



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



DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)
DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO:
MENCIÓN CLÍNICO

TEMA:

**PENSAMIENTOS NEGATIVOS Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO DE
DEPRESIÓN EN UNA MUJER DE 19 AÑOS DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**

AUTOR:

BALLADARES PEÑA CARLA FABIOLA

TUTOR:

MSC. CAICEDO CHAMBERS KARINA MARÍA

2022

Resumen

Tener pensamientos negativos es normal, es algo que está presente en la vida de todas las personas durante toda la vida, pero hay que saber hasta dónde permitir que esos pensamientos que en gran parte son dañinos formen parte de la vida, ya que si se tienen pensamientos negativos en exceso, a la larga no se podrán controlar llegando al punto de somatizarse, generando malestar físico, por lo que muchas personas no tienen una vida de calidad debido a que no los controlan, llevando a sufrir problemas. Es por eso que este estudio de caso está en función a tratar los pensamientos negativos y su incidencia en el desarrollo de depresión en una mujer de 19 años de la ciudad de Guayaquil. La cual se permitió llegar a un diagnóstico con la ayuda de diferentes técnicas, como la observación clínica, entrevista semiestructurada y con herramientas como la historia clínica, guía de observación entre otras. Se logró analizar la manera en que incide los pensamientos negativos en la depresión de la paciente, dando un diagnóstico en base a los criterios del CIE-10 F32.1 Trastorno depresivo en un episodio moderado, se recomienda plan terapéutico con enfoque cognitivo conductual, usando técnicas para reducir la sintomatología y modificar los diferentes pensamientos distorsionados de la paciente.

Palabras Claves: Pensamiento, Pensamientos negativos, pensamientos automáticos, salud mental, trastorno, depresión.

Abstract

Having negative thoughts is normal, it is something that is present in the lives of all people throughout life, but you have to know how far to allow those thoughts that are largely harmful to be part of life, because if they are negative thoughts in excess, in the long run they cannot be controlled to the point of becoming somatized, physical discomfort, so many people do not have a quality life because they do not control them, leading to problems. That is why this case study is based on treating negative thoughts and their incidence in the development of depression in a 19-year-old woman from the city of Guayaquil. Which was allowed to reach a diagnosis with the help of different techniques, such as clinical observation, semi-structured interview and with tools such as clinical history, observation guide, among others. The way in which negative thoughts affect the patient's depression will be analyzed, giving a diagnosis based on the criteria of the ICD-10 F32.1 Depressive disorder in a moderate episode, a therapeutic plan with a cognitive behavioral approach is recommended, using techniques to reduce the symptoms and modify the different distorted thoughts of the patient.

Keywords: Thought, negative thoughts, automatic thoughts, mental health, disorder, depression.

ÍNDICE

Resumen	II
Abstract	III
INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO	2
Justificación	2
Objetivo	2
Sustento teórico	3
Técnicas aplicadas para la recolección de información	11
Resultados Obtenidos	13
Situaciones Detectadas	15
Soluciones Planteadas	17
CONCLUSIONES	19
BIBLIOGRAFÍA	1
ANEXOS	2

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cuadro sindrónico.....	16
Tabla 2. Esquema psicoterapéutico	17

INTRODUCCIÓN

Los pensamientos negativos son conocidos también como pensamientos automáticos, son cogniciones erróneas de lo que pasa en algún determinado momento de la vida y causan malestar en el individuo que las posee, creando distorsiones cognitivas que generan alteraciones en la salud mental, y una de la más común es la depresión, es por eso que en el presente documento se constituye un estudio de caso, el cual está basado en la línea de prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico, y siguiendo la sub línea de investigación relacionada a las psicoterapias individuales y/o grupales.

La temática del presente estudio de caso está en función a investigar sobre los pensamientos negativos y su incidencia en el desarrollo de depresión en una mujer de 19 años de la ciudad de Guayaquil, porque la mayor parte de las personas no tienen una vida de calidad, ya que permiten que dichos pensamientos negativos formen parte de su vida diaria, sin percatarse de que causan malestar y conllevan a consecuencias tanto emocionales como conductuales, dando como resultado graves problemas en la salud mental. Esto se da con el propósito de examinar, cómo dichos pensamientos influyen en el desarrollo de depresión, y se lo logrará mediante el uso de técnicas psicológicas para mejorar la calidad de vida de la paciente.

La información recolectada podrá servir de ayuda a otras personas que estén pasando por una problemática similar y mediante este estudio de caso se den cuenta las alteraciones que puede ocasionar en la salud mental los pensamientos negativos, el beneficiario directo en esta ocasión es una mujer de 19 años de edad de la ciudad de Guayaquil, además se vieron beneficiados la madre y los familiares de la paciente. Cabe mencionar que en el presente estudio se desarrolla y todos los pasos que lleva el estudio de caso, es decir justificación, técnicas aplicadas, sustento teórico, entre otros.

Para su realización se usó un método de investigación cualitativa con un enfoque descriptivo, ya que ésta permitió recolectar los datos de forma totalmente detallada, de igual manera se utilizó otras técnicas y herramientas, una de ellas fue la entrevista psicológica, la historia clínica, la guía de observación, el inventario de depresión de Beck y el test de ansiedad de Hamilton, puesto que estos me ayudaron a recolectar la información oportuna del caso, también se utilizarán técnicas cognitivas tales como la de explicación de como nuestros pensamientos crean emociones, programación de actividades, examinando evidencias, entre otros.

DESARROLLO

Justificación

Se escogió este tema ya que es una problemática que afecta a gran parte de seres humanos, sin darse cuenta, por algo tan sencillo como los pensamientos negativos pueden llevar una vida afectada por no saber controlar dichos pensamientos, es por eso que la mayoría de personas no tienen una vida de calidad debido a la mala jugada que le hace el cerebro con esos pensamientos negativos, y esto conlleva a sufrir graves problemas en la salud mental. Este tema es importante puesto que les muestra a las personas como influyen sus pensamientos negativos de forma perjudicial en su vida, ya que afecta sobre todo de gran manera en su salud mental, dando como resultado alteraciones en los procesos cognitivos y salud física en general. Teniendo presente que la recolección oportuna de información ayudará a encontrar solución a la problemática que aborda la investigación.

Es por eso que con una ardua investigación se pretende dar a saber cómo influyen estos pensamientos en la vida diaria y cuál es su incidencia en el deterioro de la salud mental, por lo que se aplicarán técnicas para mejorar dichos pensamientos en la paciente y cuyos resultados podrán ayudar a cualquier persona que esté pasando por una situación similar y así logren tener una vida placentera, conociendo lo que les afecta y contrarrestar esos pensamientos con la guía oportuna.

Este estudio de caso es de gran trascendencia ya que da pautas para entender, que muchas cosas en la vida están mal no por lo que les pasa a las personas, si no por los pensamientos negativos que tienen por esas determinadas situaciones, dando como resultado alteraciones tanto emocionales como conductuales.

La factibilidad de este tema se lo puede palpar en toda la gama de información que hay sobre las distorsiones cognitivas las cuales producen los pensamientos automáticos negativos. Además, hubo una excelente predisposición de parte del paciente a la hora de la entrevista, y a lo largo de cada sesión terapéutica nos brindó toda la información oportuna que se necesita en base los procedimientos psicológicos.

Objetivo

Examinar como los pensamientos negativos influyen en el desarrollo de depresión en una mujer de 19 años de la ciudad de Guayaquil mediante el uso de técnicas psicológicas para mejorar su calidad de vida.

Sustento teórico

Pensamientos negativos

Los pensamientos negativos son también conocidos como pensamientos automáticos, todos los seres humanos tenemos pensamientos positivos y negativos, pero se ha demostrado que las personas que más tienen distorsiones cognitivas son las que la mayor parte de sus pensamientos son negativos. Estos pensamientos son en sí ideas que provocan debilidad y desesperanza, además se interponen en el camino de mejorar la salud mental. En si los pensamientos negativos son generalmente críticas de uno mismo, como menciona (Graziano, 2021) “No es la realidad que vivimos la que provoca emociones en nosotros (ansiedad, tristeza, agresividad, etc.) sino los pensamientos que tenemos sobre esos sucesos, cómo interpretamos lo que vivimos”.

