



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 PSICÓLOGA CLÍNICO

PROBLEMA:

REPERCUSIÓN DE LOS CONFLICTOS FAMILIARES EN LA DEPRESIÓN DE UNA
PACIENTE DE 29 AÑOS EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.

AUTOR:

GONZALEZ VERA KATHERINE FERNANDA

TUTOR:

MSC. ARREAGA QUINDE ANDRES

BABAHOYO – ECUADOR

2022



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



INDICE

RESUMEN	I
Palabras Clave	I
ABSTRACT	II
Keywords.....	II
introducción	1
desarrollo	2
Justificación	2
Objetivo	2
SUSTENTO TEÓRICO	3
Conflictos familiares.	3
Tipos de conflictos familiares	4
Comunicación familiar	5
Comunicación familiar y sus beneficios.....	5
Definición de la depresión.....	6
Factores de riesgo para el desarrollo de depresión	6
Prevalencia.....	7
F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	8
Modelo de la depresión de la Terapia Cognitiva Conductual.	9
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	11
Observación clínica	11
Registro de historia clínica	11
Batería psicométrica	11
RESULTADOS OBTENIDOS.....	13
Sesiones	13



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



Situaciones detectadas (Hallazgos)	15
Soluciones planteadas.....	18
CONCLUSIONES.....	20
RECOMENDACIONES	22
Bibliografía.....	23
ANEXOS	24
Anexos A. Historia clínica.....	24
Anexo B. ERI	30
Anexos C. HDRS.....	34
Anexos D. BDI-II.....	36
Anexos E. MMSE.....	40

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios para el CIE-10 para el diagnóstico del F32.2.....	8
Tabla 2. Esquema terapéutico.....	16



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



RESUMEN

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento. Supone una de las patologías más frecuentes en atención primaria y es la primera causa de atención psiquiátrica y de discapacidad derivada de problemas mentales. Aparece con más frecuencia en mujeres y en personas menores de 45 años.

El tratamiento con psicofármacos y/o psicoterapia, consiguen, en la mayoría de los casos, aliviar parcialmente o en su totalidad los síntomas. Una vez se han superado los síntomas de la depresión, convendrá seguir bajo tratamiento antidepressivo el tiempo necesario para evitar posibles recaídas. En algunos casos, el tratamiento deberá prolongarse de por vida.

Es normal tener conflictos y problemas con personas con las que convivimos diariamente. Los problemas familiares son algo relativamente común y fáciles de identificar. Sin embargo, es importante aprender a resolverlos puesto que pueden desencadenar en discusiones familiares graves si no se trata adecuadamente. Existen muchos tipos de conflictos familiares: entre hermanos, padres e hijos, problemas en el matrimonio...y todos ellos merecen ser definidos y analizados con especial atención.

Palabras Clave

Depresión, conflictos, violencia, familia, tratamiento.



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



Depression is a mental disorder fundamentally characterized by a low mood and feelings of sadness, associated with changes in behavior, activity level and thought. It is one of the most frequent pathologies in Primary Care and is the first cause of psychiatric care and disability derived from mental problems. It appears more often in women and in people under 45 years of age.

Treatment with psychopharmaceuticals and/or psychotherapy achieve, in most cases, partial or total relief of symptoms. Once the symptoms of depression have been overcome, it is advisable to continue under antidepressant treatment for as long as necessary to avoid possible relapses. In some cases, the treatment will have to be prolonged for life.

It is normal to have conflicts and problems with people with whom we live daily. Family problems are relatively common and easy to identify. However, it is important to learn how to resolve them as they can lead to serious family arguments if not treated properly. There are many types of family conflicts: between siblings, parents and children, marriage problems... and all of them deserve to be defined and analyzed with special attention.

Keywords

Depression, conflicts, violence, family, treatment.



INTRODUCCIÓN

Los conflictos familiares son interacciones necesarias para la familia, son situaciones inherentes al sistema y producto de la convivencia, lo cual es común que existan debido a que los integrantes de familia difieren en lo que dicen, como se comportan, en lo que piensan o creen.

Para la realización del estudio de caso se llevó a cabo en base a la línea de investigación de: Prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico y la sublínea de investigación de: Diagnóstico psicopatológico y psicoterapias individuales y/o grupales. Lo que se investigó para la realización del caso fue, la repercusión de los conflictos familiares en la depresión de una paciente de 29 años en la ciudad de Guayaquil, en el cual es necesario saber los factores predisponentes que promueven la presencia de los conflictos familiares, también es necesario conocer la manifestación de la depresión dentro del contexto familiar.

El caso estudiado muestra síntomas de depresión, por lo cual se requiere una revisión bibliográfica de la relación de la familia como factor de protección o de riesgo en el desarrollo del trastorno depresivo, para determinar el pronóstico de evolución del paciente, porque es importante conocer y justificar la categorización de la familia como red de apoyo o indicador de riesgo, y las cualidades que la caracterizan como tal.

Se realiza el caso con la finalidad de brindar una atención de calidad al paciente y adquirir experiencia en el dominio de la intervención psicológica en trastornos de depresión, habilidades que serán de gran utilidad para la práctica profesional, debido a que en la actualidad el Ecuador ha pasado por varios acontecimientos sociales, de salud, económicos y políticos, en consecuencia, se evidencia un aumento de trastornos del estado de ánimo como la depresión.

Para la realización del estudio de caso se vio necesario realizar entrevistas psicológicas, en las cuales se utilizaron recursos como historia clínica, modelos de intervención psicológica para la depresión, revisiones bibliográficas sobre la terapia cognitiva conductual y la aplicación de pruebas psicométricas. A continuación, se podrá observar todo el desarrollo realizado en el caso; justificación, objetivo, sustento teórico, técnicas aplicadas, resultados obtenidos, sesiones, situaciones detectadas, soluciones planteadas, conclusión, bibliografía y anexos.



DESARROLLO

Justificación

La temática la repercusión de los conflictos familiares en la depresión de una paciente de 29 años en la ciudad de Guayaquil, es una problemática que no solo afecta a la familia como tal, esta también puede repercutir a nivel social o comunitario, la prevalencia de la depresión en contextos familiares disfuncionales, afectan en gran manera en la adultez provocando síntomas cognitivos como dificultad para prestar atención o recordar cosas, síntomas emocionales como tristeza profunda y anhedonia, síntomas conductuales como aislamiento.

Al momento de realizar la parte práctica del estudio de manera consecuente se el paciente de 29 años con síntomas depresivos se vio beneficiado debido al proceso psicológico que experimentó, cabe hacer mención que su familia también se vio beneficiada de manera indirecta quienes observaron mejoría en él, así como también se observó un cambio comportamental el cual involucraba la evitación a formar parte de los conflictos familiares que no eran necesarios de afrontar. Lo trascendente del estudio de esta problemática, es el aporte teórico que generan los resultados obtenidos del caso, así como también la efectividad del esquema psicoterapéutico planteado para el tratamiento del paciente de 29 años de la ciudad de Guayaquil, cabe mencionar que como aporte practico se plantea el desarrollo de habilidades para la evaluación psicodiagnósticos específica para medir rasgos clínicos de depresión.

La realización del caso fue factible ya que el paciente mostro colaboración y adherencia al tratamiento psicológico, otro factor importante fue el apoyo y compromiso que demostró la familia con el tratamiento, cabe mencionar que existió factibilidad económica, ya que en ninguna intervención fue necesario realizar gastos económicos para llevar a cabo la evaluación y el tratamiento.

Objetivo

Determinar la repercusión de los conflictos familiares en la depresión de una paciente de 29 años en la ciudad de Guayaquil.



SUSTENTO TEÓRICO

Conflictos familiares.

A lo largo de la historia familiar, siempre se podrá observar adversidades las cuales sus integrantes han afrontado, muchas de estas adversidades son consecuencia de sus dificultades para convivir. Según Lacasa (2018), “Consideramos conflictos familiares aquellos desencuentros y disfunciones en el funcionamiento de las familias, tanto en la toma de decisiones mientras dura la relación, como en la implementación de las medidas adoptadas al disolverse la pareja” (p. 8). Hay que considerar no necesariamente son dañinos para la familia, los desafíos que plantean estos conflictos son los que fomentan habilidades de afrontamiento.

