuales, se pudo observar síntomas de depresión que mediante la entrevista psicológica se pudo explorar su disfunción cognitiva la cual se manifestaba mediante síntomas conductuales que llevó al diagnóstico del DSM V trastorno depresivo moderado.

Es aquí donde se pudo recopilar datos de suma importancia para el aporte a los trastornos depresivos en jóvenes, brindar las herramientas necesarias para lograr una mayor comprensión de los padres, mejorar la relación familiar y social evita problemas a futuro; se pudo constatar que los lazos afectivos tienen un impacto positivo o negativo en las emociones como en este caso donde el paciente manifestaba tristeza, soledad, angustia, pérdida de interés en las actividades de igual manera los problemas de comunicación le trajeron problemas con sus padres y amigos.

Se propuso un proceso terapéutico adaptable para el paciente el cual se le explicó que se llevaría a cabo en varias sesiones, así mismo su compromiso sería esencial para la eficiencia de la terapia la cual sería la Terapia Cognitivo Conductual la que se aplicó en este caso y se basó en los pensamientos disfuncionales que tenía el paciente los cuales en la terapia se habla de negativos y positivos, es así que por medio de sus pensamientos y conductas disfuncionales que se llegó al diagnóstico y se pudo proceder con la aplicación de la terapia la cual fue efectiva en el caso a tratar.

Para la resolución de este caso se aplicó varias técnicas en las sesiones terapéuticas, de igual manera un test psicométrico los cuales nos llevaron al diagnóstico final y por consiguiente a la aplicación de la terapia cognitivo conductual considerando que es la más

apropiada para este caso así mismo considerando en aquí y el ahora que también menciona la terapia, la cual es también recomendada en los casos de depresión por varios especialistas.

La situación de los pacientes con depresión suele variar según su gravedad y si no son detectados a tiempo estos síntomas pueden causar varios trastornos, la comorbilidad en los pacientes con depresión es muy frecuente y se relaciona más con la ansiedad. Esta disfuncionalidad cognitiva afecta a las funciones ejecutivas y motoras provocando en el paciente un estado de ánimo depresivo el cual pasa de ser leve a grave con el tiempo y así mismo su mortalidad, siendo considerado para el depresivo la muerte como solución a sus problemas.

RECOMENDACIONES

Se recomienda al paciente hacer uso de las herramientas aprendidas y brindadas por el analista, así como de igual manera se recomienda seguir con el proceso de manera individual como también estar en contacto con su especialista en una posible recaída. Es esencial que el paciente se reintegre a la sociedad y a sus actividades diarias así mismo que tenga tiempo suficiente para liberar estrés, se puede entender cómo vida social oh puede realizar practicar deportes ya que todo esto mantendrá un equilibrio en su mente y cuerpo.

También se recomienda una alimentación saludable ya que el desorden alimenticio puede traer problemas de peso y este llega a provocar insomnio e hipersomnia; por consiguiente, las recomendaciones dadas servirán de apoyo y se recalca el compromiso del analista con el paciente el cual queda a voluntad hacer caso omiso de lo dicho, también se deja claro que en caso de sufrir una recaída el paciente debe regresar a consulta. No se recomienda el uso de fármacos sin receta médica.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, A. (21 de Mayo de 2020). *PSYCIENCIA*. Obtenido de PSYCIENCIA:
<https://www.psyciencia.com/comorbilidad-mental-y-somatica-de-la-depresion/>
- Alonso, M. (10 de Agosto de 2020). *PSYCIENCIA*. Obtenido de PSYCIENCIA:
<https://www.psyciencia.com/cantidad-informacion-covid19-afecta-salud-psicologica/>
- Belluck, P. (2020). Así es la recuperación para muchos de los sobrevivientes de la COVID-19. *The New York Times*.
- Coryel, W. (Marzo de 2020). *MANUAL MSD*. Obtenido de msdmanuals.com:
<https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>
- Coryell, W. (s.f. de marzo de 2020). *MANUAL MSD*. Obtenido de MANUAL MSD:
<https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>
- DSM-V. (2013). Trastornos Depresivos. En A. E. Psiquiatría, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (pág. 947). Médica Panamericana.
- Hamui, L. (4 de Septiembre de 2019). La noción de “trastorno”. *FACMED*, 43. Obtenido de
http://revistafacmed.com/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=1218:la-nocin-de-trastorno&Itemid=1
- Mayo Clinic. (2019). *MAYO CLINIC*. Obtenido de MAYO CLINIC:
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/teen-depression/symptoms-causes/syc-20350985>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). En A.-t. A. : Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Ed.), *Guía de Práctica Clínica. ACTUALIZACION*. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS). Ministerio de

Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Obtenido de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf

Organización Mundial de la Salud. (28 de noviembre de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

SOMEA. (1 de Diciembre de 2020). *Revista Medica Sinergia*. Obtenido de Revista Medica Sinergia: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/issue/view/70>

Valero, N., Vélez, M., Duran, Á., & Torres, M. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión? *Enfermería Investiga*, 5(3), 63-70. Obtenido de <https://revistas.uta.edu.ec/revista/index.php/enfi/article/view/913>

Zurita, M. L. (1 de Mayo de 2017). *Repositorio Universidad Técnica de Ambato*. Obtenido de <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/25549>

ANEXOS

ANEXO A



ANEXO B

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____ Fecha: ____/____/____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: _____ Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Género: _____ Estado civil: _____ Religión: _____
Instrucción: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Remitente: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).

b. Tipo de familia.

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades.

6.2. ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

6.3. HISTORIA LABORAL

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión, deportes, intereses)

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

6.7. HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros)

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

6.9. HISTORIA MÉDICA

6.10. HISTORIA LEGAL

6.11. PROYECTO DE VIDA

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL 7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)

7.2. ORIENTACIÓN

7.3. ATENCIÓN

7.4. MEMORIA

7.5. INTELIGENCIA

7.6. PENSAMIENTO

7.7. LENGUAJE

7.8. PSICOMOTRICIDAD

7.9. SENSOPERCEPCION

7.10. AFECTIVIDAD

7.11. JUICIO DE REALIDAD

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS 8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo		
Afectivo		
Pensamiento		
Conducta social - escolar		
Somática		

9.1. Factores predisponentes:

9.2. Evento precipitante:

9.3. Tiempo de evolución:

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

11. PRONÓSTICO

12. RECOMENDACIONES

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos

ANEXO C

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:.....
Sexo..... Ocupación

Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía

hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía

hacerlo 2 Lloro por cualquier

pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

ANEXO D

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 fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
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,	0	1	2	3	4

despertar prematuro, cambios de humor durante el día.					
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, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	0	1	2	3	4
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	0	1	2	3	4

<p>después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborignos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento</p>					
<p>12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia</p>	0	1	2	3	4
<p>13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección (pelos de punta</p>	0	1	2	3	4
<p>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) 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>	0	1	2	3	4

<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>					
--	--	--	--	--	--

ANSIEDAD PSIQUICA	
ANSIEDAD SOMATICA	
PUNTUACION TOTAL	