



**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 PSICOLOGO:**  
**MENCIÓN CLÍNICO**

**PROBLEMA:**

**DEPRESIÓN Y SU REPERCUSIÓN EN LA CONDUCTA DE UN**  
**ADULTO DE 21 AÑOS DEL CANTÓN BABAHOYO**

**AUTORA:**

**BURBANO ACOSTA RENATO DIDIER**

**TUTOR:**

**MSC. VERA ZAPATA JUAN ANTONIO PSC.**

**BABAHOYO - 2022**

## **RESUMEN**

En el presente estudio de caso se ejecutó bajo el objetivo de determinar la repercusión de la depresión en el desarrollo de la conducta adaptativa de un adulto de 21 años del cantón Babahoyo, para mejorar su salud mental. Esto llevo a cabo con el uso de la historia clínica, observación clínica, entrevista semiestructurada, en conjunto con las pruebas psicométricas “Inventario de depresión de Beck”, “Escala de riesgo suicida de Plutich”, “Escala de autoestima Rosenberg” y además, el uso de técnicas de la terapia cognitiva conductual como examinando evidencias, explicar cómo los pensamientos crean sentimientos, la metodología empleada es la cualitativa ya que fue útil al momento de examinar como la depresión y conducta en el paciente. Mediante el uso del Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 se logró dar un diagnóstico en base a sus criterios F32.1 Trastorno depresivo en un episodio moderado, por lo cual, se planteó elaborar un esquema psicoterapéutico con la finalidad de disminuir la sintomatología del paciente y obtener un cambio cognitivo en el mismo. Cabe mencionar que este fue elaborada bajo el enfoque cognitivo conductual, el mismo que se ha comprobado científicamente que posee una eficacia al momento de tratar las alteraciones del pensamiento y de la conducta.

**Palabras clave:** depresión, conducta, salud mental, cognitivo

## ABSTRACT

This case study was carried out with the objective of determining the impact of depression on the development of adaptive behavior in a 21 year old adult from Babahoyo, in order to improve his mental health. This was carried out with the use of clinical history, clinical observation, semi-structured interview, in conjunction with psychometric tests "Beck Depression Inventory", "Plutich Suicide Risk Scale", "Rosenberg Self-Esteem Scale" and in addition, the use of cognitive behavioral therapy techniques such as examining evidence, explaining how thoughts create feelings, the methodology used is qualitative as it was useful when examining how depression and behavior in the patient. Through the use of the Manual of the International Classification of Diseases ICD 10 a diagnosis was made based on its criteria F32.1 Depressive disorder in a moderate episode, therefore, it was proposed to develop a psychotherapeutic scheme in order to reduce the patient's symptomatology and obtain a cognitive change in the patient. It is worth mentioning that this was elaborated under the cognitive-behavioral approach, which has been scientifically proven to be effective in treating alterations in thought and behavior.

**Key words:** depression, behavior, mental health, cognitive, behavioral.

**INDICE**

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>DESARROLLO</b> .....	2
Justificación .....	2
Objetivo .....	2
Sustentos teóricos .....	3
Técnicas aplicadas para la recolección de información.....	11
Resultados obtenidos .....	13
Situaciones detectadas (Hallazgos).....	15
Soluciones planteadas .....	17
<b>CONCLUSIONES</b> .....	19
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	21
<b>ANEXOS</b> .....	23

## INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental que está teniendo un potencial aumento, dada su relevancia es reconocido por especialistas como un problema de salud pública en el Ecuador. Este se manifiesta con varios síntomas en los que incluimos: El sentimiento de tristeza, pensamientos desesperanzadores, pesimismo, irritabilidad, culpabilidad o impotencia entre otros.

Siguiendo los lineamientos de investigación proporcionados por la carrera de psicología clínica que son: Prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico. En conjunto con las sublíneas de investigación que son: la psicoterapia individual y/o grupal hará posible el reconocimiento de los pensamientos que repercuten en el comportamiento y estado de ánimo del individuo para su intervención.

El propósito de este estudio de caso será determinar la incidencia que tiene la depresión en la conducta de un individuo, por medio de un proceso terapéutico ayudaremos al paciente a desarrollarse e involucrarse de manera efectiva en su entorno. De igual forma la intención de este estudio de caso es promover un conocimiento integral y profesional sobre la depresión y sus efectos en un adulto de 21 años del cantón Babahoyo.

Para conseguir los objetivos propuestos se emplearán el uso de técnicas y herramientas de investigación en el campo de la psicología clínica como: La observación, historia clínica, test psicométricos y entrevista, con el fin de alcanzar un diagnóstico constitutivo, el cual permitirá diseñar un plan terapéutico para identificar los pensamientos que generan un estado depresivo en el individuo. En el presente documento se desarrolla: justificación, técnicas aplicadas, sustentos teóricos, situaciones detectadas, soluciones planteadas, resultados obtenidos, conclusiones, bibliografía y anexos.

## **DESARROLLO**

### **Justificación**

El desarrollo del presente estudio de caso se realizará en base a la incidencia que tiene la depresión en la conducta de un adulto de 21 años de edad. Este tipo de problemas se están presentando en aumento debido a varios factores socioculturales o individuales, es de conocimiento general que el ambiente en el que se desarrollan los individuos juega un papel importante en la vida de este, ya que puede precipitar en el surgimiento de anomalías en el estado de ánimo.

El principal beneficio que se obtendrán a través de este caso será el identificar las consecuencias que tiene la depresión del paciente para poder llevar a cabo una adecuada intervención para poder aliviar sus malestares. Este tipo de trastornos genera pensamientos negativos sobre sí mismo como también de las demás personas y sobre su futuro; síntomas de tristeza, pérdida de apetito e insomnio, por ende es de vital importancia una intervención psicológica efectuada de manera profesional.

Este estudio es trascendental debido que se presentará aportaciones teóricas y prácticas de cómo puede repercutir la depresión en la conducta adaptativa de los individuos, la influencia en su estado emocional y en su vida cotidiana. La intención de este trabajo es dar a conocer información adecuada para que los individuos que tengan pensamientos negativos puedan reconocer y darse cuenta de cómo los mismos repercuten en su vida diaria y que es necesario acudir a una asesoría profesional para que así puedan ser tratados y de esa forma puedan tener una buena salud mental

El presente estudio de caso es factible, ya que en la realización de este trabajo se utilizaran herramientas de comprobación adecuadas y actualizadas como pueden ser test, historias clínicas y manuales de diagnóstico, que ayudaran por ende a brindar un diagnóstico tomando en cuenta lo manifestado por el paciente; por ende se presentara una ayuda idónea para el individuo.

### **Objetivo**

Determinar la repercusión de la depresión en el desarrollo de la conducta adaptativa de un adulto de 21 años del cantón Babahoyo, para mejorar su salud mental.

## **Sustentos teóricos**

### **Depresión**

Este trastorno se presenta como una anomalía del estado de ánimo, la cual caracteriza por la pérdida gradual o consistente del interés y placer para desarrollar las actividades diarias que antes disfrutaba, a su vez está acompañado por malestares psíquicos como tristeza, problemas en la memoria, dificultad en la concentración, entre otros y de igual presentan incidencias negativas en el estado físico de las personas causándole anorexia, insomnio, disminución de la libido, entre otros (Odriozola, 2018).

Es importante mencionar que la tristeza pueden darse como no patológica y como síntoma de enfermedad; en el primero encontramos que la intensidad va de acuerdo a la situación, no se mantiene por un largo tiempo, no limita las actividades del individuo y posee una ausencia de otros síntomas depresivos; El segundo se caracteriza en que la intensidad es desproporcionada a la situación, limita las actividades del individuo, se mantiene por un largo tiempo prolongado y presenta otros síntomas depresivos (Odriozola, 2018).

Según Ibáñez, et al. (2019) mencionan que “La depresión es un trastorno del estado de ánimo que afecta negativamente la mayoría de los ámbitos de la vida de un ser humano” (p. 37). Este tipo de trastorno afecta de manera negativa el desarrollo de los individuos en su vida cotidiana por ejemplo en su trabajo, rendimiento escolar, relaciones interpersonales, etc.

