



**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 PSICÓLOGA CLÍNICA**

**PROBLEMA:**

DEPRESIÓN Y SU INCIDENCIA EN EL BAJO RENDIMIENTO ACADÉMICO DE UNA ESTUDIANTE DE 18 AÑOS DEL COLEGIO 23 DE JUNIO EN EL CANTÓN BABA

**AUTOR:**

MOREIRA MOREIRA ÁNGEL JESÚA

**TUTOR:**

LOZANO CHAGUAY SILVIA DEL CARMEN

**BABAHOYO – ECUADOR**

**2022**



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



**INDICE**

RESUMEN .....	I
Palabras Claves.....	I
ABSTRACT .....	II
Keywords.....	II
INTRODUCCION.....	1
DESARROLLO.....	3
Justificación .....	3
OBJETIVO .....	4
SUSTENTO TEÓRICO .....	5
Depresión.....	5
Trastornos depresivo mayor .....	6
F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos .....	8
Bajo rendimiento académico .....	10
Causas del bajo rendimiento académico.....	11
Fracaso escolar .....	12
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	14
Método deductivo .....	14
Observación clínica .....	14
Historia clínica.....	14
Batería psicológica .....	15
RESULTADOS OBTENIDOS.....	16
Sesiones .....	16
Situaciones detectadas (Hallazgos) .....	18
Soluciones planteadas.....	20



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



CONCLUSIONES.....	22
RECOMENDACIONES .....	24
Bibliografía.....	25
Anexos.....	27
Anexo A. Historia Clínica .....	27
Anexo B. BDI-II.....	31
Anexo C. BHS .....	35
Anexo D. ERSP .....	36



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



**RESUMEN**

La depresión es una enfermedad mental que repercusión en el bienestar de las personas, en el presente estudio de caso se pretende, determinar como la incidencia de la depresión repercute en el bajo rendimiento de una estudiante de 18 años del colegio 23 de junio en el cantón Baba, ya que cada emoción es inherente al ser humano, pero cuando existe una frecuencia elevada o una severidad alta, estos malestares inciden no solo a nivel psicológico sino también conductual, por ejemplo, un paciente con un episodio grave de depresión, refleja una respuesta conductual de aislarse y no querer realizar ninguna actividad, muchas veces la falta de conciencia sobre la enfermedad, provoca que los cuidadores cometan errores a la hora de establecer castigo debido a la conducta mostrada sin considerar que esto es provocado por una enfermedad, es decir que el comportamiento no es un actitud desafiante ante la autoridad y las normas, si no es un síntomas, en el cual en paciente de manera indirecta esta pidiendo ayuda, pero estos no son los únicos indicadores de la enfermedad, es común que familiares no sepan como identificar si algún miembro está cursando por depresión, es vital tomar en cuenta lo siguiente, el bajo rendimiento académico, el fracaso escolar, conductas desadaptativas como aislarse, realizar comentarios referentes a la perspectiva negativa de si mismo, el mundo y los demás, comentarios referente a la muerte, es decir a lo largo de la interacción familiar aparecerán muchos indicadores de que el familiar cursa o padece de depresión, la depresión es notoria cuando se la desea observar

**Palabras Claves**

Depresion, bajo rendimiento académico, conductas desadaptativas, tristeza, negativo.



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



Depression is a mental illness that has an impact on the well-being of people, in this case study it is intended to determine how the incidence of depression affects the poor performance of an 18-year-old student from the June 23 school in the Baba canton, since each emotion is inherent to the human being, but when there is a high frequency or a high severity, these discomforts affect not only psychological but also behavioral, for example, a patient with a severe episode of depression, reflects a behavioral response of isolating oneself and not wanting to carry out any activity, many times the lack of awareness about the disease, causes caregivers to make mistakes when establishing punishment due to the behavior shown without considering that this is caused by a disease, that is, that the behavior is not a defiant attitude towards authority and norms, if it is not a symptom, in which the patient is indirectly asking for help, but these are not the only indicators of the disease, it is common that family members do not know how to identify if any member is suffering from depression, it is vital to take into account the following: poor academic performance, school failure, maladaptive behaviors such as isolate themselves, make comments regarding the negative perspective of oneself, the world and others, comments regarding the dead, that is, throughout the family interaction many indicators will appear that the family member has or suffers from depression, depression is conspicuous when you want to look at it

**Keywords**

Depression, poor academic performance, maladaptive behaviors, sadness, negative.



## INTRODUCCION

El estudio de caso que se observara a continuación se sitúa bajo las líneas de investigación de la carrera de psicología clínica: prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico, y la sublínea de investigación de psicoterapias individuales y/o grupales, proporcionadas por la carrera de psicología clínica de la Universidad Técnica de Babahoyo.

La depresión y su incidencia en el bajo rendimiento académico de una estudiante de 18 años del colegio 23 de junio en el cantón baba. Es un tema de interés en el que a lo largo del desarrollo del estudio se logra conceptualizar a la depresión, signos y síntomas, causas, posibles tratamientos, además de la otra variable que incide en el caso, la cual es el bajo rendimiento académico, y como este se ve afectado por la depresión

El motivo por el cual se investiga es debido a que se desea conocer los factores ambientales que inciden en la depresión al igual que si existiese comorbilidad con otros trastornos del estado de ánimo como la ansiedad, la prevalencia de estas enfermedades es una realidad a lo largo de la historia, la depresión como tal suele ser invisibilizada, pero es hecho su existencia y el deterioro que esta genera en varios contextos en especial en los contextos académicos.