En el día a día, nuestro cerebro almacena toda la información que se vive a lo largo del día y la guarda para luego procesarla en el cajón de los recuerdos. Al día tenemos 50.000 pensamientos y 10.000 son negativos, estos pensamientos en muchas ocasiones pueden llevar a caer en una confusión de si realmente son malos o buenos para nosotros, pero hay que tener muy presente que si no sabemos cuestionar dichos pensamientos pueden llegar a hacer mucho daño. Así como (Cid Paz , 2018) menciona:

Quando empezamos a tener pensamientos negativos en torno a un mismo tema, estos pueden acabar haciéndonos realmente daño, ya que cada vez se van haciendo más y más grandes a la vez que nos los vamos creyendo con más fuerza. Los pensamientos negativos lo único que hacen es quitarnos energía y arrebatarnos toda la fuerza y vitalidad que tenemos desde que nos levantamos hasta que nos metemos en la cama.

Esto quiere decir que mientras se crean los pensamientos negativos estos se vuelven mucho más fuertes, arraigándose al estilo de vida y pensamientos, siendo realmente difícil evitarlos. Se debe de tener presente que en muchas ocasiones los pensamientos negativos llegan a doler tanto, y afectar a los individuos hasta condicionar la vida y el carácter de las personas, “ya que al final estos pensamientos si no los sabemos cuestionar pueden dañar nuestra forma de valorarnos a nosotros mismo (autoestima) o hacernos creer que situaciones o síntomas inocuos son un potencial peligro” (Cid Paz , 2018).

Características principales de los pensamientos negativos automáticos

Las principales características del pensamiento automático son:

- Su aparición es "reflejos" porque no hay un proceso de pensamiento previo.
- son irrazonables, y si son negativos o distorsionados, son inapropiados.
- La persona los acepta como válidos.
- Son involuntarios, lo que los hace difíciles de detener, y reaparecen con frecuencia.

En el pensamiento automático encontramos:

- Distorsión cognitiva.
- Pensamientos negativos

Pensamientos negativos más comunes

Los pensamientos negativos automáticos en sí, son ideas perjudiciales que aparecen en la mente sin necesidad de ser buscadas, y dan como resultado perturbaciones en el bienestar de las personas. En nuestra vida diaria, el cerebro interpreta automáticamente todo lo que nos rodea, y el mensaje que nos proporciona es casi siempre positivo y útil, pero también puede confundirnos. Los psicólogos han estudiado extensamente lo que se conoce como "pensamientos negativos automáticos". Una fuente de emociones perturbadoras.

- **Son automáticos e involuntarios:** Los Pensamientos irracionales por ende son automáticos, negativos y vienen a la mente, pero no se puede hacer nada al respecto. Así como lo dice su nombre, son involuntarios y automáticos. Con frecuencia aparecen en forma de imágenes negativas que representan circunstancias catastróficas. En definitiva, son pensamientos que surgen espontáneamente y se quedan en la mente, enviando mensajes negativos, rigurosos y extremadamente dañinos. Por ejemplo, "Nadie me quiere", "No puedo conseguir un trabajo porque soy muy inútil", "Todo el mundo se ríe de mí", "No valgo nada", "Soy un tipo malo".
- **Contienen mensajes negativos:** Como se ve, son mensajes completamente negativos y restrictivos. Uno de los grandes problemas de este tipo de pensamiento automático es que las personas se lo pueden creer en el momento en que aparecen. Es decir, no lo cuestionan, no lo ponen en tela de duda, lo creen, y esto hace que se identifiquen con el contenido de sus pensamientos y se vuelven parte de su forma de ser, porque en base a eso el cerebro a aprendido a interpretar todo bajo la influencia de esos mensajes.

- **Son catastróficos:** Estos pensamientos automáticos tienden a exagerar mucho la realidad. Incluso mejoran la negatividad de varias maneras. La razón del pensamiento automático negativo es que fue una herramienta útil para la supervivencia en tiempos prehistóricos, ya que como menciona (Comité de MundoPsicólogos, 2019) “Contra más negatividad había en nosotros mejor podríamos prevenir situaciones catastróficas.”
- **Aparecen como una imagen:** Pueden aparecer como imágenes, o puede parecer que se puede "visualizar" el contenido en la cabeza. Pueden consistir en una sola palabra o en una oración completa. Es decir, no tienen una estructura definida, pero se pueden mostrar de diferentes formas.

En conclusión, el pensamiento automático negativo forma un flujo de pensamiento en una experiencia que es común a todos. Generalmente suelen ser fugaces y breves, “pudiendo surgir en forma de imágenes y en forma verbal, que no aparecen de una deliberación o de un razonamiento” (Beck, 2000, como se citó en Psicólogos Córdoba, 2014).

Distorsiones Cognitivas

Esta teoría provoca diversos sesgos cognitivos que pueden aparecer en los patrones de pensamiento. Aaron Beck mencionó seis categorías principales de errores de pensamiento, pero luego sus seguidores las ampliaron. Aquí estaremos examinando algunas como:

- **Pensamiento del “todo o nada”.**

Aquí se refiere cuando las personas ven un contexto desde sólo dos categorías en lugar de reflexionar toda una gama de eventos. Por ejemplo, cuando expresamos “nadie me quiere”, “soy el más inteligente del mundo”, “no sirvo para nada”.

- **Pensamiento catastrófico o adivinación del futuro**

Es igualmente nombrada por A. Beck como la predisposición de una persona de pronosticar el futuro negativamente, sin tener en cuenta otras posibilidades. Por ejemplo, “Seguro voy a llegar tarde a trabajo”.

- **Razonamiento emocional.**

Aquí para el sujeto algo debe ser real porque así lo siente (esto quiere decir que cree de manera tan estable que ignora o deja de lado la certeza delo contrario). Por ejemplo: “Vamos a salir campeones”.

- **Catalogar.**

Aquí la persona pone a sí mismo o a los otros con una etiqueta globalizada, sin darse cuenta que las muestras o evidencias llevan a cierres menos devastadoras.

- **Magnifica o minimizar.**

Es cuando persona se evalúa a sí misma, a otro individuo o considera un evento, magnifica y/o minimiza en gran medida. Por ejemplo, “pelearme con mi novio fue lo peor del mundo”.

- **Personalización.**

Es cuando el individuo cree que otras personas tienen una actitud negativa encaminada hacia él, sin tener en cuenta otros sucesos o explicaciones de las conductas.

Depresión

¿Qué es la depresión?

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza esencialmente por sentimientos de depresión y tristeza asociados con cambios en el comportamiento, los niveles de actividad y los pensamientos, también “los acontecimientos importantes de la vida, como el duelo o la pérdida de un trabajo, pueden provocar depresión” (Godman, 2020). Esta es una de las condiciones médicas más comunes en la atención primaria y es la principal causa de discapacidad por tratamiento psiquiátrico y problemas de salud mental. Es más común en mujeres y personas menores de 45 años.

En la mayoría de los casos, el tratamiento con psicofármacos y/o psicoterapia puede aliviar la totalidad o parte de los síntomas. Una vez remitidos los síntomas de la depresión, se aconseja continuar el tratamiento con antidepresivos el tiempo que sea necesario para evitar la posibilidad de recurrencia. En algunos casos, el tratamiento puede necesitar extenderse de por vida. “La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. La mayoría de nosotros se siente de esta manera de vez en cuando durante períodos cortos” (MedlinePlus, 2021).