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Las personas con episodios depresivos leves o moderados tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave poco probable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones. La detección de la depresión en la población adulta general debe de efectuarse mediante los sistemas adecuados para asegurar un diagnóstico, el tratamiento tiene que ser eficaz con su debido seguimiento (Peña, et al, 2019).

## **Factores asociados a la depresión**

La aparición es multifactorial y no se conoce un origen de la misma, pero existen factores predisponentes para su aparición o precipitación como genéticos, experiencias vividas, cognitivos o circunstancias psicosociales que contribuyen en su generación. La presencia de síntomas psicológicos negativos tiene una afectación significativa en el estado emocional del individuo. Los factores asociados al surgimiento de la depresión se han dado de forma independiente del género sin una diferencia muy significativa o importante. Según Teffen, et al. (2020) menciona que “La depresión se ha identificado además como un factor de riesgo independiente y un factor de pronóstico negativo para muchos trastornos somáticos crónicos, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, trastornos respiratorios crónicos y artritis”. (p. 2)

Según un afirma Martínez, et al. (2021) en su estudio; los individuos del género Femenino tienen una mayor probabilidad en presentar síntomas ansiosos, depresivos y malestares psicológicos, pero estos no excluyen al género opuesto de padecerlos. La presencia de síntomas depresivos es ocasionada por una baja autoestima e insatisfacción con la vida, el estatus socioeconómico y dimensiones de la personalidad que influyen a su aparición.

Uno de los factores de riesgo del suicidio es la presencia de un trastorno depresivo. Los individuos de género masculino son más propensos a cometer acto suicido y aumentan de acuerdo a la edad. Los hombres que superan la edad de 75 años tienen una incidencia anual aproximadamente de 39 por cada 100 000 en diferencia a las mujeres que son cuatro por cada 100 000 en igualdad de edad (Maurer, et al, 2018).

## **Causas de la depresión**

Las causas que generan la depresión puede darse por un desequilibrio químico cerebral, a veces no hay una suministración correcta de los neurotransmisores. Algunos de los neurotransmisores que influyen en el estado de ánimo son la dopamina, serotonina y norepinefrina. El surgimiento de este trastorno puede darse por amplias causas que pueden ser desde biológicos hasta circunstanciales, las cuales pueden ser: (Higuera, 2021).

- **Antecedentes familiares:** En ocasiones la depresión puede ser hereditaria, los genes forman parte fundamental en el surgimiento de este trastorno porque existe

la posibilidad de haber estado presente en su familia, el riesgo aumenta si su padre, madre o hermano poseen esta enfermedad u otro trastorno del estado de ánimo.

- **Acontecimientos en su vida:** La depresión puede surgir por medio de un evento precipitante en su vida, que para el paciente sea de carácter significativo como el fallecimiento de un ser querido, una separación, enfermedad crónica o no poseer una fuente de ingresos económicos.
- **Medicamentos, drogas o alcohol:** Un historial de abuso de sustancias como las drogas y alcohol aumentan el riesgo de la depresión.
- **Afecciones médicas:** Ciertas afecciones médicas pueden propiciar un mayor riesgo de surgimiento para la depresión como alguna enfermedad crónica (Diabetes, Cáncer), insomnio, problema en la tiroides, enfermedades neurológicas, cerebrovasculares y lesión cerebrales.

### **Sintomatología de la depresión**

Los síntomas comúnmente conocidos son: Trastorno del sueño que puede darse en aumento o disminución; anhedonia expresado como la incapacidad de experimentar placer; retraso psicomotor o agitación; culpabilidad manifestada con un sentimiento de desesperanza; inutilidad e arrepentimiento; disminución del deseo sexual; trastornos en el apetito que puede darse con la disminución o aumento y tendencias suicidas. La existencia dual del estado de ánimo depresivo y la anhedonia son característicos de la sintomatología de la depresión (Maurer, et al, 2018).

La depresión se manifiesta de maneras distintas en hombres y mujeres. Las mujeres que padezcan este trastorno son propensas a experimentar cefalea y mialgias. Es más probable que expresen malestares emocionales como el estrés y llanto con relativa facilidad. Por otra parte los hombres por su naturaleza son más propensos a reportar actos agresivos, cólera, irritabilidad, conductas de riesgo y abuso de sustancias.

### **Tipos de Trastorno Depresivo**

Los trastornos depresivos se manifiesta con una tristeza patológica, tomando en consideración los síntomas anteriormente descritos de la depresión estos pueden variar con el plazo, la intensidad y las limitaciones de las capacidades para desarrollar sus actividades cotidianas. Dentro de estos encontramos los siguientes:

### **Trastorno depresivo persistente (distimia)**

La presencia de este trastorno se da por meses o años con una sensación de insatisfacción, sentimientos de tristeza, desánimo que ocasionan que el individuo tenga una interacción inadecuada con su entorno y también predomina la apatía. El paciente expresa que su sentimiento de tristeza es algo común, algo a destacar de este trastorno es que posee una duración prolongada. Es común que las personas que presentan distimia tengan una baja autoestima (Odriozola, 2018).

### **Trastorno ciclotímico**

El trastorno ciclotímico se caracteriza por la presencia de síntomas depresivos que tienen duración de días pero que siguen un curso muy variable y poseen periodos de síntomas hipomaniacos y de altibajos emocionales pueden pasar a un sentimiento de tristeza intensa con facilidad y pasar a episodios eufóricos; cabe mencionar que las manifestaciones emocionales no se presentan como en el trastorno bipolar. El periodo de la sintomatología debe de transcurrir por más de la mitad de los días con una duración de mínimo 2 años (Coryell, 2018).

### **Trastorno de depresión mayor**

En este trastorno el paciente expresa la tristeza de forma más intensa que la habitual, considerándolo como algo nuevo que le está sucediendo. Aquí se concentra en gran parte la mayoría de los síntomas depresivos, el paciente se muestra intensamente apático y sin motivación para realizar actividades básicas puede incluso rechazar el beber agua o ingerir alimentos, así mismo experimentan un estado melancólico. También es importante destacar que pueden presentar pensamientos recurrentes hacia la muerte o ideas suicidas (Odriozola, 2018).

### **Teoría cognitiva de la depresión**

La cognición forma parte fundamental en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos depresivos. Beck propuso que el procesamiento de pensamientos sesgados influye en curso de la depresión, de misma manera las representaciones mentales internas impactan en el grado en que se presenta la depresión. Beck argumentó que la depresión altera el estado de ánimo de las personas caracterizándolo por la presencia de

pensamientos hacia el fracaso, inutilidad, pérdida y rechazo que conlleva a tener interpretaciones negativas hacia su persona, al mundo y hacia el futuro, los cuales se denomina como la triada cognitiva de la depresión (LeMoult & Gotlib, 2019).

Beck afirmó que los esquemas negativos permanecen latentes aun después de la recuperación de un episodio depresivo, lo cual hace propenso al paciente a desencadenar pensamientos automáticos y generar una perturbación en el estado de ánimo que son activados por un suceso o evento precipitante, como cuando se presenta el primer episodio depresivo (LeMoult & Gotlib, 2019).

### **Pensamientos automáticos**

Beck propone que los trastornos psicológicos provienen de la manera en que se interpretan las situaciones o acontecimientos que experimentan las personas. Estos pensamientos intervienen en la valoración de las experiencias previas que a su vez influyen en la conducta del individuo, no obstante es importante mencionar que este procesamiento de información es efectuado por medio de percepciones subjetivas. Los pensamientos automáticos negativos se encuentran entrelazados por los esquemas cognitivos, estos últimos son definidos como una estructura de pensamientos que no son flexibles y se encuentra en lo profundo de la psiquis del individuo. (Secundino, 2018).