Es necesario profundizar los términos de depresión y los aspectos del ámbito escolar tanto en general, como los específicos de la población del caso, para determinar las herramientas adecuada para realizar la evaluación psicológica e identificar el diagnóstico presuntivo del paciente, para acorde a los hallazgos obtenidos en cada una de las sesiones se sugerirá una debida intervención psicoterapéutica acorde a los problemas de la paciente.

El estudio de campo se llevará a cabo bajo acuerdo de confidencialidad con la paciente del caso, en el cual se acordarán realizar 6 sesiones en las que las primeras 3 sesiones serán de



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



2

evaluación psicológica y las otras 3 sesiones serán psicoterapéuticas, se observa la necesidad de utilizar historia clínica, test psicométricos: escala de depresión de Beck, escala de desesperanza de Beck, escala de riesgo suicida de plutchik

A lo largo de la lectura del presente estudio de caso se podrá observar la justificación, sustento teórico, herramientas aplicadas para la obtención de información, resultados obtenidos, situaciones detectadas, y a la conclusión a la que se llegó, además de encontrar las pruebas psicométricas en los anexos.



## **DESARROLLO**

### **Justificación**

La importancia de investigación surge a partir de la prevalencia y frecuencia de la depresión en la adultez, lo que acarrea grandes estragos en el desarrollo académico, social y laboral de quienes lo padecen, en este caso el estudio se centra en la influencia de la depresión en el ámbito académico generando como principal consecuencia el bajo rendimiento escolar, debido a las alteraciones cognitivas que se produce en la paciente, dificultad para concentrarse, carencia de retención, somnolencia, desánimo y otros más..., son los síntomas causantes del bajo rendimiento académico en adultos jóvenes, la necesidad de la prevención es observable, debido a que la enfermedad incapacita a quien la padece, en casos extremos llevándola a la muerte, ya sea por la adherencia con la ideación suicida, o por el descuido de la salud que propicia la depresión.

El estudio beneficio de manera directa al adulto joven de 18 años que acordó realizar las intervenciones psicológicas, sin complicaciones, así como también se vio beneficiada de manera indirecta la familia, debido a que la mejoría del rendimiento académico del adolescente contribuye con la tranquilidad y el equilibrio del sistema familiar, de manera indirecta también se beneficia el autor del estudio de caso, debido a que es necesario realizarlo previo a la obtención del título profesional de psicólogo clínico del Ecuador.

Este estudio trasciende de otros y similares debido a los hallazgos obtenidos a partir de la evaluación y la conducta observable después de cada intervención con las técnicas del enfoque cognitivo conductual, de esta manera para futuras investigaciones se puede emplear como guía de tratamiento el esquema utilizado en el caso, de igual manera será visible las recomendaciones de la investigación las conclusiones, en caso de realizar una réplica del presente estudio.

La realización del estudio fue factible en gran medida debido al espacio físico proporcionado por un colega profesional del sector de la paciente, así como también la





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



4

puntualidad y responsabilidad de la paciente el cual siguió todas las sugerencias terapéuticas realizadas, además que no se tuvo la necesidad de realizar gastos económicos extraordinarios a más de viáticos y útiles escolares (copias, plumas, lápiz y borrador, cuaderno).

**OBJETIVO**

Determinar la incidencia de la depresión en el bajo rendimiento académico de una estudiante de 18 años del colegio 23 de junio en el cantón Baba.



## SUSTENTO TEÓRICO

### *Depresión*

Es una enfermedad que afecta gravemente al estado mental y físico, la cual genera conductas de alejarse de las redes de apoyo, provocando sentimientos de soledad, minusvalía, baja autoestima. “Hay reportes de que la depresión en estudiantes de medicina es significativamente más alta que en la población general, ya que han encontrado síntomas en el 23% de alumnos del primer grado y que estuvieron asociados a bajo rendimiento académico” (Granados et al., 2020, p. 66). La depresión puede llegar a deteriorar no solo de manera interna a la persona, sino también de manera global, afectando su conducta en el ámbito social, laboral y académico. De los Santos y Carmona (2018), “La aparición de episodios de depresión trasciende el ámbito individual (expectativas insatisfechas, componentes biológicos, rasgos de carácter) para insertarse en un factor de riesgo estructural” (p. 16).

En la actualidad es una enfermedad que encabeza las estadísticas de enfermedades debido a la tasa de prevalencia de la enfermedad, siendo que esta es fácil de adquirir debido a las necesidades que se le presentan a cada individuo, en caso de adultos jóvenes se puede observar que existen tasas altas de prevalencias en el ámbito académico debido a nivel de exigencia y a la capacidad de afrontamiento de las que estos carecen.

Otros reportes encontraron entre residentes de medicina familiar, prevalencias de ansiedad de 41% y de depresión de 6.16%, siendo la ansiedad más frecuente en el primer grado; y la depresión, en el segundo. En cuanto al género, se encontró que entre quienes mostraron comorbilidad, poco más de la mitad (54%), fueron mujeres. (Granados et al., 2020, p. 67)

Tomando cuenta lo que menciona el autor anteriormente, aunque las se plantee en primer lugar mayor puntaje de ansiedad, a lo largo del historial médico, se mantiene y predomina la depresión. Granados et al. (2020), “Hay una asociación entre el transcurso de la formación médica y el incremento de la posibilidad de padecer síntomas de ansiedad, depresión y conducta suicida, y que el grado que se cursa tiene una mayor influencia que el género” (p. 71). Esto es debido a que los síntomas de ansiedad son una respuesta a la intensidad de la presión que ejerce la carrera de medicina, en cuanto la depresión desaparece los niveles de ansiedad



disminuye, en el caso de la depresión a menos que no se trabaje el auto concepto del mismo, esta no disminuye mucho menos desaparece.