Siempre y cuando los conflictos sean solucionados por la familia de manera asertiva y saludable, en caso de no ser posible es recomendable la intervención de un profesional con competencia en el área, ya que implementar técnicas de resolución de conflictos es imperativo en la intervención. “La mayoría de los conflictos familiares no atienden a aspectos legales sino sociales/emocionales: no encajan adecuadamente en las categorías que enumeran las leyes, en puridad son supuestos de -litigiosidad impropia-” (Lauroba Lacasa, 2018, p. 9).

Es común la participación de las creencias familiares como base de formación en el pensamiento crítico de los infantes, la cual es transmitida por los adultos del contexto familiar, al pasar el tiempo. Según Tenenbaum (2018), “La lealtad y la solidaridad que se pierden con las relaciones sociales del hogar se sustituyen, parcialmente, con las relaciones de pares en la calle” (p. 339). Los miembros más jóvenes buscan relacionarse con otras personas fuera del sistema familiar, este es una de varias causas que generan conflictos, ya que el conocimiento del hogar discrepa con la perspectiva del mundo.

En general los conflictos familiares pueden diferenciarse dependiendo de la cantidad de implicados en el conflicto; unilaterales que es cuando una sola persona tiene una disputa o molestia con otro miembro de la familia, bilaterales cuando existe la participación de otra persona y esta también tiene una molestia, y multilaterales, en su mayoría es cuando todos los integrantes están involucrados en la disputa y desean obtener algo (Tenenbaum 2018).

Inestabilidad y preocupación son características o indicadores emocionales que aparecen en los conflictos emocionales, en su gran mayoría los conflictos familiares no



provocan conductas violentas en la familia, pero si es un determinante o factor que provoca malestar en sus miembros, en retrospectiva los seres humanos viven constantemente con conflictos ya sea provocados por otros o por si mismos, de igual manera los conflictos familiares son inherentes a la familia (Tenenbaum 2018).

Tipos de conflictos familiares

Como tal la conceptualización del término familia abarca conceptos como relaciones filiales. Carmona et al. (2019), “la familia como primer agente de socialización es donde se debe garantizar el derecho a la educación, la salud, y al bienestar psicológico y social de la infancia y adolescencia, así como asegurar su desarrollo integral” (p. 323). Esto no significa que la familia debería ser libre de conflictos.

Por ende, los conflictos familiares son inherentes a ella, pero para la resolución de los mismo es necesaria la cooperación de sus miembros, por ejemplo, establecer un horario de llegada al hogar puede generar malestar en alguno de sus miembros, si no es expuesto como conflicto, no se llegará a ninguna resolución y por consecuencia seguirá causando malestar al afectado. “Una buena convivencia y socialización depende de una buena composición familiar, la cual debe tener argumentos sólidos y bases de formación para influenciar positivamente a sus hijos cuando se relacionan con otras personas y establecen procesos de socialización” (Bolaños y Stuart, 2019, p. 141). Aunque no se define categorías específicas para tipificar los conflictos, podemos plantear los siguientes como los más comunes:

Según el tipo de relación, en el cual se dependerá de la clase de relación que se tenga entre los integrantes de la familia, estos pueden ser conflictos de pareja, de padres e hijos, entre hermanos, con los adultos mayores. Según el problema, aunque se pueden subdividir en crisis del ciclo vital, externas, de estructura y de atención pueden presentarse varias al mismo tiempo, al momento de resolver un conflicto se debe identificar el motivo de este, es por eso por lo que los conflictos como tales no son negativos, se recomienda desarrollar estrategias para el manejo de estos conflictos, los cuales pueden ser:

1. Desarrollar escucha activa.
2. Tener cuidado con el tono de voz al momento de hablar.
3. Permitir la participación de los involucrados.



4. Expresar el afecto.
5. Buscar el momento y lugar adecuado.

Comunicación familiar

Desde una postura ideológica se puede plantear a la comunicación social como una red que vincula las emociones entre los miembros de la familia, aunque el concepto como tal se enfoca al desarrollo infantil refiriendo que la comunicación ayuda a fomentar autoestima, autoconcepto saludable y buenos vínculos sociales. Según Garcés et al. (2020):

La comunicación familiar y pedagógica influye en la victimización y los comportamientos agresivos de los adolescentes en la escuela. La evidencia empírica nos permite inferir que la comunicación familiar ofensiva es un factor de riesgo de la violencia escolar; esto a diferencia de la comunicación abierta de los padres y profesores con los adolescentes escolarizados, que sirve como factor protector para disminuir o prevenir dicha violencia. (p. 84)

Comunicar las emociones y los pensamientos construyen una base sólida y fuerte desde la infancia, los padres deben cumplir con el rol de guía, para direccionar a los niños al desarrollo de habilidades para la vida, gestos y empatía deben ir en conjunto de las palabras, las finalidades que trata de alcanzar la comunicación familiar es hacer que los miembros de la familia se sientan queridos y protegidos, valorados, sentir seguridad, apoyo incondicional, generar la confianza para comunicar, desarrollar inteligencia emocional para la gestión emocional.

Comunicación familiar y sus beneficios

Promueve la capacidad de saber conversar con los niños, generando respeto no temor, sin desvalorizarlos, esto fomenta la construcción de una estrecha relación entre padres e hijos, esto repercutirá en el desarrollo evolutivo del niño, provocando que en el futuro se observe un adulto seguro de sí mismo, responsable, con facilidad para expresarse, que genere confianza y con seguridad para poner sobre la mesa su criterio u opinión.

Una estrategia factible para la mejora de la comunicación con los niños es mediante los juegos o actividades recreativas, ya que generan un ambiente de confort para ellos, donde se establece una perspectiva en la que el criterio del niño es válido y debe ser tomado en cuenta,



otros beneficios en general para el adulto es que disminuye los niveles de angustia por preocupación, identificando a la familia como una red de apoyo y no como un estresor del cual se tratar de resolver.

Definición de la depresión.

Siendo una de las enfermedades mas comunes con respecto a los trastornos mentales, caracterizandose por su gravedad y el efecto inmovilizador que provoca en quien la padece, el sintoma característico de esta es la tristeza profunda, pero esto no significa que cualquiera que padezca depresión tendrá los mismos síntomas, según la persona varía la gravedad, frecuencia y duración. Alfonseca y Fernández (2020):

la depresión constituye un cuadro clínico muy complejo, e involucra manifestaciones en una gran variedad de áreas psicológicas y somáticas. Se encubre en síntomas físicos y malestares diversos, lo cual genera consultas repetidas, exámenes y tratamientos inadecuados, que elevan el costo de la atención médica y el deterioro de la calidad de vida de estas personas. (p. 424)

a tener en cuenta que la depresión no se debe percibir como debilidad y esta se puede presentar de varias maneras. “la depresión unipolar es la pérdida del interés por las actividades cotidianas mientras que la depresión bipolar genera en el paciente altibajos emocionales” (Soriano Silva, 2022, p. 5). Otro aspecto que también se puede observar en la depresión son síntomas definidos como típicos que se pueden observar como llanto, poco apetito, fatiga, descanso excesivo, así como también síntomas denominados atípicos, como, aumento de apetito, poco descanso o incluso denotar felicidad excesiva.

Factores de riesgo para el desarrollo de depresión

Existen varios factores que predisponen tanto a la adquisición de la patología como a su prevalencia y gravedad, estos factores pueden estar relacionados en la persona a nivel individual, familiar, biológico y social, por ende, el trastorno interfiere con el desempeño de cada una de estas actividades.