Síntomas de la depresión

Los principales síntomas de la depresión son tristeza mórbida, falta de interés y disfrute, pérdida de vitalidad, limitando los niveles de actividad y provocando un cansancio excesivo que se produce con el mínimo esfuerzo. Además, pueden presentarse otros síntomas como culpa e insuficiencia, frustración, pesimismo sobre el futuro, pensamientos de muerte y suicidio,

pérdida de confianza en uno mismo y en los demás, falta de concentración y memoria, inquietud y trastornos del sueño. Sobre todo, disminución del apetito y la libido.

Los síntomas más comunes son:

- Tristeza patológica
- Decaimiento del ánimo
- Reducción de energía
- Disminución de actividad.
- Cansancio exagerado
- Pérdida de interés
- Disminución de la vitalidad
- Baja autoestima
- Baja confianza en sí mismo
- Ideas de culpa o de ser inútil

Tipos de depresión

La depresión se puede clasificar fácilmente en tres tipos.

La **depresión mayor** tiene un comienzo más intrínseco o biológico, tiene un gran componente genético y está menos influida por factores externos. Puede reaparecer y está parcialmente relacionado con la estacionalidad. Tal y como menciona (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION , 2002)

En si el estado de ánimo deprimido en la mayor parte del día, o casi todos los días, según parte de la información subjetiva (p. ej., se siente vacío, triste, desesperanzado) o del análisis por parte de las demás personas (p. ej., se lo observa lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo que pueden presentar es ser irritable.)

Por el contrario, existe la **depresión reactiva** causada por una mala adaptación a las condiciones ambientales estresantes. La distimia, antes conocida como neurosis depresiva que se caracteriza por un cuadro depresivo de menor intensidad, no tiene período asintomático y tiene una evolución crónica, eso quiere decir que tienen que tener los signos y síntomas constantes por más de 2 años, con sensación de incompetencia y somatización. Se caracteriza por un estado depresivo. Este último tipo de depresión parece estar más relacionado con nuestra forma de ser y el estrés continuo.

Finalmente, existe un tipo de depresión llamada **depresión enmascarada**. No aparece en los síntomas anteriores, sino en forma de trastornos orgánicos, en si son somatizaciones, o cambios de comportamiento.

Otras formas comunes de depresión incluyen:

- **Depresión posparto.** Gran parte de las mujeres se sienten deprimidas después de tener un hijo, pero la real depresión posparto es muy grave y contiene los signos y síntomas de la depresión mayor que se habló en el párrafo anterior.
- **Trastorno disfórico premenstrual (TDPM).** Los síntomas depresivos que ocurren 1 semana antes de presenciarse la menstruación y se desvanecen después de menstruar.
- **Trastorno afectivo estacional (TAE).** Sucede con mayor frecuencia durante las estaciones del año de otoño e invierno, y se van durante la primavera y el verano, muy posiblemente debido a la falta de luz solar en esas estaciones.
- **Depresión mayor con características psicóticas.** Pasa cuando una persona sufre de depresión con un fallo de contacto con la realidad o sea psicosis. El trastorno bipolar ocurre cuando la depresión se cambia con manía, que también es conocido previamente como maniaco depresión. En si la depresión es uno de los síntomas presentes en el trastorno bipolar, pero este es un tipo de enfermedad mental distinto.

El CIE – 10 también menciona otros tipos de depresión más generalizados, con síntomas parecidos, por lo general el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con descenso de su energía y reducción de su actividad. Se deteriora la capacidad de alegrarse, además pierden el interés y la concentración, y frecuente sienten un cansancio importante, inclusive después de realizar de esfuerzos mínimos.

Estos tipos de depresión son:

- **Episodio depresivo leve:**
- Por lo general están presentes dos o tres de los síntomas antes descritos. El paciente generalmente está tenso, pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades.
- **Episodio depresivo moderado**

Por lo común están presentes cuatro o más de los síntomas antes descritos y el paciente probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias.

- **Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos**

Episodio de depresión en el que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. Son frecuentes las ideas y las acciones suicidas, y usualmente se presenta una cantidad de síntomas “somáticos”.

Episodio único sin síntomas psicóticos de depresión:

- Agitada
- Profunda
- vital

Causas

La depresión a menudo puede ser heredable de padres a hijos. Esto puede pasar debido a los genes, conductas aprendidas en el hogar de donde proviene o a su entorno. La depresión puede ser desencadenada por un hecho infeliz o estresante en la vida. Comúnmente, se trata de una mezcla de estos factores, como (OMS, 2021) menciona:

La depresión es la consecuencia de interacciones confusas entre factores psicológicos, sociales, y biológicos. Quienes han atravesado por situaciones vitales adversas como el desempleo, eventos traumáticos o luto. Tienen más posibilidades de sufrir depresión. Al mismo tiempo, la depresión puede formar más disfunción y estrés, y agravar el entorno vital del individuo afectado y, por ende, la depresión propia.

Muchos elementos pueden causar depresión, como:

- Alcoholismo o consumo de drogas
- Afecciones médicas, como cáncer o dolor (crónico) a largo plazo
- Situaciones o hechos estresantes en la vida, como pérdida de trabajo, divorcio o fallecimiento de un cónyuge u otro miembro de la familia
- Aislamiento social (una causa común de depresión en adultos mayores)

¿Cómo se diagnostica la depresión?

Estar en un momento fijo más triste o con el estado anímico más bajo que lo normal no es completamente suficiente para dar un diagnóstico de depresión. “Para que ocurra eso, es puntual que la intensidad de los signos y síntomas, debe tener al menos 2 semanas de duración y la invalidez que generan, sea suficiente como para perturbar el funcionamiento normal o adecuado de la persona” (Clinica universidad de Navarra, 2020).

- Cita diagnóstica.
- Descarte de padecimiento mediante: valoración por otros especialistas y pruebas diagnósticas.
- Pruebas de psicodiagnóstico.

Influencia de los pensamientos negativos en el desarrollo de la depresión

Como ya hemos mencionado en los párrafos anteriores, los pensamientos negativos son perjudiciales para la vida de las personas, aunque son normales hasta cierto punto, estos pensamientos se vuelven dañinos para la salud mental, conllevando a la persona que los posee a un estado de depresión cuando el paciente no establece un balance en sus pensamientos, y se deja llevar por las distorsiones cognitivas que generan estos pensamientos negativos, que para esta instancia son obsesivos y recurrentes.

Llevando a la persona a tener un bajo estado de ánimo, ya que estos pensamientos generan disgusto, y como resultado deprimen el sistema nervioso quitándole las ganas a las personas de realizar actividades, ya que no les generan placer realizarlas porque esos pensamientos le hacen creer que su vida no tiene sentido.

Postura relacionada psicológica

Mi postura psicológica está relacionada a lo que nos menciona (Graziano, 2021) “No es la realidad que vivimos la que provoca emociones en nosotros (ansiedad, tristeza, depresión agresividad, etc.) sino los pensamientos que tenemos sobre esos sucesos, cómo interpretamos lo que vivimos”, puesto que en realidad las perturbaciones que tenemos las personas son basadas en los pensamientos que tenemos sobre las situaciones que nos suceden.

Pienso que si todos los humanos tendríamos predisposición a tener un pensamiento más flexible y positivo antes las situaciones adversas de la vida tendríamos una salud mental saludable, acompañada de una buena rutina diaria, porque una mente relajada mantiene un cerebro saludable, y este le da armonía completa al cuerpo.

Técnicas aplicadas para la recolección de información

En el actual estudio de caso se utilizaron diferentes técnicas, estas fueron necesarias para la recolección de información oportuna de total relevancia, con la finalidad de ayudar a verificar el objetivo establecido. Una de ellas es la entrevista, otra de las técnicas que se consideraron fue la observación clínica para poder evidenciar la conducta del paciente, también se usó la historia clínica, puesto que esta es una de las técnicas de recolección de datos y como último recurso se usó test psicométricos, uno de ellos fue el test de ansiedad de Hamilton con el fin de poder detectar algún tipo de ansiedad, y por último el test inventario de depresión de Becker, el cual nos ayudó a corroborar el diagnóstico presuntivo.