***Trastornos depresivo mayor***

Cada emoción es inherente al ser humano por ende necesaria, incluso las que no suelen ser del agrado de experimentar, como la tristeza, pero estas emociones ayudan a la adaptación del individuo al medio, permanencia, intensidad y producción de malestar vuelven a una emoción patológica, lo que consecuentemente se genera un trastorno, en caso de la tristeza profunda es la característica del trastorno depresivo mayor. Según Piñar et al. (2020):

es una enfermedad incapacitante, que requiere de un pronto abordaje para evitar que sus síntomas empeoren. Su fisiopatología está explicada por distintas teorías, aunque ninguna de ellas es definitiva, es importante conocerlas para entender su abordaje. El diagnóstico puede presentar un reto para el tratante ya que existen comorbilidades, otras patologías e inclusive medicamentos que pueden entorpecer el correcto diagnóstico. (p. e610)

Para establecer el diagnóstico es necesario un abordaje desde la ciencia de la psiquiatría, pero en la gran parte de los casos, los pacientes suelen buscar profesionales en otras áreas o incluso personas sin formación, con la finalidad de entender y encontrar alivio a su malestar. “El tratamiento de trastorno depresivo mayor busca la remisión de los síntomas y estudios han demostrado que puede ser farmacológico, psicoterapéutico o bien una combinación de ambos; siempre adecuado de manera individual a las necesidades de la persona” (Piñar et al., 2020, p. e610). Se puede mencionar que existen varios factores que inciden en la aparición del trastorno depresivo.

**Tabla 1**

*Factores predisponentes para el TMD*

Factores	Tipo	Conceptualización
Biológicos	Animas biógenas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveles bajos de serotonina</li> <li>• Disminución de la Noradrenalina</li> </ul>



---

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Niveles bajos de dopamina incide en la anhedonia</li></ul>
	Alteraciones de las regulaciones hormonales	Alteración en la hormona somatostatina y CRH, incapacitan a la producción de dopamina y noradrenalina
	Trastornos inflamatorios	Las citosinas inflamatorias producen alteraciones en la plasticidad del cerebro
	Neuroanatomía	El TMD produce alteraciones en el sistema límbico cortical lo cual disminuye la actividad de la amígdala
Factores Genéticos	Herencia familiar	Existe un porcentaje entre el 10 a 25% de herencia directa entre padre e hijo.
	Genes	Existen 200 genes involucrados con el TMD
Factores psicosociales	Situaciones vitales y estrés ambiental	Los eventos que suelen presentarse como factores de riesgos como; Enfermedad médica, enfermedad psiquiátrica, eventos adversos de la vida, rasgos de personalidad, consumo de sustancias, conflictos en la infancia, carencia de

---



estabilidad económica, entre  
 otros...

*NOTA.* Elaborado a partir de la investigación de Piñar et al. (2020).

***F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos***

El trastorno depresivo mayor se puede tipificar según la severidad y recurrencia de este, es de ahí la existencia de los episodios únicos o primerizos y los episodios recurrentes, leves, graves y moderados. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (como se citó en Salazar y Saavedra, 2019):

Es un trastorno del humor caracterizado por un decaimiento del ánimo, anhedonia, fatigabilidad, baja autoestima, sentimientos de culpa, pensamientos suicidas, problemas de concentración, agitación o inhibición psicomotriz, y alteración del sueño y apetito. Este trastorno se clasifica en leve, moderado, o severo, dependiendo de la cantidad de síntomas que la persona presenta en un periodo mínimo de 2 semanas. Además, hay ausencia de síntomas hipomaniacos y maniacos, y el episodio no se atribuye al consumo de sustancias psicoactivas o a algún trastorno mental orgánico. (p. 38)

Existen muchos modelos de intervención para la depresión el TCC es el más recomendado en casos de ED con severidad leve. Macciotta et al. (2020), “En pacientes adultos con episodio depresivo leve en los que se opte por iniciar el manejo con psicoterapia, recomendamos prescribir terapia cognitivo conductual” (p. 539). En cuanto a los ED moderados y graves es recomendable la intervención conjunta entre tratamiento psicoterapéutico y la farmacológico.

***Tabla 2***

*Criterios para el diagnóstico de ED grave sin síntomas psicóticos*

A	Deben cumplirse los criterios generalizados de los episodios depresivos F32	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duración de 2 semanas mínimo.</li> <li>• Sin síntomas hipo o maniacos, lo suficiente para</li> </ul>
---	---	---



---

		cumplir criterios de episodios hipomaniaco o maniaco, en ningún momento de la vida del paciente.
		<ul style="list-style-type: none"><li>• No se atribuye el episodio a trastornos por consumo de sustancias o trastornos mentales orgánicos.</li></ul>
B	Estar presente tres síntomas de los criterios B del F32.0	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Humor depresivo</li><li>2. Pérdida de interés</li><li>3. Disminución de energía</li></ol>
C	Debe existir síntomas del criterio C del F32.0 hasta 8 síntomas en total presentes en el paciente	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pérdida de confianza</li><li>2. Sentimientos de autocrítica</li><li>3. Ideación suicida</li><li>4. Dificultad para pensar o concentrarse</li><li>5. Agitación o enlentecimiento psicomotriz</li><li>6. Alteración en el sueño</li><li>7. Disminución o aumento de peso</li></ol>

---



---

D Ausencia de cuadros psicóticos

---

NOTA. Elaborado a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10)

### ***Bajo rendimiento académico***

Según Zapata et al. (2021), “El rendimiento académico es un concepto amplio que se utiliza para describir el éxito de los estudiantes en la escuela. Depende de factores como las habilidades cognitivas y actitudinales, comportamientos y el logro académico” (p. 566). El bajo rendimiento escolar suele presentarse como el desinterés del estudiante por las actividades académicas y no se observa deseos o placer por aprender.