Generalmente se consideran algunos factores biológicos, psicológicos y ambientales, algunos de ellos son más notables antes de que se presente la depresión y son los que de



otra manera preparan el camino para que aflore la depresión se los conoce como factores de riesgo o vulnerabilidad. (Soriano Silva, 2022, p. 4)

Con respecto a la genética como factor de riesgo, se evidencia que la enfermedad a nivel genético actúa en conjunto a factores ambientales o algún otro de riesgo. La familia tal como puede ser un factor protector, es muy común observar que es todo lo contrario, como abusos físicos, sexuales, abandono o rechazo. A nivel individual podemos observar que muestran predisposición personas violentadas. A nivel biológico los trastornos depresivos muestran una alta comorbilidad con otras enfermedades, una de tanta fisiológicas como el cáncer, VIH, diabetes o trastornos mentales como psicosis o trastornos de ansiedad.

Prevalencia.

A lo largo de la historia se han realizado extensos estudios epidemiológicos sobre el trastorno de depresión, todos concuerdan que es un problema con altas estadísticas de prevalencia, por ende esta enfermedad se puntúa a nivel mundial como la segunda enfermedad con mayor prevalencia. Ellis et al. (2020):

La depresión es una alteración primaria del estado de ánimo caracterizada por abatimiento emocional que afecta todos los aspectos de la vida del individuo. Es una enfermedad médica mayor, con alta morbilidad, mortalidad e impacto económico. Afecta a 400 millones de personas en el mundo. El 14 % de la población mundial sufre algún tipo de depresión, pero solo 3 % recibe asistencia. Las cifras de prevalencia se sitúan entre 8 y 17,1 %. Es la segunda causa de discapacidad en las mujeres, quienes experimentan síntomas depresivos dos veces más que los hombres, en la etapa entre la menarquía y la menopausia. (p. 4)

Por ende se plantea necesario un aumento exponencial en intervenciones para el tratamiento de trastornos depresivos, la escasa acción de salud pública del Ecuador a largo plazo incide en pérdidas humanas y económicas, debido a que la depresión no solo puntúa como la segunda enfermedad con mayor prevalencia, sino que también como una discapacidad, inmovilizando de sus actividades cotidianas a quien lo padece y al respecto de pérdidas humanas, según evidencia científica los trastornos depresivos inciden en ideaciones o conductas suicidas.



F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Se caracteriza por síntomas típicos de la depresión como la baja autoestima, ideación de auto-reproche y sentimientos de culpa por hechos sucedidos en el pasado, existe la tendencia de observarse síntomas de ideación suicida y conductas auto lesivas, es frecuente la aparición de síntomas somáticos, para establecer el diagnóstico se debe tomar en consideración los criterios diagnósticos planteado en la tabla 1.

Tabla 1

Criterios para el Cie-10 para el diagnóstico del f32.2

A	Cumplir criterios generales del episodio depresivo del F32	1. Durar al menos 2 semanas 2. Sin síntomas hipomaniacos o maniacos. 3. Sin atribución a consumo de sustancias o trastornos mentales orgánicos
B	Tres síntomas del criterio B del F32.0	1. Humor depresivo 2. Perdida de interés o capacidad de disfrutar actividades placenteras 3. Aumento de la fatiga
C	Síntomas adicionales del criterio C del F32.0, al menos ocho en total	1. Pérdida de confianza. 2. Sentimientos no razonables de auto-reproche 3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida. 4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar 5. Cambio en la actividad psicomotriz 6. Cualquier tipo de alteración del sueño. 7. Cambio en el apetito.
D	Ausencia de ideas delirantes, estupor depresivo y alucinaciones	

NOTA. Elaborado a partir de la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10



Modelo de la depresión de la Terapia Cognitiva Conductual.

La Terapia cognitiva conductual o también llamada TCC es uno de los tratamientos psicoterapéuticos recomendados para la intervención de trastornos depresivos, debido a su repertorio de técnicas, además de haber establecido un modelo de funcionamiento de la depresión fundamentado desde la cognición. Según Beck (como se citó en Macías, 2020):

La depresión como una serie de concepciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro; mismas que conllevan a una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información. Entre tales deformaciones se encuentran la sobre generalización, el pensamiento dicotómico, las inferencias arbitrarias, la abstracción selectiva y la personalización. De esta manera, señala Beck, las emociones y conducta típicas de la depresión están determinadas por la forma en que el depresivo percibe la realidad. (p .4)

Por ende, la terapia centraliza su objetivo terapéutico en la modificación de las creencias nucleares “negativas” y en el entrenamiento de identificación de distorsiones cognitivas, proponiendo la propia terapia la búsqueda de la participación del paciente durante todo el tratamiento, es decir, el paciente mejora poniendo de su parte. Según Echeverría (como se citó en Marrioth, 2020):

La depresión se puede afrontar mediante intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y farmacológicas con el fin de lograr el bienestar y la capacidad funcional del individuo, para lo cual se debe incluir técnicas como la psicoeducación, apoyo familiar, coordinaciones con otros profesionales, monitorización del estado de mental y físico. La elección del tratamiento dependerá del estado clínico y de otros factores como la historia que lo llevo dicha etapa, de la disponibilidad de tratamientos, la preferencia del paciente y la capacidad de apoyo. Para afrontar la depresión de manera acertada es importante la intervención de diferentes actores como la institución educativa, la familia, el sujeto e intervención de Organismo de la salud. (p. 8)

Cabe mencionar que el enfoque de la TCC, aunque centralice la cognición como promotor de la conducta, el tratamiento o mejor dicho las técnicas de intervención no solo se limitan a esa dimensión, la TCC cuenta con técnicas de modificación de conducta, de manejo



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



10

de emociones y de control de estímulos, así como gran adherencia a los entrenamientos de respiración y relajación. El modelo se caracteriza por ser estructurado, centrado en el problema y activo, en general la mayor parte de los tratamientos dura un promedio de 10 a 20 sesiones, y se evidencia una disminución de síntomas a partir de la cuarta o sexta semana de tratamiento, lo que usualmente se realiza con el paciente que desarrolle la capacidad de monitorear y reconocer sus pensamientos automáticos des adaptativos, las emociones, conductas y reacciones somáticas desagradables que surgen a partir de sus creencias.



TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Con la finalidad de realizar el presente estudio de caso, fue necesario llevar a cabo varias consultas psicológicas, las cuales se necesitaron varias técnicas para la intervención, específicamente técnicas específicas para la evaluación de signos y síntomas de depresión y su severidad en el paciente, las técnicas utilizadas fueron observación clínica, registro de historia clínica, aplicación de batería psicométrica, hipótesis clínica, al igual que también se realizó un método descriptivo en la revisión de fuentes bibliográficas.

Observación clínica

Es la base del método clínico el cual el profesional de salud puede realizar el diagnóstico y planificar el método de tratamiento terapéutico, esta se desarrolla en tres etapas, la investigación y el examen mental para registrar la información de la historia psicopatológica, registro de los signos y síntomas hallados, y por último elaborar un esquema terapéutico acorde a los síntomas y el pronóstico del paciente.

Registro de historia clínica

Es una bitácora del paciente donde se registra toda su historia psicológica, en la cual esta subdividida por varios apartados como; datos personales, motivo de consulta, historia del cuadro psicopatológico, historia familiar, topología habitacional, anamnesis, evaluación del estado mental, cuadro de síntomas, tiempo de evolución, evento precipitante, factores predisponentes, diagnóstico presuntivo, pronóstico y recomendaciones.

Batería psicométrica

Se le denomina batería a la combinación de pruebas psicométricas utilizadas para medir una o varias problemáticas de un paciente, en el presente caso se utilizaron pruebas para evaluar el estado mental y la presencia de síntomas de depresión en el paciente, las pruebas utilizadas fueron las siguientes:

Hamilton depresión rating scale (HDRS)

Escala de depresión de Hamilton en español, elaborado por M. Hamilton, la adaptación española fue elaborada por Conde en 1984 en el cual la prueba constaba de 22 ítems, en 1986 fue realizada una actualización de 17 ítems por Ramos y Cordero, la aplicación de la prueba



tiene una duración de aproximadamente 30 minutos, es una prueba de tipo hetero aplicada, mide cuantitativamente la gravedad de los síntomas de depresión en el paciente.

Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Elaborado por los autores Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown y adaptado al español por Jesús Sanz y Carmelo Vázquez en el 2011, está constituido por 21 ítems con una duración en la aplicación entre 5 a 10 minutos, dirigido al área clínica, forense y neuropsicología, test de tipo Likert, para edades entre 13 años a más, su objetivo es medir la severidad de la depresión por medio de los síntomas planteados por el DSM-IV.

Mini mental state examination (MMSE)

Examen cognoscitivo Mini Mental, creado por Marshal F. Folstein, Susan E. Folsteion, Paul R. McHugh y Gary Fanjiang, su aplicación es individual, dirigido a adultos con posible deterioro cognoscitivo, la duración es de aproximadamente 15 minutos, su objetivo es la detectar de manera rápida el deterioro de las funciones cognoscitivas.

Escalas para la evaluación de relaciones intrafamiliares (E.R.I.)

Elaborado a partir de la investigación de Rivera y Padilla en 1992, el E.R.I. es una escala auto aplicable con tres versiones escala larga, intermedia y breve, la finalidad de la prueba es medir la interacción familiar en tres dimensiones:

1. La unión.
2. El apoyo.
3. La percepción de dificultades o conflictos



RESULTADOS OBTENIDOS

Sesiones

Paciente de sexo femenino de 29 años, estudiante de psicología clínica, nacida en Guayaquil el 29 de octubre de 1993, madre soltera, acude a consulta por voluntad propia, la paciente refiere haber tenido conflictos en su hogar los cuales han desencadenado malestar emocional, también refiere la paciente “siento que trato mal a hija por los problemas que tengo en la casa”, en la actualidad la paciente convive con su madre, dos hermanas, en una villa que consta de sala, cocina, comedor, un baño en común, tres cuartos los cuales están distribuidos; uno para la paciente y su hija, otro para sus hermanas y el restante para su madre.

En la intervención con la paciente se llevaron a cabo seis entrevistas que fueron dirigidas cinco a la paciente y una con la madre de la paciente, las sesiones se realizaron una vez por semana a las 11 de la mañana durante el periodo del 12 de marzo hasta 16 de abril del 2022, a continuación, se detallaran las técnicas aplicadas en cada una de las sesiones para la obtención de los resultados:

Primera sesión realizada el 12 de marzo del 2022

En esta sesión, por ser la primera, se organizó puntos a tratar de manera diferente a las demás sesiones, en esta sesión se priorizo establecer un rapport adecuado con la paciente, al inicio de la sesión se realizó el encuadre y el acuerdo de confidencialidad entre paciente y psicóloga, a continuación, se da inicio con la entrevista, en la cual se registró el motivo de consulta, se elaboró la historia psicopatológica, también se registró la historia familiar y la anamnesis, y la evaluación del estado mental de la paciente, para finalizar la sesión se le comunica a la paciente la necesidad de realizar una entrevista con los miembros de su familia y para la siguiente sesión se le aplicara pruebas psicométricas.

Segunda sesión realizada 19 de marzo del 2022

Durante esta sesión se realizó la aplicación de la batería psicométrica para la evaluación de presencia de síntomas de depresión y su severidad, se da inicio la sesión, comentándole los que se realizara durante la sesión, con el objetivo que realice las pruebas con tranquilidad y sin preocupación, una vez estabilizada la paciente se procede con la aplicación del MMSE, seguido del BDI-II, se realizó una pausa de cinco minutos, luego se continuo con la aplicación de la



escala intermedia del E.R.I. y por último se realizó la aplicación del HDRS, para finalizar la sesión se agendo una cita para la siguiente entrevista con la madre de la paciente.

Tercera sesión realizada el 26 de marzo del 2022

En la tercera sesión se entrevista a la madre de la paciente con la finalidad de corroborar la información proporcionada por la paciente y registrar información de la dinámica familiar desde la perspectiva de otro miembro del sistema familiar, la madre de la paciente acude a consulta se inicia la sesión con una entrevista semiestructurada elaborada a partir de la historia clínica de la paciente, se realiza una psico educación con la familiar de paciente sobre redes de apoyo y salud mental, se da por cerrado la sesión acordando con la madre de la paciente que seguirá las recomendaciones en beneficio del tratamiento de la paciente.

Cuarta sesión realizada el 2 de abril del 2022

En la sesión se le explica a la paciente la estructura de la sesión, luego se evalúa su estado de ánimo, luego se le pregunta si le gustaría tratar alguna problemática en específico o si existe alguna novedad a tratar, se le socializa sobre la terapia cognitiva conductual y se procedió trabajar la ideación de suicidio del paciente, se identificaron distorsiones cognitivas de filtraje y sobre generalización, y sentimientos de tristeza profunda mediante las técnicas de inclinación de la balanza contra el suicidio, registro de pensamientos inadecuados (el cual también fue planteado como tarea para la casa) y la limitación de las expresiones de disforia, luego se dio el cierre de sesión.

Quinta sesión realizada el 9 de abril del 2022

Durante la quinta sesión al igual que la sesión anterior se le socializa los temas a tratar, la paciente decide trabajar un conflicto vivido durante la semana, se procede a realizar contención emocional, luego se revisa la tarea y se la vuelve a enviar, luego se trabajan los sentimientos de culpa y el déficit de habilidades sociales con técnica de retribución y role playing.

Sexta sesión realizada el 16 de abril del 2022

Al inicio de la sesión se le comunica a la paciente que esta será la última sesión, a su evolución y pronóstico favorable, se evalúa su estado de ánimo, se le solicita que realice un resumen de todo lo aprendido hasta la sesión actual, se revisa la tarea y que identifique los



cambios vividos durante las seis semanas de tratamiento se vuelve a trabajar la ideación suicida con la técnica de inclinación de la balanza contra el suicidio y el role playing para el desarrollo de habilidades sociales, se felicita y agradece a la paciente, se finaliza la sesión.

Situaciones detectadas (Hallazgos)

Paciente de 29 años de edad de sexo femenino acercándose a la consulta psicológica por voluntad propia me manifiesta que hace varios meses atrás ha venido teniendo “conflictos en su hogar y esto ha provocado en ella ciertos desordenes emocionales” , y a la vez esto le preocupa ya que siente que todos estos problemas o conflictos que está teniendo en el hogar influye en “el trato que tiene con su hija que es una menor de 4 años de edad”, me informa que se separó hace un año atrás y es por eso que ahora convive en casa de su madre y sus dos hermanas una de 23 años y la otra de 10 años de edad.

La paciente también me supo informar que hace unos meses atrás “habría practicado por dos ocasiones el cutting en los brazos”, porque no sabía cómo desahogar el dolor que tenía, ya que con la madre ella discute muy feo haciendo énfasis que existe mucha “agresividad” entre ellas, que no se llevan bien y que a su vez quisiera ella mejor la relación con su madre y poder controlar sus emociones. Paciente presenta hace varios meses atrás muchas molestias, ya que no puede dormir, pasa siempre pensando en el cómo salir de la casa de su madre e irse a vivir sola con su hija provocando esto en ella, mucho estrés, poco apetito, irritabilidad, últimamente se ha alejado mucho sus otros familiares, trata de estar casi todo el día encerrado y no tener contacto con su mama a esto también agrega que presenta muchos dolores de cabeza y últimamente solo pasa triste y llorando.

En la historia psicopatológica se registra que la paciente presenta hace ocho meses malestar, se identifica como evento precipitante la separación del padre de su hija y el cambio de residencia con la familia materna de la paciente, como factores predisponentes se observa la interacción con la madre es conflictiva. En la evaluación estado mental se puede observar En el aspecto personal paciente limpia, bien peinada, postura normal mostrando tranquilidad, no hubo movimientos en sus manos durante la entrevista, tono de voz bajo. biotipo endomorfo, posee una buena actitud, es de etnia mestiza, se observa a la paciente orientada en tiempo y espacio,



se observa alteración en la atención: inatención, amnesia anterógrada, sin alteración en el pensamiento, lenguaje, psicomotricidad y sensopercepción, se observa estado afectivo distímico, sentimientos de culpa y tristeza profunda, alteración del sueño, es consciente de la enfermedad, ideación suicida e intento de abusos sexuales durante la infancia.