Los esquemas son capaces de distorsionar la información percibida por el paciente, según (Secundino, 2018) “Esta distorsión en el procesamiento de la información provocaría que fuesen significativamente disfuncionales, rígidos, autodestructivos y resistentes al cambio, percibidos como irrefutables y que interfirieran en la propia habilidad para satisfacer las necesidades básicas de estabilidad y autonomía” (p. 14). Estos esquemas se desarrollan a lo largo de la vida e influye en la conducta, pensamientos y sentimientos de los individuos.

Por ende los pensamientos automáticos negativos son determinados por los esquemas anteriormente descritos estos serán rápidos, breves y evaluativos, estos no se presentarán como un resultado de una reflexión o razonamiento todo lo contrario aparecerán de forma automática influenciada por los esquemas cognitivos. Estas ideas serán tomadas por el paciente como verdades inmutables. En líneas generales podemos decir que estos pensamientos se caracterizan por ser fugaces, inconscientes, breves y son considerados como una manifestación de las creencias. Los individuos no están

conscientes de sus creencias. Todo esto guarda relación con los síntomas emocionales que pueden ser ira o euforia, tristeza, ansiedad, entre otros (Secundino, 2018).

### **Sesgos cognitivos**

Los sesgos son interpretaciones erróneas de la información que influyen en la percepción del individuo. Las personas con depresión o que tienen riesgo de la misma, poseen un procesamiento de la información sesgada que involucra al estado de ánimo. De igual forma el modelo teórico de la depresión atribuye la influencia de esquemas negativos en la autopercepción del individuo, también sobre los sesgos en la atención, interpretación y memoria. Los sesgos cognitivos en pacientes deprimidos o con riesgos de depresión se puede presenciar un estado anímico disfórico (triste, ansioso e irritable) (LeMoult & Gotlib, 2019).

- **Sesgos de la atención:** Los individuos que tienen o tuvieron un episodio depresivo experimentan dificultades en desconectar su atención del estímulo negativo en donde han enfocado su interés.
- **Sesgo de interpretación:** Este tipo de sesgo se caracteriza en asignar un determinado significado a un estímulo de forma ambigua y susceptible a interpretaciones.
- **Sesgo de memoria:** Aquí los individuos recuerdan preferencialmente los estímulos negativos, asimismo posee un bloqueo hacia otros recuerdos que son positivos y potenciando los que le afectan negativamente.

### **Tratamientos para la depresión**

El tratamiento que se utilizara para la depresión dependerá de cada paciente y de acuerdo al tipo que este presentándose y a las preferencias del paciente porque debe de realizarse con su consentimiento. Lo fundamental será utilizar tratamientos verificados y científicos dando su debido tiempo para ver los resultados. El tratamiento puede darse por medio de terapias psicológicas o terapia farmacológica (Mestanza, 2019).

### **Terapias psicológicas**

El tratamiento basado en terapias psicológicas ayudaran al paciente a tener mejor confianza, seguridad y a corregir los pensamientos que distorsionadas que le impiden

desarrollarse con normalidad además ayudan a reducir la posibilidad que surjan en un futuro nuevos episodios depresivos. Para la depresión existes dos terapias que son de gran ayuda terapia cognitivo conductual e Interpersonal; TCC se centrara en modificar los esquemas negativos del pensamiento que contribuyen en la generación y mantenimiento de la depresión; La terapia Interpersonal se basa en que el paciente identifique y aprenda a manejar los problemas específicos que le estén generando su malestar. Estas terapias deben de ser proporcionadas por profesionales capacitados o entrenados en el uso de estas técnicas que por lo general son psicólogos clínicos y psiquiatras (Mestanza, 2019).

### **Tratamiento farmacológico**

Los fármacos utilizados en este tipo de trastornos se llaman antidepresivos, estos medicamentos incrementan la actividad del cerebro y los niveles de neurotransmisores para mejorar el estado de ánimo. Los tratamientos necesitan tiempo para ver las mejorías o resultados y para verificar si el fármaco es útil. Estos medicamentos no generan adicción caso contrario como los tranquilizantes, pero si se pueden presentar efectos secundarios tras el retiro de los mismos que pueden ser Nauseas, cefaleas, ansiedad y mareo, pero esto es muy probable si se retira la medicación bruscamente. El tiempo de uso varía de acuerdo a la persona y los resultados obtenidos, pero se recomienda que mantenga su uso por mínimo 6 meses con la misma dosis suministrada (Mestanza, 2019).

### **Conducta**

La conducta está relacionada en como el individuo interactúa en su vida cotidiana. Este término puede usarse como un homólogo de comportamiento, ya que ambos describen el accionar de los individuos frente a un estímulo y la interacción con su medio. Existes tres factores que intervienen en el desarrollo de la conducta que son el biológico, ambientales y de socialización. La sociedad juega un papel importante en la conducta, debido a que influyen por medio de reglas implícitas como debe de desarrollarse en la misma. Este tipo de conducta se ve influenciado por la cultura o estado (Pérez, 2021).

### **Característica de la conducta**

La conducta se regula por medio de tres factores que son; el primero es el fin, este es la acción que se somete bajo la interpretación delos estímulos sean internos o externos; el segundo es la motivación, este es el impulso a realizar una actividad o el que impulsa al

comportamiento; y por último la causalidad, este hace referencia a la causa por la cual se origina el comportamiento. Cada persona posee un comportamiento diferente y será influenciado de acuerdo a la situación que experimentada. La personalidad, el comportamiento y la acción comportamental hacen posible que la persona pueda adaptarse en el medio que se desarrolle, aunque este comportamiento puede variar (Perez, 2021).

### **Conducta adaptativa**

Este tipo de conducta es el conjunto de diversas habilidades que infieren en el desempeño del individuo, las habilidades conceptuales, sociales y prácticas que se han aprendido de forma empírica, de esta manera este tipo de conducta le permitirán al individuo desenvolverse en las diferentes circunstancias que se presentan en la vida. De este modo podemos expresar que las conductas adaptativas influyen en el rendimiento y en desempeño de las actividades diarias que son requeridas para el funcionamiento autónomo personal y social. Dentro de los factores que influyen la conducta adaptativa tenemos: (Pérez, 2021)

- **Relación con la edad:** La conducta adaptativa se va incrementando y aumentan de grado de complejidad mientras el individuo va creciendo
- **Contexto sociales:** Se referencia a que esta conducta se define de acuerdo a los estándares y expectativas del medio en que se desarrolla el individuo (El ambiente escolar, familiar, cualquier entorno social)
- **Modificable:** Este puede a gravarse o mejorar en resultado de la interacción con el medio que se desenvuelve el individuo; pueden ser por traumas, circunstancias físicas o cambios en su entorno.
- **Rendimiento:** La falta de motivación u otras limitaciones llegan a impedir el desarrollo de las capacidades y comportamientos concretos.

La repercusión que tiene la depresión con la conducta adaptativa es que el individuo no puede adaptarse a su entorno con facilidad, de esta forma se le ve dificultando el desempeño en sus actividades diarias, la presencia de pensamientos automáticos negativos que influyen en el estado de ánimo del individuo, en algunos casos interfieren con las acciones básicas de las personas que son el alimentarse, aseo personal y el dormir.

## **Técnicas aplicadas para la recolección de información**

Para poder recolectar la información correspondiente al estudio de caso, se utilizaron diversos procedimientos tomando en consideración la sintomatología presentada por el individuo estudiado, en la cual se utilizó un tipo de metodología basada en la recolección de datos, implementando instrumentos de medición cualitativos con el objetivo de obtener un diagnóstico presuntivo hacia el paciente. Todo esto se llevara a cabo bajo el modelo de terapia cognitivo conductual. A continuación se describirán las técnicas aplicadas para el desarrollo del estudio de caso.

### **Historia clínica**

La historia clínica es el documento en donde se plasma toda la información relevante sobre el estado actual y pasado del paciente, aquí se registrarán los temas tratados, sus avances y novedades. En esta herramienta se redactará los datos del paciente, como sus antecedentes familiares, vida personal y la problemática, aquí encontraremos diversos campos como, el motivo de la consulta, exploración mental, anamnesis, entre otros (Ver anexo 1).