El bajo rendimiento académico puede darse por varios factores que incidente en la capacidad de aprender, pero en el bajo rendimiento académico el factor específico no es observable. Botero y Jiménez (2019):

Durante la adolescencia, de forma frecuente se observa un bajo rendimiento académico dado el contexto de cambio a nivel de desarrollo, escolar y familiar asociado al momento del ciclo vital. Sin embargo, pese a los cambios existentes, se esperaría un mayor acompañamiento familiar y participación de los padres en el desempeño académico de sus hijos e hijas, situación no observada en la población de estudiantes con bajo rendimiento académico dado que 55.9% de la población presentó disfunción familiar. (p. 487)

A lo largo del tiempo estos factores pueden ocasionar inadaptación escolar, observables en los comportamientos desadaptativos que tiene el estudiante en la institución académica; lagunas o vacíos de aprendizaje lo que les ocasiona muchas dificultades para seguir el ritmo de aprendizaje; y por último el rendimiento, este se ve afectado en gran medida haciendo que el estudiante no explote todo su potencial evitando el desarrollo de sus capacidades cognitivas.

Mejorar la calidad académica y evitar el rezago estudiantil es un tema de interés para todas las universidades, más si se toma en cuenta que entre sus principales funciones está propiciar el conocimiento y fomentar el desarrollo cognitivo en los alumnos con el



fin de prepararlos para ejercer su profesión de manera óptima. (Padua Rodríguez 2019, p. 174)

Repercutiendo en la aparición de malestar emocional los cuales pueden ser estrés, ansiedad y depresión, debido que lo largo de la historia académica el estudiante no desarrollo las habilidades necesarias para resolver problemáticas acordes a su orientación vocacional, en consecuencia, obteniendo resultados desagradables, los cuales repercuten en su autoconcepto y autoestima.

### ***Causas del bajo rendimiento académico***

El bajo rendimiento académico es un hecho multi causal, si bien existen alguna causa más determinante que otra, en la aparición del bajo rendimiento existe la presencia de varias causas, no obstante, esta problemática siempre se vera relacionada con la capacidad intelectual y la otra con la excepcionalidad del estudiante.

Existen dos mecanismos esenciales por los cuales se produce el bajo rendimiento académico: uno, por el hecho de que la capacidad intelectual del estudiante no le permite seguir el ritmo normal de la clase; y el otro, aun cuando la inteligencia del alumno, atención, memoria e interés son normales o superiores. (Ortega et al., 2019, p. 246)

Otras casusas que inciden en el bajo rendimiento académico surgen de manera interpersonal del estudiante. “Es afectado por las estrategias de aprendizaje, intereses, expectativas y motivaciones. Mucha influencia pudiese tener también las causas afectivas o emocionales relacionadas con el funcionamiento familiar, social y personal” (Ortega et al., 2019, p. 246).

Al igual que los factores externos repercuten en gran medida con tanto con el alto y bajo rendimiento escolar, por ejemplo, un estudiante de escasos recursos económico el aprendizaje y desarrollo de habilidades profesionales seria un gran factor motivador, siempre y cuando este tenga como finalidad ganar recursos económicos a base sus conocimientos, en cuanto a alguien que no carece de dinero, esto no haría gran diferencia para su concepción respecto al aprendizaje. “El ámbito familiar es importante el apoyo en la conformación de los hábitos y métodos de estudio, la actitud hacia los aprendizajes y la adecuación del funcionamiento





hogareño, en tanto resulta favorecedora la estabilidad emocional individual para lograr resultados satisfactorios” (Ortega et al., 2019, p. 246). Otros aspectos a tener en cuenta son:

- Metas académicas
- Rasgos de personalidad
- Afrontamiento ante el estrés
- Bienestar psicológico
- Redes de apoyo
- Estilos de pensamientos
- Sistemas de creencias
- Autoconcepto académico

### ***Fracaso escolar***

Se entiende por fracaso escolar a la interrupción de los estudios o desarrollo académico de niños, adolescente o adultos jóvenes, esta problemática surge como una consecuencia del bajo rendimiento escolar, la carencia de elementos que propician el éxito escolar, incide en la prevalencia del fracaso escolar en la población estudiantil. Carrillo et al. (2018):

Elementos y acciones que condicionan el éxito académico: la participación, el estilo educativo, el clima, la inclusión, el nivel educativo o “el efecto compañero”. Todos ellos, elementos que no pertenecen únicamente a una sola esfera, sino que las atraviesan todas. El clima familiar, escolar o de la comunidad tienen efecto en las trayectorias de éxito, como también lo tienen el nivel educativo de las familias, de los maestros y de la población del territorio. (p. 90)

El bajo rendimiento escolar incide en el fracaso escolar cuando el estudiante no logra la competencia académica o el nivel necesario para seguir el ritmo de aprendizaje que lleva la institución educativa, orientando al estudiante al abandono de los estudios incidiendo en su autoconcepción y en el peor de los casos provocando síntomas de alguna patología mental relacionada con el estado de ánimo.