Con respecto a los resultados de las pruebas psicométricas, el MMSE no denota deterioro en las funciones cognitivas, en las escalas del BDI-II y HRDS refieren puntuaciones de síntomas depresivos de gravedad grave y el E.R.I. refiere que el sistema familiar es severamente conflictivo. En base a estos resultados se logra clasificar los síntomas en cada una de las áreas a las que afectan:

Área cognitiva

En el área cognitiva se puede identificar las siguiente alteraciones o síntomas; inatención, ideación suicida, dificultar para recordar (se le olvida donde deja las cosas), perspectiva negativa de sí mismo, distorsiones cognitivas de filtraje y sobre generalización, baja tolerancia a la frustración.

Área emocional

En el área emocional se puede identificar las siguiente alteraciones o síntomas; tristeza profunda, sentimientos de culpabilidad, irritabilidad, anhedonia, abulia, sentimientos de soledad, labilidad emocional.

Área somática

En el área somática se puede identificar las siguiente alteraciones o síntomas; dificultad para conciliar el sueño, dificultad para sostener el sueño, dificultad para mantener el sueño, cefaleas.

Área conductual

En el área conductual se puede identificar las siguiente alteraciones o síntomas; aislamiento, falta de control de impulsos, conductas agresivas, llanto profundo, conductas auto lesivas e intentos suicidas.

Al momento de realizar el diagnostico presuntivo se analizó cuidadosamente el cuadro de síntomas presentados por el paciente, así como el tiempo de evolución, los factores predisponentes y el evento precipitante, en base al cumplimiento de los criterios diagnósticos



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



17

del manual de clasificación internación de enfermedades décima edición (CIE-10) se determinó el diagnóstico del paciente.

La evolución del pronóstico se lo cataloga como no favorable, debido al ambiente de conflicto constante en el hogar que vive la paciente incide en el aumento de la severidad de los síntomas, por ende, se le recomienda a la paciente realizar:

1. tratamiento psicológico individual,
2. tratamiento psicoterapéutico familiar
3. realizar actividades recreativas y placenteras como deporte o salir al cine.



Soluciones planteadas

Con la finalidad de dar solución a los problemas hallados en cada una de las sesiones se entrenó al paciente en las técnicas presentadas en la tabla 2, en el cual se utilizaron técnicas cognitivas, emocionales, conductuales y de modificación de procesos fisiológicos, al escoger las técnicas se tomó en consideración plantear meta terapéutica para cada problemática y acorde a la meta se realizó la selección de la técnica.

Tabla 2

esquema terapéutico

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Ideación suicida	Lograr la desaparición de pensamientos o recuerdos relacionados con el suicidio como solución del malestar	Inclinación de la balanza entorno al suicidio	2	2 y 16 de abril del 2022	La paciente logro modificar su creencia nuclear sobre el suicidio es el alivio de su malestar,
Sentimientos de culpa	Lograr que el paciente atribuya de manera objetiva las causas de los conflictos o situaciones de su vida cotidiana	Técnica de retribución	1	9 de abril del 2022	El paciente tiene la capacidad de modificar su locus control
Tristeza profunda	Disminuir la prevalencia de la tristeza limitando su expresión ya sea en pensamiento o conductas	Limitaciones de las expresiones de disforia	1	2 de abril del 2022	Se observa que la paciente se permite sentir la emoción de tristeza por un momento, luego realiza una pausa y continua con



				sus actividades	
Carencia en habilidades de afrontamiento “conflictos familiares” “respuestas agresivas”	Crear nuevas estrategias de afrontamientos ante los conflictos familiares que vive la paciente	Role playing	2	9 y 16 de abril del 2022	Se observa que aun la paciente tiene dificultades para mantener la calma, pero ahora escucha y recaba información sobre la problemática para responder
Distorsiones cognitivas “filtraje y Sobre generalización”	Identificar las distorsiones cognitivas en los pensamientos automáticos y proponer nuevas alternativas	Tarea para la casa: registro de pensamientos inadecuados	3	2, 9 y 16 de abril del 2022	Se observa que la paciente cumple con la actividad y registra pensamientos a diario

NOTA. Elaborado a partir de los problemas del paciente presentados en el caso.



CONCLUSIONES

Paciente del caso padecía de un trastorno depresivo consecuencia de los constantes conflictos vividos en su hogar, la incapacidad de resolver conflictos de manera asertiva y las revictimizaciones contribuían al mantenimiento del trastorno, dentro del sistema familiar se normalizó la enfermedad, es decir para los miembros de la familia era común discutir en hora de almuerzo, en la noche, o por las mañanas, empleando insultos, discriminándose, entre otros tipos de violencias verbal y psicológica

En el caso se puede evidenciar la congruencia con el sustento teórico la carencia de una buena convivencia influye negativamente en los miembros de la familia, siendo la comunicación agresiva que promueve la victimización y las conductas agresivas, en el caso de la paciente las discusiones y los insultos la mantenían en un estado de frecuente tristeza y enojo, volviéndola irritable, y con incapacidad de tolerar a su hija, en consecuencia, la paciente aplicaba castigos que no eran justificados.

Como menciona Beck, en los procesos cognitivos de la paciente se observaba instalada la triada cognitiva, ya que se percibía de manera negativa a sí misma, al mundo y su futuro, los cuales generaban una serie de pensamiento automáticos contaminados de distorsiones cognitivas como filtraje y sobre generalización. Causando que la paciente sea incapaz de sobrellevar las situaciones conflictivas y termine revictimizándose constantemente.

En la elaboración del estudio de caso se logró alcanzar mejoría en el paciente con el esquema terapéutico realizado, en el cual se hallan los siguientes indicadores; predisposición de la paciente, adherencia al tratamiento, apoyo familiar y planificación terapéutica, los cuales actuaron en pro a la mejoría de la paciente, por ende, se entiende que los factores mencionados incidieron en la adherencia al tratamiento por parte del paciente.

Otro de los logros alcanzados fue el desarrollo de habilidades de evaluación clínica y tratamiento psicoterapéutico, habilidades como; establecer empatía con el paciente, realizar preguntas cerradas y abiertas, realizar contención emocional, elaborar un plan terapéutico y poner en práctica la observación clínica, cabe mencionar que toda intervención psicológica deberá planificarse, preparar los instrumentos necesarios y específicos para el abordaje de la



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



21

paciente, en base a la evidencia presentada en el caso, el conocimiento sobre la problemática es necesaria para establecer el cuadro de síntomas que presenta el paciente.

Es satisfactorio manifestar el cumplimiento con el objetivo planteado en el caso, determinar la repercusión de los conflictos familiares en la depresión de una paciente de 29 años en la ciudad de Guayaquil, se concluye que la mayor repercusión de los conflictos en la paciente no solo era la aparición del trastornos, sino también su prevalencia y gravedad, ya que los conflictos eran constantes, no daban tiempo para que la paciente reflexione y desarrolle tolerancia o resiliencia, los problemas generaban malestar emocional constantemente, generando como consecuencia que la paciente desarrollando hábitos desadaptativos como la revictimización e impulsividad, repercutiendo en su relación con su hija de 4 de años.

Como criterio personal, el conocer sobre el caso me sensibilizo como mujer y madre, ayudo a darme cuenta que lo que sucede alrededor de las personas de manera habitual deja de ser bueno o malo, solo es “normal”, las personas llegan a normalizar las situaciones no saludable, como hipótesis pueden ser, primera desconocimiento de que el hecho este mal, y dos conocer que el hecho este mal pero no saber qué hacer al respecto, y en esta segunda incita a las personas a observar y copiar conductas, muchas de estas conductas suelen ser desadaptativas, y usualmente se copian dentro del sistema familiar, es decir, una familia saludable garantiza el desarrollo emocional saludable en sus miembros, caso contrario solo lo perjudicara aún más.