Observación clínica

Esta técnica se utiliza en psicología para poder presenciar las expresiones conductuales y no verbales del paciente a través de la observación, a lo largo de toda la sesión terapéutica, es por eso que mediante la aplicación de esta técnica se buscaba recolectar la mayor cantidad de información fuera de la zona de confort del paciente, y poder visualizar aquellas cosas que no expresa con palabras, así nos permite examinar, comprender, analizar, y describir la conducta del paciente en su entorno. El terapeuta gracias a esta herramienta realiza anotaciones de todos los eventos que ocurren en el medio ambiente del individuo, así como las expresiones objetivas y lograr obtener una visión eficaz de lo que le ocurre al individuo. Cabe mencionar que la observación clínica se realiza en un tiempo aproximado de 20 a 30 minutos previo a la entrevista. (Ver anexo 1)

Entrevista semiestructurada

Esta es una técnica psicológica muy usada que permite la recolección de datos, usando como herramienta la historia clínica, permitiendo recolectar información, datos personales, como también el motivo, por lo que la entrevista se enfocó en la recolección de información basándose en las problemáticas reportadas por la paciente, con el objetivo de construir la historia clínica facilitando la acogida de información sobre los signos y síntomas, además de los antecedentes psicológicos obtenidos, los episodios actuales y así poder establecer los sentimientos y actitudes sobre su situación y sintomatología.

Al mismo tiempo con la evaluación se hicieron intervenciones encaminadas a disminuir la ansiedad provocada por los pensamientos negativos que se originaban de su ansiedad por depresión, desarrollando estrategias de afrontamiento más eficaces, puesto que estas estrategias son una serie de pensamientos y acciones que ayudan a capacitar a las personas para que logren manejar situaciones difíciles, para así lograr comprender su estado clínico y llegar a la resolución de problemas y a la búsqueda de soluciones.

Test psicométricos

Los test son evaluaciones valorativas que utiliza el psicólogo para obtener un diagnóstico presuntivo, por lo tanto, a esta paciente se la va a valorar en base a una prueba psicométrica y también una de carácter proyectivo, que posee diferentes enfoques a estudiar. En sí los test estuvieron encaminados a evaluar el aspecto e intensidad del cuadro clínico depresivo y la severidad de los pensamientos automáticos negativos.

Test de Ansiedad de Hamilton

Esta prueba sirve para calcular la ansiedad, la cual consiste en 14 ítems y el paciente debe marcar de 0 a 4 puntos en cada uno de ellos, evaluando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden conseguir, dos calificaciones que corresponden a la ansiedad psíquica y a la ansiedad somática, mediante estos elementos podemos concluir cuál de los tres niveles de ansiedad tiene la paciente, ya sea leve, moderada y severa. Hay que tener presentes que esta prueba se puede usar con personas con más de 18 años de edad. (Ver anexo 3)

Inventario de depresión de Beck (BDI)

Esta prueba se usa para medir la depresión, la cual consiste en 21 preguntas de respuestas múltiples. Es una de las herramientas psicométricos más utilizados por los especialistas para saber y medir la severidad de una depresión, ya que por medio de las respuestas logramos visualizar cuál de las tres escalas de depresión, ya sea leve, moderada y grave, muestra la paciente, se podría decir también que es el inventario más utilizado por su gran eficacia y factibilidad en la aplicación. La aplicación de esta prueba corresponde a sujetos que tengan de 13 años de edad en adelante. (Ver anexo 4)

Resultados Obtenidos

Descripción del caso

“Kenya” es un nombre ficticio que se le da a la paciente, ella es una joven adulta que tiene de 19 años, instrucción académica con título de bachiller en ciencias, la cual se presentó a consulta psicológica de manera completamente voluntaria, la paciente es oriunda de la ciudad de Guayaquil, es hija única y actualmente vive con su madre y abuela, correspondiente a una familia extensa, es de religión católica, en este momento se dedica a estudiar la carrera de educación básica, se encuentra realizando prácticas de la misma, quien menciona que le ayuda a disminuir el sentimiento de tristeza y evade los problemas que vive diariamente en su hogar como las peleas con su madre porque le exige hacer muchas cosas en la casa, es por eso la mayor parte del tiempo la pasa fuera de su hogar, incluso fines de semana, comenta “Me siento triste la mayor parte del tiempo porque mi mamá no me comprende y extraño demasiado a mi tío”.

Kenya menciona “no entiendo por qué en mi casa hay tantos problemas y discusiones por cosas simples, cada que llego a mi casa mi mamá empieza a gritar porque no arreglo mi cuarto o porque no lavé la ropa, y esas discusiones se vuelven cada vez más extensas por mi culpa, porque yo no sirvo para ser hija, nieta, sobrina, no sirvo para nada”. Para llegar a un diagnóstico presuntivo de este caso se requirió de 3 sesiones, presenciales en las cuales se tomaron los apuntes oportunos de cada una de las sesiones con la aprobación oportuna de la paciente.

Primera sesión

La primera reunión se ejecutó 10/06/2022 de 09:00 am a 09:45 am, la cual se dio presencialmente, donde la paciente menciona necesitar de ayuda psicológica debido a los problemas familiares que tiene en su hogar y piensa que por la muerte de su tío nada en su vida tiene sentido, antes de poder iniciar se realizó la observación clínica previo a la sesión terapéutica programada, esta tuvo una duración de 20 minutos, y con la ayuda de la guía de observación se logró perpetrar las anotaciones oportunas; además se pudo observar un malestar emocional. Posterior a esto, se inició con el primer contacto con la paciente, en donde se buscó establecer el rapport con la empatía para y lograr un ambiente de tranquilidad y confianza con Kenya, mediante preguntas se buscó el motivo de consulta y la historia de cuadro psicopatológico de la paciente.

Kenya menciona “ya no sé cómo vivir, ya no quiero vivir porque en mi casa todo es problemas, si hago o no hago algo me hablan, me gritan, solo cuando me voy a prácticas dejo de sentirme así, ya estoy cansada, extraño mucho a mi tío, sé que si el estuviera aquí nada de esto me estaría pasando, realmente no tengo motivos para seguir viviendo más”. Además, se consiguió recolectar información para llenar la historia clínica en cuanto a la anamnesis.

Segunda sesión

La segunda sesión se dio a cabo el 17/06/2022 de manera presencial de 10:00 a 11:00 am, en la cual se procedió a hacer preguntas de cómo estaba, cómo sentía y cómo ésta problemática estaba afectando a su vida en lo que la paciente respondió “no puedo conciliar el sueño en las noches, y si me quedo dormida me despierto repentinamente, siento fatiga y tengo poco apetito”. En esta reunión se realizó la aplicación del test de ansiedad de Hamilton, dándole a conocer respectivamente en qué residía dicha evaluación y como se llevará a cabo en todo el proceso, para descartar por medio de este test una ansiedad ya sea de tipo moderada o severa, ya que ésta es una alteración afectiva muy común cuando alguien está atravesando una pérdida. También se indagó un poco más con relación a que tipo de peleas presenta en su hogar y como afectan sus pensamientos negativos en su cognición. Y le propusimos trabajar con uno de las 2 afectaciones que tenía.

Tercera sesión

La tercera sesión se realizó el 24/06/2022 a las 10:00 hasta las 11:00 am, en esta sesión se procedió a preguntar cómo se sentía y como había pasado en la semana transcurrida, aquí la paciente menciona “siento tristeza al recordar a mi tío, lloro al recordarlo, yo ya no quiero salir de casa con mis amigos, pero salgo porque no soporto estar en mi casa y quiero dejar la universidad para trabajar todos los días y no venir a mi casa a escuchar problemas causados por mí”. Además, se le aplico el test psicométrico Inventario de depresión de Beck, fue desarrollado con eficiencia y eficacia por la paciente, este test se aplica para poder corroborar el diagnóstico presuntivo encontrado a través del discurso de la paciente. Por último, se le da a conocer el diagnóstico presuntivo a la paciente.