**Tabla 3**

*Causas del fracaso escolar*

Alumno	Entorno	Sistema educativo
<ul style="list-style-type: none"><li>• Motivación del alumno</li><li>• Esfuerzo empleado</li><li>• Percepción de apoyo de los padres</li><li>• Compromiso del estudiante por aprender</li><li>• Problemas de aprendizaje</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estatus económico familiar</li><li>• Cultura</li><li>• Perspectiva del estudiante con su entorno</li><li>• clase social</li><li>• profesión de los cuidadores</li><li>• sistema familiar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gestión de la institución educativa</li><li>• Creencias o percepción referente a los docentes</li><li>• Preparación de los docentes</li><li>• Métodos de enseñanza</li></ul>

*NOTA.* Elaborado por autoría propia.



## **TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Para la formulación del presente caso fue necesario emplear las siguientes herramientas de investigación y valoración psicológica; observación clínica, historia clínica, batería psicológica, método de investigación deductivo, batería psicológica, estas técnicas se utilizaron con la finalidad elaborar el esquema de tratamiento y obtener los resultados del estudio de caso.

### ***Método deductivo***

Es un método de investigación que parte del razonamiento o pensamiento inductivo, se caracteriza por ser de amplias opciones, debido a que sus conclusiones parten de hipótesis surgidas de verdades ya planteadas, por ende, esta no garantiza la exactitud, usualmente es la más utilizada en investigaciones de carácter cualitativo, es parte del método científico cuya finalidad es ampliar el conocimiento que se tiene de las problemáticas.

El método deductivo es una estrategia de razonamiento empleada para deducir conclusiones lógicas a partir de una serie de premisas o principios. En este sentido, es un proceso de pensamiento que va de lo general (leyes o principios) a lo particular (fenómenos o hechos concretos).

### ***Observación clínica***

Es el método mas utilizado por los profesionales de la salud, en el caso del psicólogo lo utiliza para realizar evaluación del estado mental e identificar síntomas de alguna patología relacionada con algún trastorno físico o mental, la utilización de esta técnica depende de los conocimientos en psicopatología del profesional y su capacidad de observación.

### ***Historia clínica***

Es un documento de registro de antecedentes personales, familiar y de la enfermedad del paciente, en psicología es utilizada para registrar el estado mental del paciente, y en muchos casos es utilizado como guía orientativa de entrevista semi-estructurada, debido a su amplio sentido de investigación que tiene en referencia al paciente y al entorno de este, la Historia clínica utilizada en el caso fue proporcionada por la carrera de psicología clínica de la Universidad Técnica de Babahoyo.



### ***Batería psicológica***

Se le denomina así al conjunto de cuestionarios, escalas o dibujos utilizados para medir o evaluar una problemática en específico, por ende, para el presente estudio de caso, se vio la necesidad de emplear escalas que evalúen la presencia de síntomas relacionados con episodios depresivos, su gravedad e intensidad, a continuación, se detalla la ficha técnica de cada una de las pruebas psicológicas empleadas para la evaluación de la paciente del estudio de caso.

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

Compuesto de 21 ítems que indican la presencia de síntomas de tristeza, llanto, pérdida de placer, y otros síntomas que corresponden al diagnóstico de trastornos depresivos del DSM-IV, elaborado por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown en 1996, y la adaptación española surgiendo en el 2011, aplicable a partir de los 13 años en adelante, usada en el ámbito clínico, forense y neuropsicológica, su aplicación puede ser individual o colectiva, se estima un tiempo de duración de 5 a 10 minutos.

#### **Escala de desesperanza de Beck (BHS).**

Constituida por 20 afirmaciones con opciones de verdadero o falso, con una duración estimada de 5 a 10 minutos, encargada de evaluar el pesimismo del paciente siendo esta una de las características de la triada cognitiva propuesta por el modelo de depresión de Beck, elaborado por Aaron T. Beck, Robert A. Steer. Psychological Corporation en 1988, la aplicación de la prueba puede ser individual y colectiva, utilizada en población de 16 años en adelante.

#### **Escala de riesgo suicida de Plutchik (ERSP).**

La versión original de la escala consta de 26 ítems, mientras la adaptación española consta de alrededor de 15 ítems, cuya finalidad es evaluar los intentos autolesivos, la intensidad de la ideación suicida, los síntomas de depresión y sentimientos de desesperanza, la prueba puede ser aplicada de manera individual o colectiva, elaborada por Plutchik y Van Praag en 1998, tiene una duración aproximada de 10 minutos.



## **RESULTADOS OBTENIDOS**

### *Sesiones*

Adulto joven de 18 años acude a consulta de manera voluntaria, solicitando tratamiento psicológico, nacido el 2 de abril del 2004 en Baba, soltero, católico, de sexo masculino, actualmente cursando tercer de bachillerato, vive con su padre, en una villa de cemento, consta de tres dormitorios, dos baños, patio, sala y comedor, paciente refiere que cuenta con su propio cuarto y baño y usualmente no se sirven las comidas en el hogar.