### **La observación clínica**

Esta técnica es utilizada en la psicología clínica se basa en la observación de las expresiones conductuales y no verbales del paciente mientras se desarrolla la sesión terapéutica, por lo cual mientras se está aplicando esta técnica se buscará recaudar la mayor información posible, por ende, se permite analizar, examinar y comprender la conducta del individuo a la vez de su interacción con el entorno. El profesional mediante el uso de esta herramienta que es la guía de observación, realizará apuntes de los eventos proporcionados y observados del individuo, todos los datos recaudados ayudan a tener una comprensión de lo que al paciente le está ocurriendo para poder llegar a un diagnóstico (Ver anexo 2).

### **Entrevista semiestructurada**

El tipo de entrevista implementada para el desarrollo de las citas con el paciente fue semiestructurada con la finalidad de recolectar la mayor información posible, es importante mencionar que durante la ejecución de la entrevista se debe de adaptar a las características del paciente para que este pueda entrar en confianza con el profesional y

responda las preguntas planteadas de forma libre sin estar presionado o incómodo, lo cual se denominaría rapport, El paciente deberá sentirse escuchado en el transcurso de la sesión, toda la información brindada será importante para establecer un diagnóstico y para su historia clínica.

### **Pruebas psicométricas**

Las pruebas psicométricas son instrumentos utilizados en la psicología clínica para corroborar un diagnóstico y conocer sobre las dimensiones cognitivas, personalidad y actitudinales del paciente, para lo cual se deberá de escoger entre las diferentes alternativas puestas en las preguntas, considerando la que esté sujeta o más aproximada a la realidad del paciente.

#### **Inventario de depresión de Beck (BDI-II).**

Esta prueba psicométrica es utilizada para medir el grado de depresión, el cual tiene 21 preguntas con sus respectivas respuestas de carácter múltiples. Es una de las pruebas más utilizadas para la medición de la depresión debido a su factibilidad de aplicación y eficacia, según las respuestas proporcionadas por el paciente podremos medir su nivel de perturbación mediante las siguientes, moderada y grave. Esta se aplicara para individuos que tengan mínimo 13 años (Ver anexo 3).

#### **Escala de riesgo suicida de Plutchich (Risk of Suicide, RS).**

La escala de riesgo suicida se emplea para evaluar la probabilidad de cometer un acto suicido, también permite separar entre los pacientes normales y con tentativa suicida, que puedan ser a futuro o haber ocurrido en el pasado, aquí el paciente deberá de escoger entre las 15 preguntas la opción de sí o no (Ver anexo 4).

#### **Escala de autoestima Rosenberg**

Esta prueba se encarga de evaluar los componentes de autoestima del individuo, consiste en 10 enunciados que se relaciona con la valoración propia y satisfacción con su vida, estas se encuentran formuladas entre 5 positivas y 5 negativas, la calificación varía entre autoestima alta, normal y baja (Ver anexo 5).

## **Resultados obtenidos**

El estudio de caso es desarrollado con la paciente J.J.B.A de 21 años residente del cantón Babahoyo de la provincia de Los Ríos, género masculino, estado civil soltero, instrucción secundaria, actualmente se encuentra estudiando en la Universidad Técnica de Babahoyo siguiendo la carrera de ingeniería en sistemas, es remitido por voluntad propia. Proviene de una estructura familiar monoparental conformada por su Madre de 55 años de edad, su hermana y sobrina con quienes reside en su domicilio, también menciona que mantiene una buena relación con su Padre de 63 años y sus demás hermanos.

## **Sesiones**

Las sesiones se efectuaron con el consentimiento del paciente y colaboración del mismo. Estas se basaron en la recolección de datos mediante el discurso del paciente empleando entrevista semiestructurada y sesiones con tratamiento psicoterapéutico basado en la terapia cognitiva conductual, por factores de tiempo del paciente no se logró llegar a concluir el plan terapéutico planteado. Las sesiones se desarrollaron con una duración aproximada de 30 minutos cada una, a continuación se irán detallando:

### **Primera sesión**

La primera sesión se efectuó el sábado 4 de junio del 2022 a las 11 am, la sesión duró aproximadamente 30 minutos, me acerque al domicilio del paciente debido a las dificultades de logística en donde se llevó a cabo cada sesión. Se inició socializando con el paciente con la finalidad de establecer rapport, luego se procedió a emplear preguntas con el objetivo de recaudar información para la historia clínica. Con la ayuda de la guía de observación se pudo notar que el paciente se notaba ansioso. El paciente manifiesta “Me siento un poco nervioso” ante la idea de empezar con la entrevista, con respecto al motivo de consulta expresa “Me he siento mal. Bueno principalmente me he sentido triste, desanimado y a veces enojado últimamente”. Posteriormente se realizó una explicación del modelo a tratar y un encuadre para la siguiente sesión.

### **Segunda sesión**

La segunda sesión se llevó a cabo el sábado 11 de junio del 2022 a las 10:30 am y duro aproximadamente 40 minutos, se inicia estableciendo rapport con el paciente para posteriormente hacer un feedback de la sesión, se continuo recolectando información de la

problemática, aquí se obtuvo más información correspondiente a la anamnesis, cabe mencionar lo expresado por el paciente “Hay veces que no puedo dormir bien por estar pensando, por la mañanas me despierto sin ganas de levantarme de la cama, me siento triste y de repente me dan ganas de llorar o me siento enojado”, se procede a realizar una pregunta de acuerdo al tiempo de presencia de los síntomas y expresa que están presente desde hace aproximadamente 2 meses a partir de un evento desencadenante, el paciente también menciona que desde el colegio se vienen presentando estos sentimientos pero que son transitorios. En consiguiente se procedió a realizar una psicoeducación de que es la Depresión y que síntomas manifiesta, para posteriormente aplicar el Inventario de depresión de Beck el cual tuvo una duración de 12 minutos.

### **Tercera sesión**

La tercera sesión se llevó acabo el sábado 18 de junio del 2022 a las 10:30 am y duró aproximadamente 40 minutos, se da inicio la sesión explicándole al paciente lo que se llevara a cabo en ese día, luego se procede a brindarle al paciente una retroalimentación de las anteriores sesiones y describiendo las problemáticas observadas. Mediante la narrativa del paciente pude detectar que posee un pensamiento negativo de “todo me sale mal, mientras más sigo intentando cosas, me siguen saliendo mal y me frustró, y eso me enoja”, este pensamiento se trabajó bajo la técnica de examinando evidencias, donde el paciente mostró evidencias a favor y encontrar, con la finalidad de que tenga una visión más acorde a la realidad, también expreso que tiene insomnio, se despierta cansado y sin ánimos, en consiguiente se trató las dificultades para conciliar el sueño, se brindó instrucciones de cómo realizar la relajación pasiva para posteriormente darle recomendaciones de acompañamiento de la técnica y por último se aplicó la escala de riesgo suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS).

### **Cuarta sesión**

La Cuarta sesión se llevó acabo el sábado 25 de junio del 2022 a las 10:30 am y duró aproximadamente 30 minutos, se inició a revisar el estado emocional del paciente y el desarrollo de su conducta. Se consulta al paciente si aplicó las técnicas de relación y las recomendaciones, con respecto a esto respondió “Si el mismo sábado hice lo de la respiración y si me ayudo un poco pero lo seguiré haciendo cuando no pueda dormir”, se trabajó sobre el pensamiento de “Me siento un inútil” emplea la técnica de diferenciando

hechos, pensamientos y sentimientos, por último se procede a aplicar la Escala de autoestima Rosenberg el cual tuvo una duración de 10 minutos.

### **Situaciones detectadas (Hallazgos)**

Bajo la información obtenida por medio de la observación clínica se halló que el individuo estudiado de 21 años, contextura delgada, 1.78 metros aproximadamente, etnia mestiza, vestimenta de acuerdo a su género, ubicado en tiempo y espacio, acude a consulta por voluntad propia, se mostraba pasivo y colaborativo en el transcurso de la entrevista, mediante el uso de la guía de observación se pudo constatar que el paciente tenía decaimiento emocional o desmotivación, su rostro se mostraba con ojeras por las dificultades para conciliar el sueño, mostraba movimientos continuo en las piernas simbolizando nerviosismo por la primera entrevista pero esta fue desapareciendo en el transcurso de las sesiones.