Situaciones Detectadas (hallazgos)

Una vez completas las sesiones establecidas se ha recolectado y obtenido la información oportuna por medio de las diferentes técnicas y evaluaciones psicométricas aplicadas a la paciente, las que me permitieron como terapeuta saber el motivo de consulta, además de los signos y síntomas de Kenya con relación a la patología, los cuales son: Los resultados de Test aplicados en la sesión o reunión numero dos; en donde se aplicó el test de Hamilton que se encarga de medir la ansiedad, con el propósito de saber si se descarta una ansiedad producto la muerte de su tío, y en efecto el resultado de este test psicométrico fue de 11 puntos que muestra una ansiedad leve. Por otro lado, en la sesión número tres se utilizó en la paciente el Inventario de depresión de Beck (BDI), puesto que toda la sintomatología que presentaba la paciente se encaminaba para un diagnóstico de depresión, como resultado de este inventario se obtuvo una puntuación de 23 puntos, el cual se indica o interpreta como una depresión en episodio moderado.

Sesiones

La paciente muestra pensamientos distorsionados e ideas fijas en cuanto a la culpa por los pensamientos negativos de que todo lo que pasa en su casa es por ella, asimismo se pudo verificar a través del discurso de la paciente, que se encuentra pasando por la etapa de depresión debido a la patología que manifiesta como pérdida de apetito, fatiga y alteraciones en el sueño, del mismo modo revela tener pensamientos de culpa. Además, esta patología se ve manifiesta en la historia clínica de la paciente, esencialmente en el punto 9 en el que se encuentra la matriz del cuadro psicopatológico y se halla a detalle las áreas afectadas en este actual estudio de caso, estas son las siguientes:

Tabla 1.**Cuadro sindrómico**

FUNCIÓN	SIGNOS Y SÍNTOMAS	SÍNDROME
Área cognitiva	<p>Distorsiones cognitivas: “todo lo que pasa en mi casa es mi culpa porque yo no sirvo para nada” (Personalización)</p> <p>Idea fija: “quiero dejar de estudiar para trabajar e irme de la casa”.</p> <p>Pensamientos de culpa</p>	Depresión
Área conductual	Bajo interés académico y social.	
Área afectiva	Tristeza, llanto excesivo	
Área somática	Disminución de apetito, fatiga, insomnio, sueño interrumpido	

Fuente. Elaborado por Carla Balladares Peña (2022)

Diagnostico presuntivo

Una vez valoradas las distintas áreas convenientes de los signos y síntomas del síndrome, en concordancia con los resultados de los test psicométricos aplicados y la oportuna información recogida se dará paso a perpetuar el diagnóstico estructural. En donde la paciente muestra un Trastorno depresivo moderado según los criterios diagnósticos del CIE-10, F32.1.

Cumpliendo con los siguientes criterios:

Los criterios del Episodio depresivo (F32), son los siguientes: la paciente presenta un estado de ánimo muy bajo, con reducción de la energía y por ende la disminución de actividad. Baja capacidad de disfrutar, tener interés y concentración reducida y frecuente cansancio. El sueño suele estar acompañados de alteraciones y el apetito disminuido. La confianza y la autoestima por lo general, casi siempre están reducidas, incluso en las formas leves a menudo están presentes ideas ya no querer seguir viviendo acompañados de sentimientos de culpa o de inutilidad. El estado bajo de ánimo cambia poco de un día a otro, y pueden venir acompañados de los denominados síntomas “somáticos”, como: pérdida de la capacidad de poder disfrutar, incremento matutino del humor depresivo, agitación, pérdida de apetito, despertar varias horas antes de la hora normal, enlentecimiento psicomotor significativo. En relación del número en

concordancia a la severidad de los signos y síntomas, un episodio depresivo logra decirse que puede ser como leve, moderado o grave (CIE-10, 2020).

Soluciones Planteadas

En el proceso para poder lograr la prevención, evaluación, diagnóstico, se ejecuta como último punto la propuesta de intervención, donde se logró establecer un esquema terapéutico según patología detectada en la paciente a través de las distintas técnicas de evaluaciones usadas en la paciente. El modelo terapéutico que elegí es la terapia cognitiva conductual de Beck, en continuidad, detallaré las técnicas usadas a lo largo de la terapia, asimismo de las sesiones realizadas y los resultados obtenidos durante este estudio de caso.

Tabla 2.

Esquema psicoterapéutico

Hallazgos	Meta terapéutica	Técnica	Numero de sesiones	Fecha	Resultados obtenidos
Cognitiva “todo lo que pasa en mi hogar es mi culpa, quisiera ya no existir”	-Explicación sobre la situación que está atravesando y explicarle a manera que entienda el modelo cognitivo con el que se va a trabajar. -Ayudar a que la paciente logre evaluar el pensamiento distorsionado, y pueda crear un pensamiento alternativo.	-Diferenciando Eventos, Pensamientos y Sentimientos -Explicar cómo los pensamientos generan sentimientos -Examinando evidencias -Pensamiento alternativo.	2	10/06/2022 17/06/2022	-La paciente comprendió su diagnóstico y el plan de terapia que se efectuará a lo largo de las sesiones. -La paciente logró entender que sus pensamientos generan emociones negativas y pudo crear un pensamiento alternativo.

Afectiva Tristeza, miedo y llanto	-Que la paciente logre identificar y reconocer que sus pensamientos negativos están generando un estado de ánimo bajo con el fin que pueda erradicarlos de su mente.	-Clasificando el Grado de Emoción y el Grado de Creencia en un Pensamiento -Explicar cómo los Pensamientos crean Sentimientos	1	17/06/2022	Identificó los pensamientos que generan emociones negativas y los clasifíco según el grado de emoción.
Conductual Bajo interés social y académico .	-Se busca que la paciente pueda retomar las actividades de manera “normal”, haciendo que la anhedonia reduzca.	- Programación de actividades	1	24/06/2022	Se logró que la paciente haga horarios a su gusto en el que consta ejercitación física, además de espacios de convivencia con su madre y familia para mejorar la comunicación, y retomar sus actividades académicas.
Somática: Insomnio, sueño interrumpido, falta de apetito y fatiga	Que la paciente logre obtener un estado homeostático de relajación. Crear una rutina con horarios fijos de alimentación y sueño.	-Ejercicio de respiración -Programación de actividades	1	24/06/2022	Mediante estas técnicas la paciente está consiguiendo un estado de relajación a la hora de dormir y que logre llevar una adecuada para su alimentación

CONCLUSIONES

En el actual estudio de caso se logró estudiar que los pensamientos negativos provocan automáticamente una serie de cambios en la salud mental de una mujer de 20 años de edad, se llegó a esta conclusión por medio del uso de métodos diversos y técnicas como la entrevista psicológica, la observación, historia clínica, y evaluaciones psicológicas como el Test de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de Depresión de Beck, estas herramientas brindan información útil, oportuna y viable para la preparación de un diagnóstico estructural de la paciente, el cual fue un F32.1 que corresponde a un trastorno depresivo moderado según los lineamientos de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.

Demostrando lo que se encuentra en el cuadro psicopatológico, que la joven paciente piensa que su vida no tiene sentido, por lo mal que esta su vida, rodeada de problemas tanto familiares como personales, los cuales los pensamientos automáticos negativos han llevado a la paciente a esa conclusión. Presenta en el área cognitiva pensamientos que se encuentran distorsionados con sentimientos de culpa ante la disfuncionalidad de su hogar, también pensamientos fijos sobre abandonar sus estudios universitarios ya que piensa que no le sirven en la actualidad, además en el área afectiva dice sentir miedo, tristeza y llanto, lo que conlleva al área conductual que la paciente quien presenta bajo interés académico y social, que el primero se encuentra con el pensamiento de dejar la universidad. Posteriormente, en el área somática manifiesta tener variaciones en el sueño, acompañadas de pérdida de apetito y fatiga constante, todo lo antes mencionado es en correlación con el diagnóstico que ya se le dio a la paciente.