RECOMENDACIONES

Para futuras investigaciones se recomienda realizar una evaluación psicométrica enfocada en roles, ciclo vital y dinámica familiar, para determinar indicadores específicos que promuevan la aparición de la depresión y a su determinar los causales de porque se desarrolló en unos y no en otros, a su vez también se recomienda evaluar la efectividad de la intervención psiquiátrica, y hasta qué punto los pacientes perciben como beneficioso la psicoterapia y la farmacoterapia.



BIBLIOGRAFÍA

- Alfonseca Guerra, M., & Fernández Olazábal, P. (2020). Índice de depresión y de inhabilidad social del Rorschach en adultos con trastornos depresivos. *Humanidades Médicas*, 20(2), 421-440.
- Bolaños, D., & Stuart Rivero, A. (2019). La familia y su influencia en la convivencia escolar. *Revista Universidad y Sociedad*, 11(5), 140-146.
- Carmona Santiago, J., García Ruíz, M., Máiquez, M., & Rodrigo, M. (2019). El Impacto de las Relaciones entre la Familia y la Escuela en la Inclusión Educativa de Alumnos de Etnia Gitana. Una Revisión Sistemática. *REMIE*, 9(3), 319-348. doi:10.447/remie.2019.4666
- Ellis Yard, M., Abreu Terry, M., & Sánchez Sarduy, M. (2020). La depresión como consecuencia del acoso psicológico laboral. *Mediciego*, 26(4), 1-21.
- Garcés Prettel, M., Santoya Montes, Y., & Jiménez Osorio, J. (2020). influencia de la comunicación familiar y pedagógica en la violencia escolar. *Revista Científica de Educomunicación*, 28(63), 77-86.
- Lauroba Lacasa, E. (2018). Instrumentos para una gestión constructiva de los conflictos familiares: mediación, derecho colaborativo, arbitraje ¿y...? *InDret*, 4(1), 2-69.
- Macías Andrade, J. (2020). Depresión y su efecto en las relaciones intrafamiliares de un adolescente de 15 años. *Examen Complexivo*. Universidad Técnica de Babahoyo, Babahoyo.
- Marrioth Laje, C. (2020). Depresión y su influencia en el rendimiento académico de un estudiante. *Examen Complexivo*. Universidad Técnica de Babahoyo, Babahoyo.
- Soriano Silva, I. (2022). Depresión postparto y su incidencia en la conducta de una mujer de 29 años de edad de la ciudad de Colimes de la Provincia del Guayas. *Examen Complexivo*. Universidad Técnica de Babahoyo, Babahoyo.
- Tenenbaum Ewig, G. (2018). Delincuencia juvenil, violencia familiar y mercado de trabajo. Las configuraciones de los descuidos familiares en los adolescentes en conflicto con la ley de la Ciudad de México. *Estudios sociológicos*, 36(107), 335-360. doi:10.24201/es.2018v36n107.1590



ANEXOS

Anexos A. Historia clínica

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _ Fecha:

1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombres: Edad: 29 AÑOS

Lugar y fecha de nacimiento: Guayaquil – Guayas 29 de octubre del 1993

Género: femenino Estado civil: soltera Religión: católica Instrucción: tercer nivel

Ocupación: estudiante de psicología clínica Dirección: Guayacanes

Teléfono: ----- Remitente: voluntad propia

2. **MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente de 29 años de edad de sexo femenino acercándose a la consulta psicológica por voluntad propia me manifiesta que hace varios meses atrás ha venido teniendo “conflictos en su hogar y esto ha provocado en ella ciertos desordenes emocionales” , y a la vez esto le preocupa ya que siente que todos estos problemas o conflictos que está teniendo en el hogar influye en “el trato que tiene con su hija que es una menor de 4 años de edad”, me informa que se separo hace un año atrás y es por eso que ahora convive en casa de su madre y sus dos hermanas una de 23 años y la otra de 10 años de edad.

La paciente también me supo informar que hace unos meses atrás “abría practicado por dos ocasiones el cutting en los brazos”, porque no sabia como desahogar el dolor que tenía, ya que con la madre ella discute muy feo haciendo énfasis que existe mucha “agresividad” entre ellas, que no se llevan bien y que a su vez quisiera ella mejor la relación con su madre y poder controlar sus emociones.



3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

Paciente presenta hace varios meses atrás muchas molestias, ya que no puede dormir, pasa siempre pensando en el cómo salir de la casa de su madre e irse a vivir sola con su hija provocando esto en ella, mucho estrés, poco apetito, irritabilidad, últimamente se ha alejado mucho sus otros familiares, trata de estar casi todo el día encerrado y no tener contacto con su mama a esto también agrega que presenta muchos dolores de cabeza y últimamente solo pasa triste y llorando.

4.3. ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS FAMILIARES

En su núcleo familiar no presentan ningún antecedente psicopatológico hasta el momento.

5. TOPOLOGIA HABITACIONAL

Esta constituida por dos habitaciones, una sala, un comedor, dos baños.

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

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

Control de embarazo de su madre se los realizo todos mes a mes, el parto fue normal, pero con un poco de complicación ya que se estaba pasando de los días, embarazo no planificado, pero si deseado siendo la primera de 2 hermanas, la lactancia fue hasta los 9 meses de edad, comenzó a controlar los esfínteres al primer año, desarrollo psicomotor y de aprendizaje fue normal, comenzando con autonomía al 1 año y medio de edad, no presentó ninguna complicación con su salud.

6.2. ESCOLARIDAD

(Adaptabilidad, rendimiento, relación con padres y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

Desde el año y medio de edad comenzó a tener una buena relación con su entorno, siempre sociable independiente. En su rendimiento académico tenia problemas ya que era muy hiperactiva lo cual nunca copiaba los deberes, sacaba bajas calificaciones lo que conllevó a que estuviera con un psicopedagogo por 3 años. y así cuando ya entro al colegio y tuvo ese cambio mejoro mucho sus calificaciones quedando entre las mejores alumnas y por el momento se sigue manteniendo en sus estudios con buenas calificaciones y siendo responsable , en el proceso de



sus estudios tuvo dos cambios de escuela ya que tenia problemas con la primera docente , y su segundo cambio fue porque le tocaba cambiarse de ciudad por motivos de trabajo de su padre , donde fue aquí que se reflejo un total cambio en sus calificaciones y responsabilidad en los estudios . la relación con su padre es muy buena, pero con su madre no.

6.3. HISTORIA LABORAL

Trabajo desde los 18 años siendo ella la dueña de su propio negocio que era vender postres en la universidad para sus compañeros la U.

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

Se considera sociable tiene un grupo amigas.

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

En su tiempo ocio le gusta ver documentales sobre asesinos en serie, le gusta mucho ir al cine, practicar básquet y le interesa mucho la psicología forense.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

Siempre a tenido una mejor relación con su padre, a raíz de caso se distanciaron un poco pero no dejan de tener una buena relación, la paciente supo hacer énfasis que lo extraña mucho ya que casi no lo ve porque vive en otra ciudad. la relación con su madre nunca ha sido buena, pero desde hace unos 5 meses para acá esta peor que antes existe muchos conflictos entre ellas. En los psicosexual su primera vez fue a los 18 años y fue con su consentimiento actualmente si esta activa sexualmente tiene su pareja desde hace 8 meses atrás es una relación estable.

6.7. HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros) No tiene ningún habito.

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

poco apetito y duerme mucho menos de lo habitual.

6.9. HISTORIA MÉDICA

Va muy poco al médico, se hace chequeos generales una vez al año. Solo tiene una cirugía que es una cesárea, no tienen ningún tipo de alergia a ningún medicamento.

6.10. HISTORIA LEGAL

No tiene ningún proceso legal.

6.11. PROYECTO DE VIDA



Terminar su carrera universitaria y poder viajar a México a realizar un Ph en Psicología Forense, ser una buena madre, darle un hogar estable a su hija comprarle una casa, ayudar a toda su familia.