“¿Puede hablarme de las emociones que le estén causando problema?” se manifestó lo siguiente por parte del paciente: “Me siento mal. Bueno principalmente me he sentido triste, desanimado y a veces enojado porque siento que nada me sale bien, mientras más sigo intentando cosas, me siguen saliendo mal y me frustro, me pongo enojado conmigo mismo pero después de unas horas se me pasa”. Mediante la narrativa del paciente se encontraron síntomas de un trastorno depresivo, a nivel afectivo se presentaba triste, desanimado, frustración enojado descritos por él, de igual forma se encontró pensamiento automático “Todo me sale mal”, en la escolaridad expreso que tiene dificultad para concentrarse en sus clases. También se pudo encontrar una conducta de aislamiento porque menciona “siempre que me siento así no me gusta hablar con nadie, no quiero hablar y quisiera solo estar en mi cuarto”.

El evento precipitante según el discurso del paciente fue “Si me acuerdo de una que sucedió como hace 2 meses, estaba en el gimnasio y se me cayó un disco en la caminadora, pensé que ya se dañó y me tocaría pagar por él, me siento un inútil y que todo me sale mal. En ese momento no sabía qué hacer y dije que siempre me pasa algo malo, que no puedo hacer nada bien, llego el dueño y en ese momento pensé que me iba a gritar pero no lo hizo solo me pregunto y yo le agachaba la mirada. Después de que paso, me senté a pensar que aseguro pensaban que yo soy un tonto o que pensaban mal de mí, en toda la noche me sentí mal y sin ganas de que fuera el día siguiente, esa noche me dormí a las 2 de la mañana

porque estuve pensando en lo mismo que había pasado, ya ni ganas de ir al gimnasio me dan”.

En el transcurso de las sesiones pude encontrar la presencia de la triada cognitiva de la depresión manifestada por Beck, Pensamiento negativo sobre sí mismo “me sentía inútil y que no podía hacer nada bien”, pensamiento negativo a el mundo que lo rodea “aseguro pensaban que yo soy un tonto o que pensaban mal de mí” y hacia el futuro “No sé qué esperar en el futuro, después de graduarme de la universidad no sé qué hacer”. Mediante el uso de la observación clínica y la entrevista semiestructurada, se encontró que el paciente posee visión negativa de sí mismo, la misma que tiene una repercusión en su autoestima y en el desarrollo de su conducta dificultándole la interacción con sus iguales. La mirada del paciente se encontraba enfocada en el escritorio o en el suelo mientras expresaba los acontecimientos que le generaron conflicto.

### **Resultados de Test aplicados**

En el trascurso de las sesiones se aplicó tres pruebas psicométricas, en la segunda sesión se aplicó el inventario de depresión de Beck con una puntuación de 18, lo cual se encuentra dentro del rango Depresión leve, en la tercera sesión se aplicó la escala de riesgo suicida de Plutchik teniendo una puntuación de 5 no presenta riesgo de suicidio y por ultimo escala de autoestima Rosenberg con una puntuación de 25 que refleja una autoestima baja.

**Tabla 1:** *Matriz del cuadro psicopatológico*

<b>FUNCIÓN</b>	<b>SINTOMAS</b>	<b>SINDROME</b>
<b>Cognitiva</b>	Pensamientos negativos, falta de concentración	
<b>Afectivo</b>	Tristeza, labilidad emocional, desanimo, enojo, frustración, desesperanza hacia su futuro, baja autoestima	Depresión
<b>Conductual</b>	Aislamiento, anhedonia	

---

**Somática** Dificultad para conciliar el sueño

---

**Nota:** *Esta matriz fue elaborada por Renato Burbano mediante el uso de la recolección de información durante la entrevista psicológica.*

### Diagnostico presuntivo

Tomando en consideración los signos y síntomas del síndrome, los resultados de las pruebas psicométricas, tomando en consideración el CIE-10 y el DSM-V el paciente cumple los criterios de un episodio depresivo moderado F32.1. Cumpliendo los siguientes criterios: La capacidad del paciente en disfrutar una actividad, decaimiento emocional, insomnio, empeoramiento del humor por las mañanas, baja autoestima, entre otros. En base a la severidad y al número estos episodios depresivos serán divididos entre leve, moderados y graves (CIE-10, 2000).

### Soluciones planteadas

Las áreas tratadas durante este proceso terapéutico serán la cognitiva-afectiva, conductual y somática, estas se intervinieron con la finalidad de reducir los signos y síntomas del paciente, siempre tomando en cuenta la acción voluntaria y consciente del mismo esto es importante para que se pueda obtener resultados en el cambio de los pensamientos negativos. Cabe mencionar que no se logró concluir con el esquema terapéutico.

**Tabla 2:** *Esquema psicoterapéutico según el enfoque de terapia cognitiva conductual.*

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Numero de sesiones	Fecha	Resultados obtenidos
<b>Cognitivo-Afectivo:</b> Episodio depresivo	Brindarle información al paciente de la psicopatología presentada	Psicoeducación	2	11/06/2022	El paciente adquirió conocimiento sobre la depresión y sus síntomas a su vez explicar del plan terapéutico que se empleara en las sesiones.

Pensamiento automático negativo "Todo me sale mal"	Enseñar a identificar los pensamientos automáticos negativos y que evidencias tiene que lo respalde	Examinando evidencias	5	18/06/2022	El paciente logró identificar su pensamiento negativo y se trabajó sobre el mismo mostrando las evidencias en contra y a favor pensamiento.
Tristeza, labilidad emocional, desanimo, enojo, desesperanza hacia su futuro	El objetivo es que el paciente pueda identificar los pensamientos que están generando su malestar emocional	Explicar cómo los pensamientos crean Sentimientos		02/07/2022	A través de esta técnica el paciente lograra identificar los pensamientos que le generan sus sentimientos.
Baja autoestima "Me siento inútil"	Identificar y modificar el pensamiento que genera baja autoestima en el paciente	Descenso Vertical		09/07/2022	Se pretende identificar y modificar la creencia que genera el baja autoestima
	Lograr que el paciente identifique sus pensamientos con la finalidad de tener pensamientos alternos	Diferenciar hechos, pensamientos y sentimientos		25/06/2022	Se pretende que el paciente aprenda a diferenciar los hechos, lo que piensa y los sentimientos
<b>Conductual:</b> Conducta de evitación y anhedonia	Que el paciente logre retomar las actividades que había abandonado para que retomara su interés.	Programación de actividades	1	23/07/2022	Se pretende que el paciente cumpla las actividades escritas en la actividad y que retome su interés en desarrollarlas
<b>Somático:</b> Insomnio	Que el paciente logre tener un estado de relajación para que pueda dormir y Regular hábitos del sueño	Técnica de relajación pasiva	1	18/06/2022	Mediante el uso de esta técnica el paciente consiguió un estado de relajación y recomendaciones logró mejorar su calidad de sueño.

**Nota:** Planificación de intervención psicoterapéutica fue realizado por Renato Burbano

## CONCLUSIONES

La depresión es una perturbación en el estado de ánimo que incide en las áreas tanto cognitivas, afectiva, conductuales y somáticas de la persona que lo padece. Este es uno de los principales trastornos mentales que afecta a la población ecuatoriana, por lo tanto debe de tratarse como un problema de salud pública.

El paciente cumple con los criterios de diagnóstico presuntivo del Trastorno depresivo moderado F32.1 con sentimientos de tristeza, labilidad emocional, desanimo, enojo, dificultad de concentración, anhedonia, baja autoestima y dificultad para conciliar el sueño. Según el discurso del paciente el emplear la técnica de relajamiento y seguir las recomendaciones brindadas le ayudó a mejorar la calidad de sueño.