Por lo tanto, es más conveniente utilizar el enfoque de terapia cognitivo-conductual, ya que ha tenido éxito en satisfacer las necesidades de la paciente, además de que se pueden conseguir resultados favorables siguiendo el esquema de terapéutico ya establecido en las soluciones planteadas. Durante esta intervención se basó en un plan que trabaja en diferentes áreas afectadas, que generan cambios en la salud mental de la paciente, como el área cognitiva, afectivo, conductual y somática. Con las técnicas de terapia cognitivo conductual, como la reestructuración cognitiva, la explicación de cómo los pensamientos generan sentimientos, explicar la diferenciación de eventos, pensamientos y sentimientos, la programación de actividades, clasificando el grado de emoción y el grado de creencia en un pensamiento, y finalmente un conjunto de técnicas de relajación y de respiración.

La alteración que mostró la paciente ante el escenario por la que está pasando es comprensible ya que vivir en un ambiente donde las personas que la rodean la llenan de problemas y restricciones, además teniendo en cuenta que falleció un familiar que apreciaba mucho a causa de COVID - 19 es difícil, es por eso que el esquema terapéutico se trabajó con el fin de encontrar los pensamientos distorsionados que generan emociones negativas en su vida, también se incluyó la elaboración de un formato con horarios de su agrado en donde podría constar actividades físicas, tiempo de poder hablar con su madre y familiares cercanos a la paciente para así mejorar la comunicación con ellos, también se podría también crear horarios de alimentación y sueño, para que de esta manera la paciente cree una rutina adecuada y más saludable, puesto que al trabajar todo esto estaríamos obteniendo que la paciente pueda aprender por sí sola a afrontar los pensamientos negativos y distorsiones cognitivas a mediante las técnicas mencionadas con anterioridad, con la finalidad de que si la paciente llegase a pasar por una situación similar en un futuro, ella tenga el conocimiento de cómo enfrentarlo y superarlo.

Gracias a la aplicación de las distintas técnicas psicológicas que se llevaron a cabo bajo la terapia cognitiva conductual se pudo notar una mejoría en todas las áreas afectadas de la paciente, tanto afectiva, cognitiva, conductual y somática. En la actualidad se está viviendo una pandemia que afectó y sigue afectando cada día más, a las personas en muchos ámbitos de la vida, no solo en lo psicológico, sino que también de manera económica y social, pero en sí este estudio de caso se centró en el aspecto que corresponde a la salud mental. Por lo que se recomienda seguir investigando este caso ya que es una problemática por la que pueden estar atravesando muchas personas en este preciso momento.

Se da como recomendación la realización de talleres preventivos en los que se pueda brindar psicoeducación oportuna y práctica a las personas, acerca de los diferentes cambios en la salud mental que pasan cuando hay pensamientos negativos frecuentes, las cuales pueden ser afectivas, cognitivas, conductuales y somáticas, y demás se puede completar con temas sobre la definición de las emociones, también hablar de la diferencia que hay entre las emociones positivas y negativas, ya que ambas constituyen una parte importante del estado natural de una persona, para que así los familiares que se encuentren cerca de la paciente sepan cómo deben actuar ante situaciones similares.

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION . (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*.
- Cid Paz , S. (16 de 07 de 2018). *Psicologo en Madrid*. Obtenido de ¿Qué son los pensamientos negativos y cómo podemos manejarlos?: <https://www.psicologoenmadrid.co/pensamientos-negativos/>
- Cid Paz, Santiago. (16 de 07 de 2018). *SANTIAGO CID*. Obtenido de ¿Qué son los pensamientos negativos y cómo podemos manejarlos?: <https://www.psicologoenmadrid.co/pensamientos-negativos/>
- CIE-10*. (2020).
- Clinica universidad de Navarra. (2020). *CUN*. Obtenido de Descripción de la Depresion: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/depresion#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20un%20trastorno,de%20actividad%20y%20del%20pensamiento.>
- Comité de MundoPsicologos. (20 de 06 de 2019). *Mundopsicologos*. Obtenido de mundopsicologos: <https://www.mundopsicologos.com/articulos/pensamientos-automaticos-negativos>
- Godman, L. (2 de 12 de 2020). *Medical news today*. Obtenido de <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/depresion#definicion>
- Graziano, P. (2021). *Psicologia Estrategica*. Obtenido de Las trampas de los pensamientos negativos: las distorsiones cognitivas.: <https://psicologia-estrategica.com/pensamientos-negativos/>
- MedlinePlus. (20 de 08 de 2021). *MedlinePlus*. Obtenido de Depresión: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003213.htm>
- OMS. (13 de 09 de 2021). *Depresión*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

ANEXOS

Anexo 1

Imagen 1

FICHA DE OBSERVACION CLINICA
MODELO DE REPORTE DE OBSERVACION PSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES:

Nombre: M.M

Sexo: Femenino Edad: 19

Lugar y fecha de nacimiento: Guaymas 23/01/2003

Instrucción: [REDACTED]

Tiempo de Observación: 20 Minutos. Hora de Inicio: 9Am Hora final: 9:20

Fecha: 12/06/2022

Tipo de Observación: Directa

Nombre del Observador (a): Cecilia Salazar-Ramírez

II. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN:

La paciente acude a consulta con vestimenta adecuada y ubicada en tiempo y espacio

2.1 DESCRIPCIÓN FÍSICA Y VESTIMENTA.

Vestimenta acorde a la situación y a su aspecto físico, es limpia, de tonos neutros y adecuada talla.

2.2 DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE.

La sesión se dio lugar en un consultorio del Instituto del ISSI, la cual estuvo acorde al evento.

2.3 DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA

La paciente denota fondeos de humor, con pocas manifestaciones, lenguaje discreto, mirada sustentada, reactiva y adecuada.

COMENTARIO:

Realizar en la sigt se tiene un test de depresión

Guía de observación

Anexo 2

Imagen 2

HISTORIA CLÍNICA

HC. # 003_

Fecha: 25/ 06/ 2022

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: M.M Edad: 19 años
Lugar y fecha de nacimiento: Guayaquil 23-01-2003
Género: Femenino Estado civil: soltera Religión: católica
Instrucción: Bachiller en ciencias Ocupación: estudiante
Dirección: Babahoyo Teléfono: XXXXXXXX
Remitente: Ninguno

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 19 años de edad acude a consulta por motivos que presenta un conjunto de somatología desde hace 9 meses a raíz de que tuvo una discusión fuerte con su mamá, donde ella presenta sentimientos de culpa ya que ella piensa que todo lo que pasa en su casa es su culpa, presenta alteraciones en el pensamiento con distorsiones cognitivas "todo lo que pasa en mi casa es mi culpa porque yo no sirvo para nada"