Para la ejecución del estudio de caso fue necesario realizar cinco entrevistas de las cuales las dos primeras estuvieron centradas de evaluar para diagnosticar al paciente y las siguientes se centraron en aplicar el esquema terapéutico elaborado a raíz de los resultados obtenidos de la fase de evaluación psicológica, cada una de la sesión se dio en el horario de 10 am con una duración entre 45 minutos a 1 hora, con una itinerancia entre sesión de 7 días

#### **Sesión 1: 2 de mayo**

Al inicio de la sesión se consolida el acuerdo de confidencialidad con la paciente el cual se muestra tranquilo con el mismo, se inicia solicitándole el motivo de consulta y entrevistándole sobre su la historia de su malestar, luego se indaga con respecto a la historia familiar, se realiza la evaluación del estado mental, seguido de recabar información para registrar en la anamnesis en la historia clínica, al finalizar la sesión se le comenta que la siguiente sesión se realizaran pruebas psicométricas.

#### **Sesión 2: 9 de mayo**

Al momento de la sesión se le pide a la paciente que se mantenga con calma y tranquilo que las evaluaciones que realizara no son calificadas, ni evalúan ningún aspecto académico, son enfocadas a evaluar su síntomas referentes a la problemática comentada en la anterior sesión, una vez dada la consigna se procedió con la aplicación de la prueba psicométrica BDI-II, seguida del BHS, y por ultimo culminando con el ERSP, al finalizar la sesión se le comenta que en las siguientes sesiones se trabajara con psicoterapia y se le informara sobre su diagnóstico.

#### **Sesión 3: 16 de mayo**

Al inicio de la sesión se le explica a la paciente que se trabajaran las siguientes temáticas durante la sesión; el pesimismo, ideación suicida y su anhedonia, para esto se le explica su



diagnóstico obtenido F32.2 episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, y en que consiste la terapia cognitiva conductual también conocida como TCC, para el abordaje de las temáticas se utiliza las técnicas de reestructuración cognitiva en auto registro y flecha descendente y se realiza la técnica de programación de actividades y se envía como tarea para realizar en el hogar, se da por finalizado la sesión.

**Sesión 4: 23 de mayo**

En la cuarta sesión se da inicio pidiendo a la paciente que elevare un resumen de la sesión pasada, seguido de realizar la revisión de la tarea enviada en la sesión pasada, a continuación, se da inicio a la planificación del día, en el cual se continúa trabajando con el pesimismo del paciente, ideación suicida, y la dificultad para conciliar el sueño, durante la sesión se utilizó las técnicas de reestructuración cognitiva presente en el autorregistro y flecha descendente, el control de estímulos y tareas para la casa para trabajar la anhedonia con la técnicas de programación de actividades, se da por finalizado la sesión comentándole a la paciente que la siguiente sesión será la última.

**Sesión 5: 30 de mayo**

En la última sesión se le solicito a la paciente realizar un resumen de la sesión pasada, seguido de la revisión de la tarea, se observó mejoría en la actitud para realizar las tareas del hogar, durante esta sesión con la intención de reforzar las técnicas se trabaja con la paciente nuevamente reestructuración cognitiva mediante el autorregistro, y se le recomienda seguir haciendo uso de la técnica de programación de actividades, por ultimo para cerrar la sesión se trabaja la técnica de la inducción a la compasión para trabajar con la paciente los sentimientos de culpa que aun se observan, al finalizar la sesión se realizan los respectivos agradecimientos, y se da por culminado la intervención psicoterapéutica.



*Situaciones detectadas (Hallazgos)*

Paciente adulta joven de 18 años de sexo femenino, manifiesta malestar emocional, debido a que siente tristeza profunda, sensación de sentirse solo, la paciente refiere “hace 1 año a tras me separe de mi novia de ese momento, ella se enteró que le era infiel, fue un gran problema”, en los 2 últimos meses refiere que se siente arrepentido debido a que se enteró que se casaría con otra persona, al mismo tiempo siente desanimo por salir o socializar con otras personas, también no se siente seguro de sí mismo.

En la última semana refiere “he pensado que a lo mejor a nadie le importaría si muriera”, menciona que en la actualidad le genera en gran medida la presión del colegio, debido que no desea repetir el año, pero se siente resignado y presume que como va a perderlo y tendrá que repetirlo.

La paciente proviene de una familia monoparental, constituida por el padre y la paciente, padre de 45 años ingeniero civil, trabaja en una empresa en Pedro Carbo, el paciente refiere que durante su niñez su madre abandono el hogar, desde entonces no ha sabido nada, también refiere que su padre se ha hecho responsable de cuidarlo, refiere que no siente que le haga falta nada, y siente culpabilidad por su situación académica viéndose incapaz de cumplir con las expectativas que su padre tiene depositadas en él.

Aun con los conflictos escolares la paciente menciona llevarse bien con el padre y que no lo presiona, pero este trato que tiene el padre le genera malestar la paciente reforzando su autocrítica y culpa excesiva. Al momento de referirse a la situación de su madre, se observan tristeza y sentimientos de abandono y rechazo.