Es importante mencionar, que gracias al enfoque cognitivo conductual se logró reducir la sintomatología manifestada por el paciente, así pues se mejoró el estado emocional y la conducta de aislamiento. Esto se trató identificando y tratando las distorsiones cognitivas como “Me siento inútil” otorgándole un cambio de perspectiva que fue bien recibida. Esto se pudo gracias a la colaboración del paciente y el establecimiento de un rapport con el mismo, sin estas dos características mencionadas no se puede llevar a cabo un buen tratamiento psicoterapéutico y no se pueden cumplir las metas establecidas.

Tomando en consideración la metodología cualitativa efectuada en el trascurso de este estudio de caso, se puede concluir que cuenta con varias técnicas en las que encontramos la observación clínica, historia clínica, el uso de la entrevista semiestructurada y la aplicación de las pruebas psicométricas como “Inventario de depresión de Beck” dando como resultado depresión leve, “Escala de riesgo suicida de Plutchik” en donde se obtuvo que no presenta riesgo de suicidio, “Escala de autoestima Rosenberg” que reflejó que posee una autoestima baja y en conjunto con las técnicas cognitiva conductuales que ayudaron de forma significativa a conseguir su culminación.

La depresión es detectable, prevenible y tratable, incluso se pueden reducir los efectos negativos a corto y largo plazo, pero este es uno de los desafíos más notables en el Ecuador debido a la falta de acceso oportuno y a la calidad del tratamiento que se someten las personas con problemas mentales. La detección de la depresión en la población adulta general debe de efectuarse mediante los sistemas adecuados para asegurar un diagnóstico y tratamiento adecuado, asimismo la utilización de instrumentos de acuerdo al grupo de

edad ayudará a la identificación de la depresión en conjunto al uso de la historia clínica. Esto debe de ser complementado con el uso de los criterios del manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

El transcurso de este estudio de caso fue muy significativo en lo personal, porque requirió mucha paciencia y dedicación. Una vez que el paciente dice que si le funcionaron las técnicas aplicadas y recomendadas en las sesiones fue muy relevante ya que se pudo comprobar la eficacia del modelo empleado. Se logró entablar una buena empatía con el paciente, esto fue muy importante porque gracias a ello se pudo alcanzar el objetivo planteado.

Se pudo cumplir con el objetivo planteado en el estudio de caso en determinar como la depresión afecta en la conducta adaptativa del individuo, esto se pudo constatar en la dificultad de concentración que incide en las actividades académicas, además de cómo afecta en el desarrollo social del paciente manifestándose en una conducta de aislamiento.

Se recomienda que se lleven a cabo campañas de información orientadas al público en general para brindarles el conocimientos a los ciudadanos sobre este trastorno que es la depresión, de igual manera sobre su repercusión en el estado emocional y en el desarrollo de sus conductas, todo esto deberá de ser efectuado por medio de la iniciativa de proyectos psicológicos con el acompañamiento de las entidades institucionales dentro o fuera de la comunidad universitaria. Además se sugiere que el paciente siga asistiendo a terapia para culminar con el plan terapéutico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Berenguer, C., Miranda Casas, A., & Rosello Miranda, B. (2018). Adaptive behaviour and learning in children with neurodevelopmental disorders (autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder). Effects of executive functioning. *Revista de Neurologia*, 66, 127-132.
- CIE-10. (2000). *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionada con la Salud*. Obtenido de <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- Coryell, W. (Agosto de 2018). *Trastorno ciclotímico*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastorno-ciclot%C3%ADmico?query=ciclotimia>
- Higuera, V. (1 de Agosto de 2021). *Depresión: Todo lo que debes saber*. Obtenido de healthline: <https://www.healthline.com/health/es/depression>
- Ibáñez Aldaco , A., Barraza Macías, A., & González Bañales, D. (2019). Depresión y rendimiento académico en los alumnos del Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Durango. *Dialnet*, 11(20), 36-44. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6951588>
- LeMoult, J., & Gotlib, I. (2019). Depression: A cognitive perspective. *Clinical Psychology Review*, 69.
- Martínez, P., Jiménez Molina, Á., Mac Ginty, S., Martínez, V., & Rojas, G. (Diciembre de 2021). Salud mental en estudiantes de educación superior en Chile: una revisión de alcance con meta-análisis. *Terapia psicológica*, 39(3). (U. d. Chile, Ed.) Santiago, Chile. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082021000300405>
- Maurer, D., Raymond, T., & Bethany, D. (2018). Depression: screening and diagnosis. *American family physician*, 98(8), 508-515.
- Mestanza, M. (16 de Enero de 2019). *Depresion informacion para pacientes*. Obtenido de Portal guia de salud: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_424\\_Dep\\_Adult\\_paciente.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_424_Dep_Adult_paciente.pdf)
- Odriozola, V. N. (3 de Abril de 2018). *Trastorno Depresivo*. Obtenido de Clinic Barcelona: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastorno-depresivo>
- Peña, L., Mejía Martínez, k., Ruíz Chow , Á., Monsiváis Ríos, R., & Monsiváis Ríos, C. (2019). Escala de síntomas cognitivos en depresión. *Archivos de Neurociencias*, 24(4), 12-22.

Pérez, M. (15 de Octubre de 2021). *Conducta*. Obtenido de conceptdefinicion: <https://conceptdefinicion.de/conducta/>

Secundino Guadarrama, G. (06 de 12 de 2018). *Síntomas de Depresión y Pensamientos Automáticos Asociados a La Ideación Suicida en Estudiantes del Nivel Medio Superior*. (U. A. México, Ed.) Obtenido de UAEM Repositorio Institucional: <http://hdl.handle.net/20.500.11799/99332>

Teffen, A., Nübel, J., Jacobi, F., Bätzing, J., & Holstiege, J. (2020). Mental and somatic comorbidity of depression: a comprehensive cross sectional analysis of 202 diagnosis groups using German nationwide ambulatory claims data. *BMC Psychiatry*, 20, 1-15.

# ANEXOS

## **ANEXO 1: HISTORIA CLÍNICA**

### **HISTORIA CLINICA #1**

#### **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombres: J.J.B.A

Edad: 21 AÑOS

Lugar y fecha de nacimiento: Babahoyo 21 de julio 2001

Género: Masculino

Estado civil: Soltero

Religión: Agnóstico

Instrucción: cursando universidad

Ocupación: Estudiante

Dirección: Frente al colegio Emigio Esparza Teléfono: 0939434349

Remitente: Recomendación de un amigo

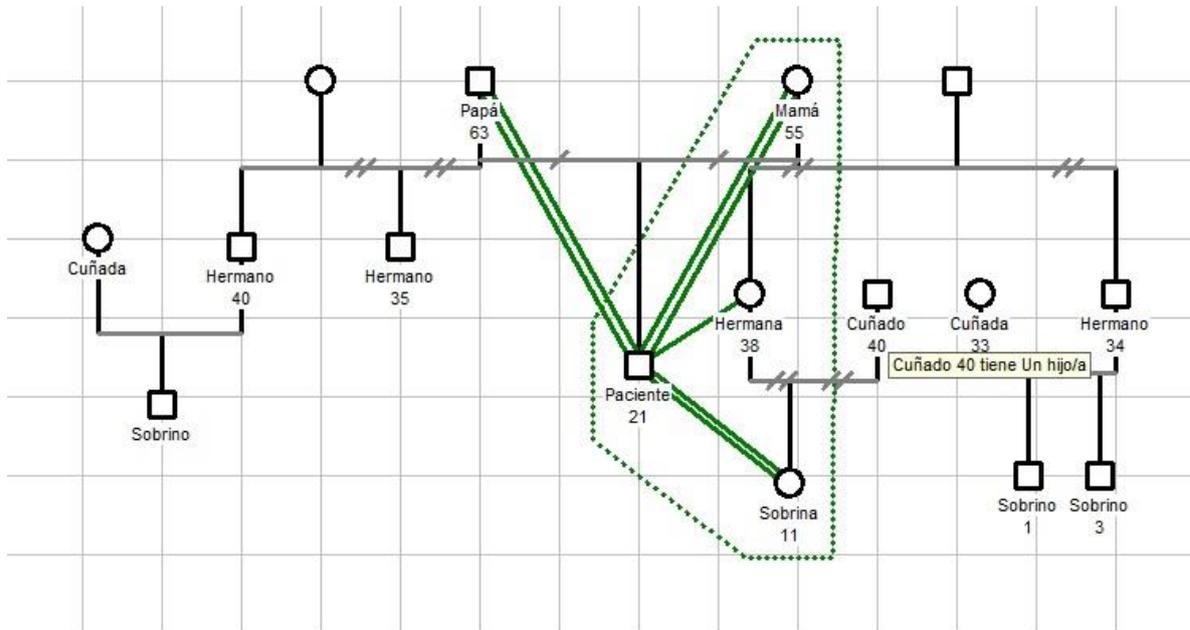
#### **2. MOTIVO DE CONSULTA**

El paciente de 21 años asiste a consulta por voluntad propia porque manifiesta sentirse mal, tristeza, se siente frustrado, insomnio.