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

En el aspecto personal paciente limpia, bien peinada. En el lenguaje verbal pude observar miradas fijamente hacia mi mostrando confianza y seguridad al momento de su discurso, postura normal mostrando tranquilidad y comida, no hubo movimientos en sus manos durante la entrevista, tono de voz bajo mostrando un poco de tristeza. biotipo endomorfo siendo así que este tipo de somatotipos nos da como características Son muy sociable por naturaleza, divertido, relajado y bonachón. Les encanta la comida y por lo general proporcionan una gran compañía. Posee una buena actitud, es de etnia mestiza y tiene un lenguaje bueno, coherente.

7.2. ORIENTACIÓN

Heterosexual.

7.3. ATENCIÓN

Posee una buena atención.

7.4. MEMORIA

tiene buena memoria.

7.5. INTELIGENCIA

Facultad buena que le permite aprender, entender, razonar, toma de decisiones dentro de lo normal.

7.6. PENSAMIENTO

Pensamiento analítico y creativo. mostrándose en la entrevista coherente con la realidad.

7.7. LENGUAJE

Lenguaje coherente.

7.8. PSICOMOTRICIDAD

Psicomotricidad fina y gruesa buena.



7.9. SENSOPERCEPCION

Buena percepción captando todo de manera normal.

7.10. AFECTIVIDAD

Dentro de la parte afectividad paciente relata que constantemente tiene muchos conflictos con mama porque tienen muchas diferencias, lleva una buena relación con el papa y con sus hermanas tiene una relación buena dentro de lo normal, con su hija tiene una buena relación y con su pareja actual también lleva una buena relación no hay maltrato ni físico ni verbal.

7.11. JUICIO DE REALIDAD

Buena capacidad para procesar la realidad y adquirir conciencia de ella.

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Esta consciente.

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

Hechos psicotraumaticos cuando tenia 11 años de edad un primo de ella quiso abusar sexualmente mientras dormía, pero no hubo penetración solo la toco, cuando tenía 15 años volvió a pasar lo mismo, pero con un tío de ella solo la toco ambos familiares eran de mucha confianza en las dos ocasiones ella se levanto de la cama a buscar a sus padres, pero nunca les comunico lo que había pasado, igual ellos nunca mas intentaron hacerle algo. Hace 4 meses atrás 2 veces pensó en quitarse la vida por los conflictos que lleva con su mama ya que las discusiones son muy fuertes aclarando que no existen maltrato físico solo verbal. ideas suicidas si a tenido en dos ocasiones hace 7 meses atrás queriéndose cortar las venas.

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

Se le aplicaron dos pruebas psicométricas que son El Inventario de Ansiedad de Beck dando un puntaje de 34 puntos dando resultado a una ansiedad moderada. y el

El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II) con una puntuación de 36 dando a conocer una depresión grave.

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Síntomas y signos

Síndrome



Cognitivo	Atención dentro de normal, escasa dificultad en la toma de decisiones.	Trastorno Depresivo
Afectivo	Tristeza , ansiedad , irritabilidad , mal humor, soledad , culpabilidad , llanto continuo , baja autoestima	
Pensamiento	ideas suicidad , falta de placer , culpa inapropiada	
Conducta social – Escolar	Aislamiento de sus familiares , grupo muy pequeño de amigos.	
Somática	Escaso apetito , insomnio , cefaleas , aumento de peso , problemas estomacales , disminución del libido , fatiga	

9.1. Factores predisponentes:

Cada que conversa o esta cerca de la mama se siente mal.

9.2. Evento precipitante:

Separación con el padre de su hija donde le toco ir a vivir otra vez a casa de su madre.

9.3. Tiempo de evolución:

8 meses.

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

Como diagnostico estructural tenemos F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

11. PRONÓSTICO

Favorable, puesto que la paciente a pesar de sentirse agobiada, estresada posee una actitud buena en la quiere mejor su salud mental y seguir adelante.

12. RECOMENDACIONES

Es necesario intervención psicoterapéutica, para trabajar con el área activa y intervención psiquiátrica.



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



Anexo B. ERI

Enma Huedo y Andrés Palao

ANEXOS

**ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES
INTRAFAMILIARES (E.R.I.)**

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN
 Ayúdanos a conocer cómo funcionan las familias en México, con base en la experiencia y opinión que tienes sobre tu propia familia. La información que te proporcionamos será estrictamente confidencial. Recuerda que lo importante es conocer TU punto de vista. Trata de ser lo más sincero y espontáneo posible. Gracias por tu colaboración.

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con TU FAMILIA. Indica cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecua a la forma de actuar de tu familia, basándote en la siguiente escala:

TA = 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO
 A = 4 = DE ACUERDO
 N = 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO)
 D = 2 = EN DESACUERDO
 TD = 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES		TA	A	N	D	TD
<i>Versión larga hasta el número 56 y versión intermedia hasta el número 37</i>						
1	En mi familia hablamos con franqueza.	5	4	3	2	1
2	Nuestra familia no hace las cosas junta.	5	4	3	2	1
3	Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista.	5	4	3	2	1
4	Hay muchos malos sentimientos en la familia.	5	4	3	2	1
5	Los miembros de la familia acostumbran hacer cosas juntos.	5	4	3	2	1
6	En casa acostumbramos expresar nuestras ideas.	5	4	3	2	1
7	Me avergüenza mostrar mis emociones frente a la familia.	5	4	3	2	1
8	En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones.	5	4	3	2	1
9	Frecuentemente tengo que adivinar sobre qué piensan los otros miembros de la familia o sobre cómo se sienten.	5	4	3	2	1

[26]



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



Uaricha Revista de Psicología, 14, 13-20 (2005)

EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES		TA	A	N	D	TD
Versión larga hasta el reactivo 36 y versión intermedia hasta el reactivo 37						
10	Somos una familia cariñosa.	5	4	3	2	1
11	Mi familia me escucha.	5	4	3	2	1
12	Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia.	5	4	3	2	1
13	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	5	4	3	2	1
14	En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.	5	4	3	2	1
15	En nuestra familia hay un sentimiento de unión.	5	4	3	2	1
16	En mi familia, yo me siento libre de expresar mis opiniones.	5	4	3	2	1
17	La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable.	5	4	3	2	1
18	Los miembros de la familia nos sentimos libres de decir lo que traemos en mente.	5	4	3	2	1
19	Generalmente nos desquitamos con la misma persona de la familia cuando algo sale mal.	5	4	3	2	1
20	Mi familia es cálida y nos brinda apoyo.	5	4	3	2	1
21	Cada miembro de la familia aporta algo en las decisiones familiares importantes.	5	4	3	2	1
22	Encuentro difícil expresar mis opiniones en la familia.	5	4	3	2	1
23	En nuestra familia a cada quien le es fácil expresar su opinión.	5	4	3	2	1
24	Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.	5	4	3	2	1
25	Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.	5	4	3	2	1
26	Nosotros somos francos unos con otros.	5	4	3	2	1
27	Es difícil saber cuáles son las reglas que se siguen en nuestra familia.	5	4	3	2	1
28	En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas.	5	4	3	2	1
29	Los miembros de la familia no son muy receptivos para los puntos de vista de los demás.	5	4	3	2	1
30	Los miembros de la familia de verdad nos ayudan y apoyamos unos a otros.	5	4	3	2	1