En los dos últimos años escolares refiere, que ha tenido dificultades en el contexto escolar, bajo rendimiento académico, conflicto con las autoridades y docentes de la institución, refiere que es incapaz de no ser impulsivo Con respecto a las pruebas psicométricas realizadas se observan los siguientes resultados:

- BDI-II refleja un puntaje de 43 depresión grave
- BHS. – con un puntaje de 17 que refiere a desesperanza baja
- ERSP. – puntaje mayor a 6 representa la paciente riesgo suicida



Referente a la evaluación del estado mental se observa la paciente que la higiene y aspecto general del mismo se observa descuidado, al momento de la consulta, contextura delgada, estatura promedio, congruencia entre el lenguaje verbal y no verbal, se encuentra orientado en tiempo y espacio, muestra dificultad para mantener la atención y somnolencia, enlentecimiento psicomotor, con respecto a la afectividad se observa tristeza profunda, estado de ánimo distímico, sentimientos de culpa, anhedonia, abulia, juicio de realidad coherente, se observa conciencia de la enfermedad, se registra como hecho psico traumático el abandono materno. A continuación, en la tabla 4 se puede observar el listado de síntomas encontrados en la paciente distribuidos por área de afección.

**Tabla 4**

*Cuadro de síntomas de la paciente de 18 años*

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo:	Baja autoestima, ideación suicida, dificultad para concentrarse, pesimismo	
Afectivo:	Distimia, anhedonia, abulia, sentimientos de culpa, sentimientos de soledad, tristeza profunda	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
Conducta social - escolar	Aislamiento, enlentecimiento psicomotriz	
Somática	Fatiga, dificultades para conciliar el sueño	

*NOTA.* Elaborado por tomando en consideración los resultados obtenidos del caso.



*Soluciones planteadas*

Para la elaboración del esquema terapéutico del estudio de caso se tomó en consideración los síntomas observados en las situaciones detectadas, en el presente esquema se tomó en consideración trabajar el pesimismo de la paciente, la ideación suicida, la dificultad para conciliar el sueño, sentimientos de culpa y la anhedonia, las técnicas usadas para la mejoría de la paciente parten del enfoque cognitivo conductual, que plantea como objetivo entrenar a la paciente para que este se vuelva su propio terapeuta, mediante la capacidad de identificar los pensamientos automáticos y entender el sistema de creencias que generan los productos cognitivos que le generan malestar.

**Tabla 5**

*Esquema terapéutico*

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
pesimismo	Que la paciente logre modificar la concepción negativa de sí mismo, el mundo y el futuro	Reestructuración cognitiva: autorregistro	3	16, 23 y 30 de mayo del 2020	Se observa a la paciente la capacidad de identificar las creencias nucleares desadaptativas por medio del autorregistro
Ideación suicida	Identificar el esquema creencia que produce el producto cognitivo de la ideación cognitiva	Reestructuración cognitiva: flecha descendente	2	16 y 23 de mayo del 2022	En la sesión se logra identificar que la creencia de la paciente es dejar de sufrir y creyendo que con la muerte dejara de hacerlo, se logra modificar ese pensamiento.



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



21

---

Dificultad para conciliar el sueño	Que la paciente tenga un control de estímulos excitantes en horas de la higiene del sueño	Control de estímulos	1	23 de mayo 2022	la paciente logra conciliar el sueño temprano y despierta descansado
Sentimientos de culpa	Inducir a la paciente al perdón	Inducción a la autocompasión	1	30 de mayo 2022	la paciente logra perdonarse
Anhedonia	Provocar emociones de satisfacción al cumplir actividades cotidianas	Tarea para la casa: Programación de actividades	3	16, 23 y 30 de mayo 2022	Se observa en la paciente mayor actividad en su día a día al igual que, disfruta de actividades como la cocina.

---

*NOTA.* Elaborado para atender las necesidades de la paciente



### CONCLUSIONES

Para concluir el caso se puede constatar que existe una congruencia entre la depresión, la cual es una enfermedad que afecta a nivel mental y físico a la persona, la cual genera conductas auto sabotadoras observadas en la paciente del caso, el cual debido a la perdida interés por relacionarse con otros o también conocida como apatía (síntomas depresivos), adquiere conductas de aislamiento social y escolar, durante la evaluación se pronostica que si no se hubiera realizado la intervención adecuada el malestar seguiría persistente.

El fracaso escolar o el abandono escolar son consecuencias del bajo rendimiento, se da cuando existe la carencia de capacidad intelectual del estudiante de mantener el ritmo de aprendizaje en el aula, uno de los factores que incide es la depresión, ya que síntomas como dificultad para prestar atención o la somnolencia dificulta el desempeño académico son síntomas característicos de esta, lo cual es congruente con las dificultades que presentaba la paciente.

A través de la investigación científica y a la integración de los conocimientos adquiridos se logró estructura sesiones de intervención psicológica de evaluación y tratamiento terapéutico para responder a la demanda del paciente planteado en el motivo de consulta, resultando de manera satisfactoria para la calidad de vida de la paciente, observando cambios a nivel conductual como la desaparición del síntoma de la anhedonia a partir del involucramiento de la paciente con la técnica de programación de actividades.

Otro logro para considerar en el caso es la experiencia gratificante de observar los cambios de la paciente que se tuvo gradualmente sesión por sesión, la satisfacción de poder cumplir con las expectativas de la paciente que planteaba, así como también esclarecer sus dudas y brindar esperanza a su desesperación

Es agradable comentar que se cumplió con el objetivo formulado para el caso el cual es, determinar la incidencia de la depresión en el bajo rendimiento académico de una estudiante de 18 años del colegio 23 de junio en el cantón Baba. La cual se pudo observar que los síntomas como déficit de atención, estado de ánimo distímico, la anhedonia y la abulia influyen significativamente en las ganas de aprender de la paciente, en el interés por asistir a las clases,



o al placer que genera relacionarse con sus semejantes, observables en su conducta al momento de la primera entrevista y en los resultados de las pruebas psicométricas.