#### **3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL**

Paciente de 21 años, etnia mestiza, contextura delgada, vestimenta de acuerdo a su género, refiere a consulta por voluntad propia y menciona “Nunca eh visitado a un psicólogo, esta es mi primera vez, me siento un poco nervioso”, “Me siento mal. Bueno principalmente me he sentido triste, desanimado y a veces enojado porque siento que nada me sale bien, mientras más sigo intentando cosas, me siguen saliendo mal y me frustro, me pongo enojado conmigo mismo pero después de unas horas se me pasa”, también menciona el acontecimiento, “Si me acuerdo de una que sucedió como hace 2 meses, estaba en el gimnasio y se me cayó un disco en la caminadora, pensé que ya se dañó y me tocaría pagar por él, me siento un inútil y que todo me sale mal. En ese momento no sabía qué hacer y dije que siempre me pasa algo malo, que no puedo hacer nada bien, llego el dueño y en ese momento pensé que me iba a gritar pero no lo hizo solo me pregunto y yo le agachaba la mirada. Después de que paso, me senté a pensar que aseguro pensaban que yo soy un tonto o que pensaban mal de mí, en toda la noche me sentí mal y sin ganas de que fuera el día siguiente, esa noche me dormí a las 2 de la mañana porque estuve pensando en lo mismo que había pasado, ya ni ganas de ir al gimnasio me dan”, los síntomas se han estado manifestando desde el último incidente, pero el paciente menciona que siempre hay temporadas que se pone triste, y esto le pasa desde que estaba en el colegio. También manifiesta “Hay veces que no puedo dormir bien por estar pensando, por la mañanas me despierto sin ganas de levantarme de la cama, me siento triste y de repente me dan ganas de llorar o me siento enojado”, “siempre que me siento así no me gusta hablar con nadie, no quiero hablar y quisiera solo estar en mi cuarto”, “todo me sale mal como la vez del gimnasio, ese día estaba con una chica también aseguro pensó que soy un “bobaso” o algo así, ese día enserio me sentí mal y bajoneado”, se le pregunto cómo se sintió después de que soluciono el problema “bueno me sentí un poco mejor, pero igualmente me sentía así, me sentía inútil y que no podía hacer nada bien” También manifiesta “no sé qué esperar en el futuro, después de graduarme de la universidad no sé qué hacer”. Menciona que últimamente tiene dificultades en concentrarse, a veces no quiere hablar con nadie o solo se aleja de las personas.

#### 4. ANTECEDENTES FAMILIARES



#### 5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL



#### 6. HISTORIA PERSONAL

##### 6.1. ANAMNESIS

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

El paciente manifiesta que su madre le comentó que su embarazo no fue planeado pero sí deseado, es hijo único, su madre llevó durante los 8 meses el control y cuidado en su embarazo, sin complicaciones y nació por cesárea, dejó la lactancia materna al cumplir un año, el equilibrio y movilidad fue estimulada pero sin complicaciones, tuvo un lenguaje comprensivo desde los 3 años de edad y presentó el control de esfínter a partir de los 3 años, manifiesta no haber tenido enfermedades en su niñez.

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

Menciona que últimamente tiene dificultades en concentrarse, a veces no quiere hablar con nadie o solo se aleja de las personas.

**6.3. HISTORIA LABORAL**

El paciente manifiesta que no labura actualmente por las clases

**6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL**

Le cuesta un poco socializar y establecer empatía con las personas

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

En su tiempo libre le gusta escuchar música, jugar play station o ver series. Antes solía ir al gimnasio, pero actualmente perdió el interés.

**6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD**

El paciente manifiesta que si siente interés por el sexo, que lo hace casualmente, también expresa que está interesado en una chica pero se siente confundido.

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

Consume café en las mañanas y en las noches ocasionalmente y el consumo de alcohol de misma manera, en cuanto al uso de drogas solo una vez fumo marihuana pero no le llamo la atención.

**6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO**

No presenta una alteración significativa en la alimentación. Tiene dificultades para conciliar el sueño, posee insomnio.

**6.9. HISTORIA MÉDICA**

No ha presentado alguna enfermedad grave o de algún accidente.

**6.10. HISTORIA LEGAL**

El paciente manifiesta que no tiene problemas legales

**6.11. PROYECTO DE VIDA**

Tiene como objetivo graduarse e la universidad pero de allí en adelante no sabe qué hacer

**7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL**

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

Vestimenta de acuerdo a su género, contextura delgada, etnia mestiza, actitud colaborativa, lenguaje de acuerdo a la situación, nervioso, desvió de mirada, rostro con ojeras

**7.2. ORIENTACIÓN**

El paciente se muestra orientado en tiempo y espacio.

**7.3. ATENCIÓN**

Tiene atención focalizada.

**7.4. MEMORIA**

Memoria a largo plazo y buena retentiva.

**7.5. INTELIGENCIA**

Coficiente intelectual de acorde a su edad. Inteligencia media

**7.6. PENSAMIENTO**

Pensamiento

### **7.7. LENGUAJE**

Tiene un lenguaje comprensivo, coherente y con secuencia pero con un tono de voz bajo en ocasiones.

### **7.8. PSICOMOTRICIDAD**

Tienen buena psicomotricidad.

### **7.9. SENSO PERCEPCION**

El paciente no presenta problemas en su percepción ni en sus sentidos

### **7.10. AFECTIVIDAD**

El paciente muestra muestra triste y mediante su discurso se pueden encontrar una labilidad emocional, se puede sentir triste por la mañana y después feliz o simplemente no decaído emocionalmente por la tarde y vuelve a recaer si piensa mucho por la noche.

### **7.11. JUICIO DE REALIDAD**

El paciente se muestra consciente de los acontecimientos de su vida y de lo que le está pasando.

### **7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD**

Posee conciencia de la situación que le está ocasionando su malestar emocional

### **7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS**

No presento ideas suicidas

## **8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS Y RESULTADOS**

Inventario de depresión de Beck: 18 Depresion leve

Escala de riesgo suicida de Plutchik: 5 no presenta riesgo suicida

Escala de autoestima Rosenberg: 25 autoestima baja

## **9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO**

<b>Función</b>	<b>Signos y síntomas</b>	<b>Síndrome</b>
Cognitivo:	Pensamientos negativos, autocrítica falta de concentración	Depresión
Afectivo:	Tristeza, labilidad emocional, desanimo, enojo, frustración, desesperanza hacia su futuro, baja autoestima	
Conducta social - escolar	Aislamiento, anhedonia	
Somática	Dificultad para conciliar el sueño	

**9.1. Factores predisponentes:** evita contacto con otras personas, perspectiva negativa sobre él, los demás y el futuro, aparición involuntaria de recuerdos que provocan emociones de culpa y tristeza.