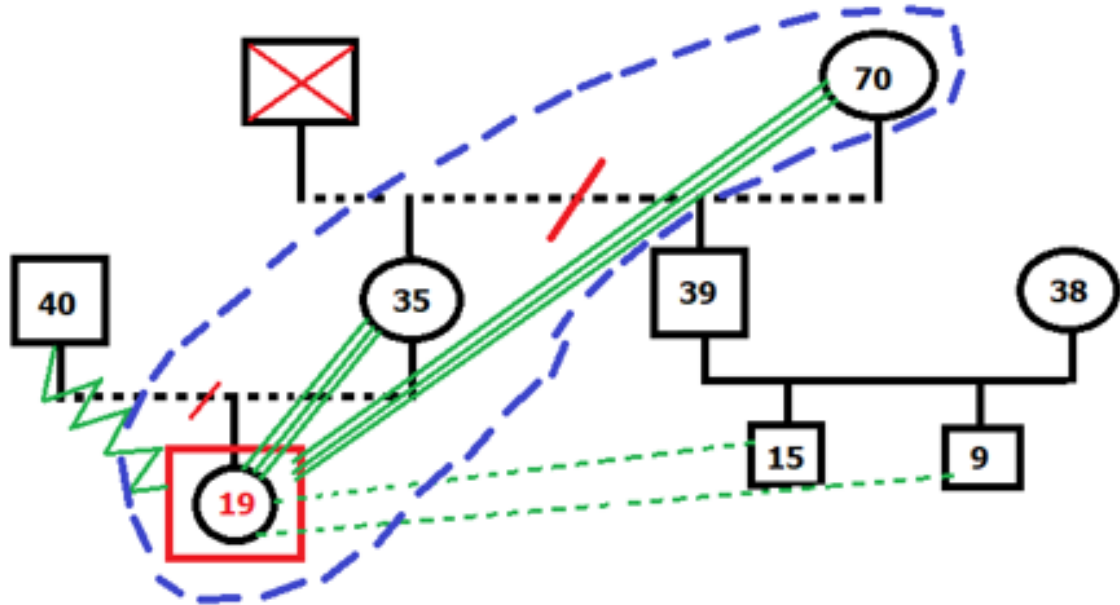
3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

Paciente manifiesta que, desde hace 9 meses atrás, a raíz de la fuerte discusión con su mamá que se dio porque no había arreglado su dormitorio, la paciente empezó a presentar la siguiente sintomatología: Sentimientos de culpa, tristeza, y llanto excesivo. Alteraciones en el pensamiento con distorsiones cognitivas "todo lo que pasa en mi casa es mi culpa porque yo no sirvo para nada (personalización), ideas fijas "quiero dejar de estudiar para trabajar e irme de la casa", y dificultad para concentrarse. Alteraciones en su conducta social donde indica su deseo de abandonar la universidad y poco interés social. Alteraciones en el sueño donde presenta dificultad para conciliar el sueño, donde pasa hasta 2 horas para lograr quedarse dormida, además tiene un sueño ininterrumpido de cada 3 a 4 horas, fatiga y disminución de apetito.

Imagen 3

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).



b. Tipo de familia.

Familia extensa

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

No refiere

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

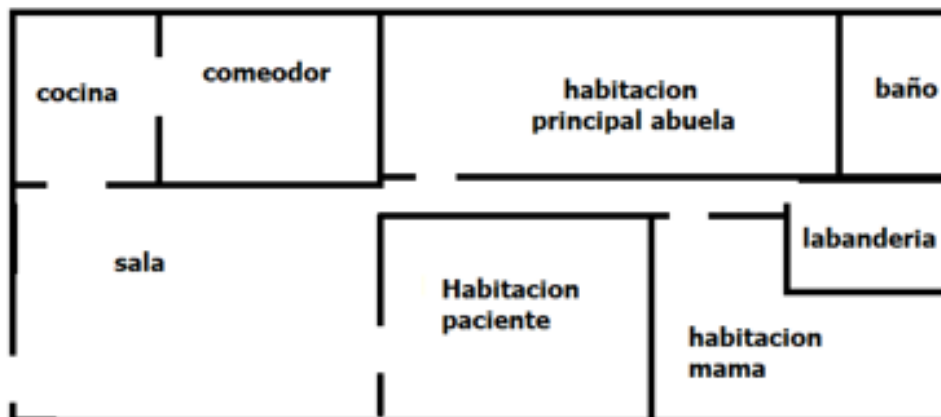


Imagen 4

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

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

La paciente manifiesta que la madre no tuvo problemas en el embarazo, de igual manera tampoco tuvo complicaciones en el parto (cesárea), sin embargo, manifiesta que nació con un tamaño pequeño. No presenta problemas durante su infancia y niñez, teniendo un lenguaje adecuado, con un control de esfínteres completo a la edad de 3 años, sus funciones de autonomía establecidas al realizar sus tareas y labores por el mismo, la única enfermedad que tuvo presente fue viruela.

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

Inició su etapa de escolaridad a la edad de 4 años con una adaptabilidad correcta, rendimiento académico sobresaliente, relaciones interpersonales estables, duraderas y con una normalidad. Tuvo un cambio de colegio sin afectación emocional ni académicas. Actualmente tiene dificultad para concentrarse y poco interés académico relacionado a la culpa por sus problemas en su hogar.

6.3. HISTORIA LABORAL

Paciente no trabaja

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

Actualmente tiene dificultades para establecer nuevas relaciones sociales al tener poco interés en establecerlas y pasar gran parte de su tiempo encerrada en su habitación acostada en su cama.

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

Paciente tiene dificultades en su tiempo libre, sin embargo, tenía el deseo de aprender inglés.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

Paciente no tiene dificultades para mostrar sus emociones a sus familiares y personas cercanas. En referencia a su psico sexualidad paciente tiene una vida sexual activa, mantiene su deseo sexual con normalidad.

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

No consume drogas ni alcohol.

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

Paciente tiene una disminución en el apetito, sin embargo, consume 3 comidas diarias por exigencia de su abuela. Tiene una dificultad para conciliar el sueño donde pasa hasta 2 horas para lograr quedarse dormida, además tiene un sueño ininterrumpido de cada 3 o 4 horas.

6.9. HISTORIA MÉDICA

Paciente no ha presentado enfermedades médicas de relevancia.

6.10. HISTORIA LEGAL

No tiene ninguna

6.11. PROYECTO DE VIDA

Paciente indica que le gustaría convertirse en profesional para poder trabajar y mejorar su situación económica.

Imagen 5

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)

Paciente acude a consulta con un arreglo personal adecuado para su edad, se muestra limpia y ordenada en cuanto a su aspecto, tiene un lenguaje no verbal demostrativo de tristeza y culpa, es de contextura normal acorde a su edad, tiene una actitud temerosa pero positiva por querer mejorar su situación, es de etnia mestiza y tiene un lenguaje acorde a su edad sin dificultades para expresarse.

7.2. ORIENTACIÓN

Orientación Normal

7.3. ATENCIÓN

Atención normal acataba todo lo mencionado

7.4. MEMORIA

Memoria normal

7.5. INTELIGENCIA

Inteligencia promedio

7.6. PENSAMIENTO

Alteraciones en el pensamiento con distorsiones cognitivas "todo lo que pasa en mi casa es mi culpa porque yo no sirvo para nada" (personalización), la paciente indica que no hay pruebas que afirmen que ella realmente no sirve para nada porque hace muchas cosas bien, pero ella así lo piensa, idea fija "quiero dejar de estudiar para trabajar e irme de la casa".

7.7. LENGUAJE

Lenguaje coherente

7.8. PSICOMOTRICIDAD

Psicomotricidad normal

7.9. SENSO PERCEPCION

Sensopercepción normal

7.10. AFECTIVIDAD

Posee tristeza, miedo y llanto.

Imagen 6

7.11. JUICIO DE REALIDAD

Normal

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Es consciente de su enfermedad y es la razón por la cual desea modificar su conducta.

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

Todo lo malo que pasa en su casa y ida es su culpa

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

Test de depresión de Beck (puntuación = 23) (resultado: Depresión Moderada)

Test de ansiedad de Hamilton (Puntuación = 11) (Resultado: Ansiedad leve)

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Distorsiones cognitivas: "todo lo que pasa en mi casa es mi culpa porque yo no sirvo para nada" (Personalización) Idea fija: "quiero dejar de estudiar para trabajar e irme de la casa". Pensamientos de culpa	Depresión
Afectivo	Tristeza Llanto excesivo	
Conducta social - escolar	Bajo interés académico y social.	
Somática	Disminución de apetito Fatiga Insomnio Sueño interrumpido	

Imagen 7

9.1. Factores predisponentes: Fallecimiento de su tío

9.2. Evento precipitante: Problemas con su madre

9.3. Tiempo de evolución: 9 meses

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

Los signos y síntomas que presenta el paciente, cumpliendo los criterios diagnósticos, se trata de Trastorno depresivo moderado CIE- 10 F32.1

11. PRONÓSTICO

Existe un pronóstico favorable ya que el paciente tiene conciencia de su enfermedad y esta dispuesta a colaborar en todo el proceso.