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



Rivero Nímula y Andrade Tobo

EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES		TA	A	N	D	TD
Versión larga hasta el reactivo 56 y versión intermedia hasta el reactivo 37						
31	En mi familia, yo puedo expresar cualquier sentimiento que tenga.	5	3	3	2	1
32	Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.	5	4	3	2	1
33	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones.	5	3	3	2	1
34	Si las reglas se rompen no sabemos que esperar.	5	4	3	2	1
35	Las comidas en mi casa, usualmente son arrigables y placenteras.	5	3	3	2	1
36	En mi familia nos decimos las cosas abiertamente.	5	4	3	2	1
37	Muchas veces los miembros de la familia se callan sus sentimientos para ellos mismos	5	4	3	2	1
38	Nos contamos nuestros problemas unos a otros.	5	4	3	2	1
39	Generalmente cuando surge un problema cada miembro de la familia confía solo en sí mismo.	5	4	3	2	1
40	Mi familia tiene todas las cualidades que yo siempre quise en una familia.	5	4	3	2	1
41	En mi familia, yo siento que puedo hablar las cosas y solucionar los problemas.	5	4	3	2	1
42	Nuestra familia no habla de sus problemas.	5	4	3	2	1
43	Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos.	5	4	3	2	1
44	El tomar decisiones es un problema en nuestra familia.	5	4	3	2	1
45	Los miembros de la familia realmente se apoyan.	5	4	3	2	1
46	En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta.	5	4	3	2	1
47	En nuestra familia, cuando alguien se queja otro se molesta.	5	4	3	2	1
48	Si hay algún desacuerdo en la familia, tratamos de suavizar las cosas y de mantener la paz.	5	4	3	2	1
49	Nuestras decisiones no son propias sino que están forzadas por cosas fuera de nuestro control.	5	4	3	2	1
50	La gente de mi familia frecuentemente se disculpa de sus errores.	5	4	3	2	1
51	La disciplina es razonable y justa en nuestra familia.	5	4	3	2	1
52	Los miembros de la familia no concordamos unos con otros al tomar decisiones.	5	4	3	2	1



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



33

Uaricha Revista de Psicología, 14, 11-19 (2005)

EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES					
Versión larga hasta el reactivo 56 y versión intermedia hasta el reactivo 37					
	TA	A	N	D	TD
53	5	4	3	2	1
54	5	4	3	2	1
55	5	4	3	2	1
56	5	4	3	2	1

VERSIÓN BREVE

EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES (12 reactivos)					
	TA	A	N	D	TD
1	5	4	3	2	1
2	5	4	3	2	1
3	5	4	3	2	1
4	5	4	3	2	1
5	5	4	3	2	1
6	5	4	3	2	1
7	5	4	3	2	1
8	5	4	3	2	1
9	5	4	3	2	1
10	5	4	3	2	1
11	5	4	3	2	1
12	5	4	3	2	1



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



Anexos C. HDRS

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Sentimientos de culpa <ul style="list-style-type: none">0 Ausente1 Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente2 Tiene ideas de culpabilidad o medida sobre errores pasados o malas acciones3 Siente que la enfermedad actual es un castigo4 Dye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta ilusiones visuales de amenaza	0 1 2 3 4
Suicidio <ul style="list-style-type: none">0 Ausente1 Le parece que la vida no vale la pena ser vivida2 Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir3 Ideas de suicidio o amenazas4 Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	0 1 2 3 4
Insomnio precoz <ul style="list-style-type: none">0 No tiene dificultad1 Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño2 Dificultad para dormir cada noche	0 1 2
Insomnio intermedio <ul style="list-style-type: none">0 No hay dificultad1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche2 Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	0 1 2
Insomnio tardío <ul style="list-style-type: none">0 No hay dificultad1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir2 No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	0 1 2
Trabajo y actividades <ul style="list-style-type: none">0 No hay dificultad1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)3 Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad4 Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	0 1 2 3 4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora.) <ul style="list-style-type: none">0 Palabra y pensamiento normales1 Ligero retraso en el habla2 Evidente retraso en el habla3 Dificultad para expresarse4 Incapacidad para expresarse	0 1 2 3 4
Agitación psicomotora <ul style="list-style-type: none">0 Ninguna1 Juega con sus dedos2 Juega con sus manos, cabello, etc.3 No puede quedarse quieto ni permanecer sentado4 Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	0 1 2 3 4

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Sentimientos de culpa	0 1 2 3 4
<ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Se culpa a sí mismo, tras haber decepcionado a la gente - Tiene ideas de culpabilidad o tristeza sobre errores pasados o malas acciones - Siente que la enfermedad actual es un castigo - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza 	1
Suicidio	0 1 2 3 4
<ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Le parece que la vida no vale la pena ser vivida - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir - Ideas de suicidio o amenazas - Intentos de suicidio (cualquier intento serio) 	3
Insomnio precoz	0 1 2
<ul style="list-style-type: none"> - No tiene dificultad - Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño - Dificultad para dormir cada noche 	2
Insomnio intermedio	0 1 2
<ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Está desvelado o inquieto o se despierta varias veces durante la noche - Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evasión) 	2
Insomnio tardío	0 1 2
<ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama 	2
Trabajo y actividades	0 1 2 3 4
<ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. 	3
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	0 1 2 3 4
<ul style="list-style-type: none"> - Palabra y pensamiento normales - Ligero retraso en el habla - Evidente retraso en el habla - Dificultad para expresarse - Incapacidad para expresarse 	2
Agitación psicomotora	0 1 2 3 4
<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Juega con sus dedos - Juega con sus manos, cabello, etc. - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios 	3



Anexos D. BDI-II

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

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

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

1. **Tristeza**
0 No me siento triste.
1 Me siento triste gran parte del tiempo.
 2 Me siento triste todo el tiempo.
3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. **Pesimismo**
0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2 No espero que las cosas funcionen para mí.
 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

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

4. **Pérdida de Placer**
0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. **Sentimientos de Culpa**
0 No me siento particularmente culpable.
 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.



- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.
6. **Sentimientos de Castigo**
0 No siento que este siendo castigado.
1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.
7. **Disconformidad con uno mismo.**
0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1 He perdido la confianza en mí mismo.
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
3 No me gusta a mí mismo.
8. **Auto crítica**
0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9. **Pensamientos o Deseos Suicidas**
0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
2 Querría matarme.
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
10. **Llanto**
0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
2 Lloro por cualquier pequeñez.
3 Siento ganas de llorar pero no puedo.
11. **Agitación**
0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
12. **Pérdida de Interés**
0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3 Me es difícil interesarme por algo.
13. **Indecisión**



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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de Energía

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

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1a. 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
3a. 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.
1a. 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
3a. No tengo apetito en absoluto.
3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

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



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

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

Puntaje Total



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



Anexos E. MMSE

ESTUDIOS/PROFESIÓN:		F. NACIMIENTO:	VARÓN / MUJER
OBSERVACIONES:		N.H.º:	EDAD:
MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)			
<p>¿En qué año estamos? 0 - 1</p> <p>¿En qué estación? 0 - 1</p> <p>¿En qué día (fecha)? 0 - 1</p> <p>¿En qué mes? 0 - 1</p> <p>¿En qué día de la semana? 0 - 1</p>			
			5
ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)			
<p>¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0 - 1</p> <p>¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0 - 1</p> <p>¿En qué pueblo (ciudad)? 0 - 1</p> <p>¿En qué provincia estamos? 0 - 1</p> <p>¿En qué país (o nación, autonomía)? 0 - 1</p>			
			5
ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)			
<p>Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.</p> <p>Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Arbol 0-1)</p>		<p>Nº de repeticiones necesarias</p> <p>FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)</p>	
		3	
<p>Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.</p> <p>30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 0 0-1 0 0-1 0 0-1 0 0-1 0 0-1</p>			
			5
ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5)			
<p>Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente</p> <p>Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Arbol 0-1)</p>		<p>RECUERDO diferido(Máx.3)</p>	
		3	
<p>DENOMINACIÓN. Muestre un lápiz o un bolígrafo y pregunte: ¿qué es esto?. Haga lo mismo con un reloj de pulsera.</p> <p>Lápiz 0-1 Reloj 0-1</p> <p>REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni si, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros")</p> <p>ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo"</p> <p>Coje con mano 0-1 Dobla por mitad 0-1 Pone en suelo 0-1</p> <p>LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase</p> <p>ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado)</p> <p>COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección.</p>			
			6
LENGUAJE (Máx.9)			
<p>Puntuaciones de referencia</p> <p>27 ó más = normal</p> <p>24 ó menos = sospecha patológica</p> <p>12-24 = deterioro</p> <p>9-12 = demencia</p>		<p>Puntuación TOTAL (Máx.30puntos)</p>	
		29	