**9.2. Evento precipitante:** Incidente en el gimnasio

**9.3. Tiempo de evolución:** 2 meses

## 10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

F32.1 Episodio depresivo moderado

## 11. PRONÓSTICO

Posee conciencia de enfermedad y por consiguiente tiene un pronóstico favorable porque se muestra colaborativo

## 12. RECOMENDACIONES

Se recomienda que el paciente continúe asistiendo a terapia

## 13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Numero de sesiones	Fecha	Resultados obtenidos
<b>Cognitivo-Afectivo:</b> Episodio depresivo	Brindarle información al paciente de la psicopatología presentada	Psicoeducación	5	11/06/2022	El paciente adquirió conocimiento sobre la depresión y sus síntomas a su vez explicar del plan terapéutico que se empleara en las sesiones.
Pensamiento automático negativo "Todo me sale mal"	Enseñar a identificar los pensamientos automáticos negativos y que evidencias tiene que lo respalde	Examinando evidencias		18/06/2022	El paciente logró identificar su pensamiento negativo y se trabajó sobre el mismo mostrando las evidencias en contra y a favor pensamiento.
Tristeza, labilidad emocional, desanimo, enojo, desesperanza hacia su futuro	El objetivo es que el paciente pueda identificar los pensamientos que están generan su malestar emocional	Explicar cómo los Pensamientos crean Sentimientos		02/07/2022	A través de esta técnica el paciente logró identificar los pensamientos que le generan sus sentimientos.
Baja autoestima "Me siento inútil"	Identificar y modificar el pensamiento que genera baja autoestima en el paciente para que tenga un pensamiento alterno	Descenso Vertical		09/07/2022	Se pretende identificar y modificar la creencia que genera el baja autoestima
	Lograr que el paciente identifique sus	Diferenciando hechos, pensamientos			Se pretende que el paciente aprenda a diferenciar los hechos,

	pensamientos o proceso cognitivo con la finalidad de tener pensamientos alternos	y sentimientos		16/07/2022	lo que piensa y los sentimientos
<b>Conductual:</b> Conducta de evitación y desinterés en desarrollar actividades que antes disfrutaba.	Que el paciente logre retomar las actividades que había abandonado y que vuelva a sentir placer y satisfacción en su realización	Programación de actividades	1	23/07/2022	Se pretende que el paciente cumpla las actividades escritas en la actividad y que retome su interés en desarrollar las mismas.
<b>Somático:</b> Insomnio	Que el paciente logre tener un estado de relajación para que pueda dormir y Regular hábitos del sueño	Técnica de relajación pasiva	1	18/06/2022	Mediante el uso de esta técnica el paciente consiguió un estado de relajación y siguiendo las recomendaciones logró mejorar su calidad de sueño.

**ANEXO 2: FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA**  
**FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA**  
**MODELO DE REPORTE DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA**

**Nombre:** J.J.B.A  
años

**Sexo:** Masculino

**Edad:** 22

**Lugar y fecha de nacimiento:** Babahoyo 29/7/2001

**Instrucción:** Cursando universidad

**Tiempo de observación:** 25 minutos

**Hora de inicio:** 11:00 am

**Hora final:** 11:25 am

**Fecha:** sábado 4 de junio del 2022

**Tipo de observación:** Observación clínica

**Nombre del observador (a):** Renato Burbano

**II: DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN:**

**2.1 DESCRIPCIÓN FÍSICA Y VESTIMENTA**

El paciente es de contextura delgada, 1.78 metros aproximadamente, etnia mestiza, vestimenta de acuerdo a su género, ubicado en tiempo y espacio, ojeras en su rostro

**2.2 DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA**

El paciente es colaborador y cordial, aunque denota nerviosismo, movimiento continuo de piernas al inicio y mirada que mostraba decaimiento, menciona eventos de su vida de forma fluida y comprensiva, lenguaje expresivo.

**III: COMENTARIO:**

Ninguno.

### ANEXO 3: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK



BDI 

Identificación ..... Fecha 12/06/22 .....

8.	<input type="radio"/> No me considero peor que cualquier otro. <input checked="" type="radio"/> Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores. <input type="radio"/> Continuamente me culpo por mis faltas. <input type="radio"/> Me culpo por todo lo malo que sucede.
9.	<input checked="" type="radio"/> No tengo ningún pensamiento de suicidio. <input type="radio"/> A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería. <input type="radio"/> Desearía suicidarme. <input type="radio"/> Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10.	<input checked="" type="radio"/> No lloro más de lo que solía. <input type="radio"/> Ahora lloro más que antes. <input type="radio"/> Lloro continuamente. <input type="radio"/> Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11.	<input type="radio"/> No estoy más irritado de lo normal en mí. <input checked="" type="radio"/> Me molesto o irrito más fácilmente que antes. <input type="radio"/> Me siento irritado continuamente. <input type="radio"/> No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12.	<input type="radio"/> No he perdido el interés por los demás. <input checked="" type="radio"/> Estoy menos interesado en los demás que antes. <input type="radio"/> He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. <input type="radio"/> He perdido todo el interés por los demás.
13.	<input type="radio"/> Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. <input checked="" type="radio"/> Evito tomar decisiones más que antes. <input type="radio"/> Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. <input type="radio"/> Ya me es imposible tomar decisiones.
14.	<input type="radio"/> No creo tener peor aspecto que antes. <input checked="" type="radio"/> Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo. <input type="radio"/> Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo <input type="radio"/> Creo que tengo un aspecto horrible.

Identificación ..... Fecha 18/05/22 .....

*En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.*

1.  No me siento triste.  
 Me siento triste.  
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.  
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2.  No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.  
 Me siento desanimado respecto al futuro.  
 Siento que no tengo que esperar nada.  
 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3.  No me siento fracasado.  
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.  
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.  
 Me siento una persona totalmente fracasada.
4.  Las cosas me satisfacen tanto como antes.  
 No disfruto de las cosas tanto como antes.  
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.  
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.  No me siento especialmente culpable.  
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.  
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.  
 Me siento culpable constantemente.
6.  No creo que esté siendo castigado.  
 Me siento como si fuese a ser castigado.  
 Espero ser castigado.  
 Siento que estoy siendo castigado.
7.  No estoy decepcionado de mí mismo.  
 Estoy decepcionado de mí mismo.  
 Me da vergüenza de mí mismo.  
 Me detesto.

Identificación ..... Fecha 12/05/22 .....

- 15.  Trabajo igual que antes.  
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.  
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.  
 No puedo hacer nada en absoluto.
- 16.  Duermo tan bien como siempre.  
 No duermo tan bien como antes.  
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.  
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 17.  No me siento más cansado de lo normal.  
 Me canso más fácilmente que antes.  
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.  
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18.  Mi apetito no ha disminuido.  
 No tengo tan buen apetito como antes.  
 Ahora tengo mucho menos apetito.  
 He perdido completamente el apetito.
- 19.  Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.  
 He perdido más de 2 kilos y medio.  
 He perdido más de 4 kilos.  
 He perdido más de 7 kilos.  

Estoy a dieta para adelgazar: SI  NO
- 20.  No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.  
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.  
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.  
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
- 21.  No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo  
 Estoy menos interesado por el sexo que antes  
 Estoy mucho menos interesado por el sexo  
 He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL:

18

## ANEXO 4: ESCALA DE RIEGO SUICIDA DE PLUTICH

### 6.6. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

*Instrucciones:* Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SÍ	<del>NO</del>
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	<del>SÍ</del>	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SÍ	<del>NO</del>
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SÍ	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	<del>SÍ</del>	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	<del>SÍ</del>	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	<del>SÍ</del>	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SÍ	<del>NO</del>
9. ¿Está deprimido/a ahora?	<del>SÍ</del>	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SÍ	<del>NO</del>
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SÍ	<del>NO</del>
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SÍ	<del>NO</del>
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SÍ	<del>NO</del>
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SÍ	<del>NO</del>
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SÍ	<del>NO</del>

## ANEXO 5: ESCALA DE AUTOESTIMA ROSENBERG

### ESCALA DE AUTOESTIMA ROSENBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

A. Muy de acuerdo

B. De acuerdo

C. En desacuerdo

D. Muy en desacuerdo

ENUNCIADOS	A	B	C	D
Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.		X		
Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.		X		
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.		X		
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo /a.		X		
En general estoy satisfecho /a de mí mismo /a.			X	
Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso /a.		X		
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado /a.		X		
Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.			X	
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.		X		
A veces creo que no soy buena persona.			X	