12. RECOMENDACIONES

Se recomienda seguir detenidamente el proceso terapéutico que el profesional ha visto necesario para tratar.

Imagen 8

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta terapéutica	Técnica	Numero de sesiones	Fecha	Resultados obtenidos
Cognitiva “todo lo que pasa en mi hogar es mi culpa, quisiera ya no existir”	-Explicación sobre la situación que está atravesando y explicarle a manera que entienda el modelo cognitivo con el que se va a trabajar. -Ayudar a que la paciente logre evaluar el pensamiento distorsionado, y pueda crear un pensamiento alternativo.	-Diferenciando Eventos, Pensamientos y Sentimientos -Explicar cómo los pensamientos generan sentimientos -Examinando evidencias -Pensamiento alternativo.	2	10/06/2022 17/06/2022	-La paciente comprendió su diagnóstico y el plan de terapia que se efectuará a lo largo de las sesiones. -La paciente logró entender que sus pensamientos generan emociones negativas y pudo crear un pensamiento alternativo.
Afectiva Tristeza, miedo y llanto	-Que la paciente logre identificar y reconocer que sus pensamientos negativos están generando un estado de ánimo bajo con el fin que pueda	-Clasificando el Grado de Emoción y el Grado de Creencia en un Pensamiento -Explicar cómo los Pensamientos crean Sentimientos	1	17/06/2022	Identificó los pensamientos que generan emociones negativas y los clasifico según el grado de emoción.

Imagen 9

	erradicarlos de su mente.				
Conductual Bajo interés social y académico.	-Se busca que la paciente pueda retomar las actividades de manera "normal", haciendo que la anhedonia reduzca.	- Programación de actividades	1	24/06/2022	Se logró que la paciente haga horarios a su gusto en el que consta ejercitación física, además de espacios de convivencia con su madre y familia para mejorar la comunicación, y retomar sus actividades académicas.
Somática: Insomnio, sueño interrumpido, falta de apetito y fatiga	Que la paciente logre obtener un estado homeostático de relajación. Crear una rutina con horarios fijos de alimentación y sueño.	-Ejercicio de respiración -Programación de actividades	1	24/06/2022	Mediante estas técnicas la paciente está consiguiendo un estado de relajación a la hora de dormir y que logre llevar una adecuada para su alimentación



Firma del pasante
Psic CI Carla Balladares Peña

Elaborado por: Msc. Gladys Ballesteros, Msc. Ivett Mederos, Celsa, Msc. Yvonne Torres, Celsa...

Anexo 3

Imagen 10

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

Instrucciones para el profesional
 Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
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.	①	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	②	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	①	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor	0	1	2	③	4

Hoja 1: Test de ansiedad de Hamilton

Imagen 11

 Servicio Andaluz de Salud INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD						
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 después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4	
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4	
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4	
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. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas energéticas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4	

Ansiedad psíquica	9
Ansiedad somática	2
PUNTUACIÓN TOTAL	11

Hoja 2: Test de ansiedad de Hamilton

Anexo 4

Imagen 12

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: M M Estado Civil: soltera Edad: 19 Sexo: F
Ocupación: estudiante Educación: bachiller Fecha: 24/06/2022

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.

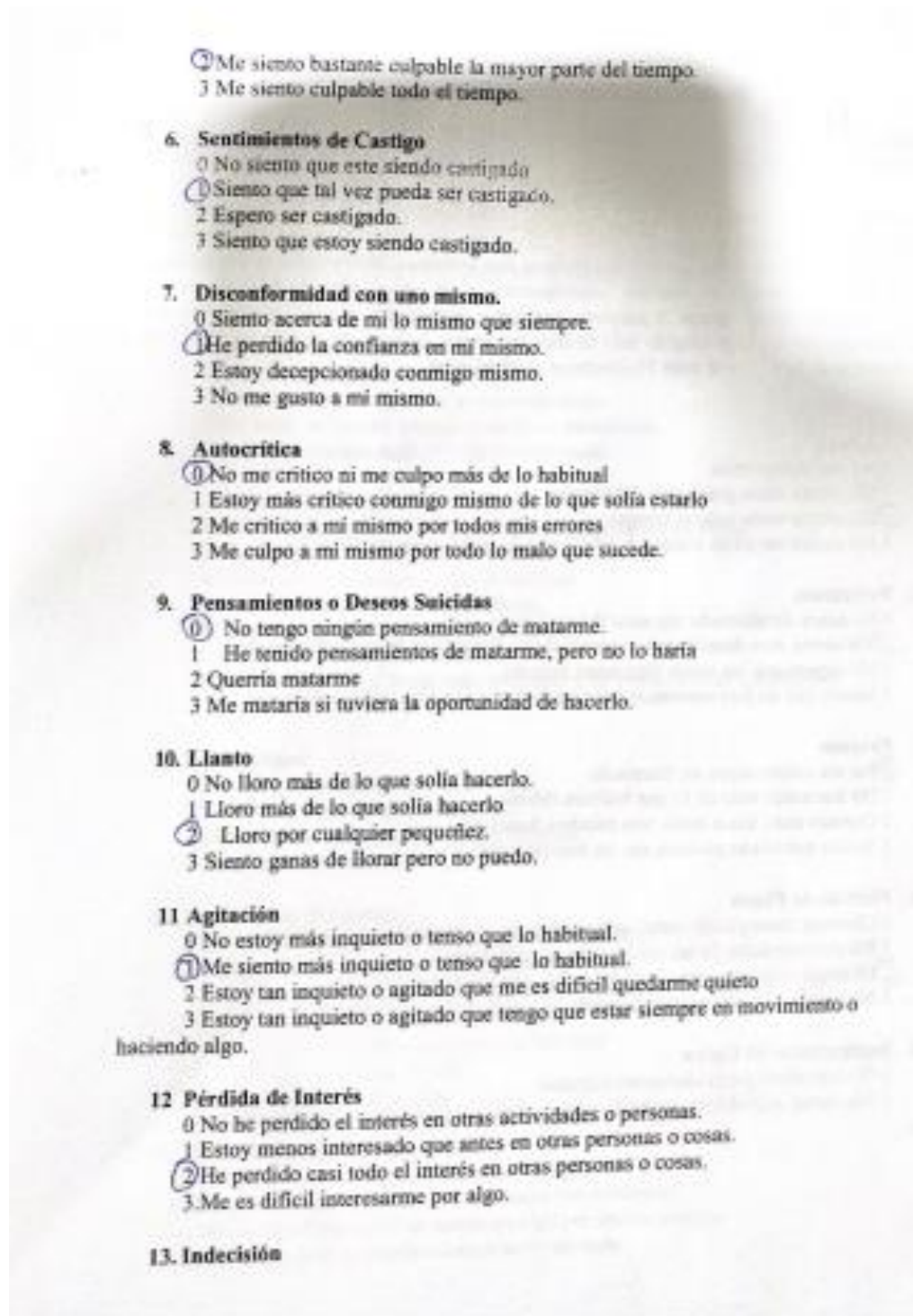
3. Fracaso
 0 No me siento como un fracasado.
1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3 Siento que como persona soy un fracaso total.

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.

Hoja 1: Inventario de depresión de Beck

Imagen 13



Hoja 2: Inventario de depresión de Beck

Imagen 14

- 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.

Hoja 3: Inventario de depresión de Beck

Imagen 15

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: 23 Puntos.

Hoja 4: Inventario de depresión de Beck