Cabe mencionar que de igual manera el bajo rendimiento escolar incide el reforzamiento de la concepción negativa de la paciente sobre él, las personas de su alrededor y de su futuro, ya que la dificultad de cumplir con las actividades académicas y el temor de perder el año repercuten en la concepción que tiene la paciente “de ser un fracasado” lo cual genera sentimientos de culpa debido al esfuerzo que observa de su padre, concluyendo al igual que la depresión incide en el bajo rendimiento académico, también el bajo rendimiento académico incide en la prevalencia del trastorno, además de reforzar o generar los síntomas antes mencionados

Como futuro profesional de salud mental, es grato comentar que la realización del estudio de caso desde la revisión bibliográfica hasta la intervención terapéutica fue una experiencia de descubrimiento tanto de las capacidades como terapeuta que se desarrollaron durante cada una de las sesiones, como las que aún faltan de pulir para el desempeño de la práctica profesional en el ámbito laboral.



### **RECOMENDACIONES**

Las problemáticas de depresión y bajo rendimiento académico son temáticas comunes para formulaciones de casos semejantes, por ende, se recomienda para estudios similares, no delimitarse a determinar la incidencia o la interacción de varias problemáticas, sino se debe poner a prueba la efectividad de diferentes tratamientos psicoterapéuticos, no solo a nivel individual, sino también a nivel escolar involucrando también como indicador características de los docentes o posturas o metodologías que estos deben tener para identificar a estudiantes con trastornos de estados de ánimo para realizar en conjunto al tratamiento actividades pedagógicas para disminuir la probabilidad del abandono escolar en los estudiantes.



### BIBLIOGRAFÍA

- Botero Carvajal, A., & Jiménez Urrego, Á. (2019). Relaciones familiares de la población con rendimiento escolar bajo. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(4), 484-486.
- Carrillo Álvarez, E., Civís Zaragoza, M., Blanch, T., Longás Mayayo, E., & Riera Romaní, J. (2018). Condicionantes del éxito y fracaso escolar en contextos de bajo nivel socioeconómico. *REXE. Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 2(1), 75-94.
- De los Santos, P., & Carmona Valdés, S. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), 95-119.
- Granados Cosme, J., Gómez Landeros, O., Islas Ramírez, M., Maldonado Pérez, G., Martínez Mendoza, H., & Pineda Torres, A. (2020). Depresión, ansiedad y conducta suicida en la formación médica en una universidad en México. *Investigación educ. médica*, 9(35), 65-74.
- Macciotta Felices, B., Morón Corales, C., Luna Matos, M., Gonzales Madrid, V., Melgarejo Moreno, A., Jessica H. , Z., . . . Garavito Farro, H. (2020). Clinical practice guideline for the screening and management of the mild depressive episode at the first level of care for the Peruvian Social Security (EsSalud). *Acta Médica Peruana*, 37(4), 536-547.
- Ortega Bermúdez, Y., Michel Gómez, Y., & Benítez Rodríguez, M. (2019). Rendimiento académico en estudiantes de ciencias médicas: una visión desde la psicología educativa. *EDUMECENTRO*, 11(1), 244-249.
- Padua Rodríguez, L. (2019). Factores individuales y familiares asociados al bajo rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista mexicana de investigación educativa*, 24(80), 173-195.
- Piñar Sancho, G., Suárez Brenes, G., & De La Cruz Villalobos, N. (2020). Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Revista Medica Sinergia*, 5(12), e610.
- Salazar Saavedra, Y., & Saavedra Castillo, J. (2019). Factores asociados a irritabilidad en adultos con episodio depresivo en Lima Metropolitana. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 82(1), 37-55.



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



26

Zapata-Lamana, R., Ibarra-Mora, J., Henriquez Beltrán, M., Sepúlveda Martin, S., Martínez González, L., & Cigarroa, I. (2021). Aumento de horas de pantalla se asocia con un bajo rendimiento escolar. *Increased screen hours are associated with low school performance*, 92(4), 565-575.



**ANEXOS**

**Anexo A. Historia Clínica**

**HISTORIA CLÍNICA**

HC. # \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombres: xxxxxxxx

Edad: 18

Lugar y fecha de nacimiento: 2 de abril del 2004

Género: masculino    Estado civil: soltero    Religión: católico

Instrucción: Tercero de Bachillerato

Ocupación: Estudiante

Dirección: \_\_\_\_\_    Teléfono: \_\_\_\_\_

Remitente: sin referente

**2. MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente acude a consulta por voluntad propia

**3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL**

Paciente adulta joven de 18 años de sexo femenino, manifiesta malestar emocional, debido a que siente tristeza profunda, sensación de sentirse solo, la paciente refiere “hace 1 año a tras me separe de mi novia de ese momento, ella se enteró que le era infiel, fue un gran problema”, en los 2 últimos meses refiere que se siente arrepentido debido a que se enteró que se casaría con otra persona, al mismo tiempo siente desanimo por salir o socializar con otras personas, también no se siente seguro de sí mismo.

En la última semana refiere “he pensado que a lo mejor a nadie le importaría si muriera”, menciona que en la actualidad le genera en gran medida la presión del colegio, debido que no desea repetir el año, pero se siente resignado y presume que como va a perderlo y tendrá que repetirlo.

**4. ANTECEDENTES FAMILIARES**

La paciente proviene de una familia monoparental, constituida por el padre y la paciente, padre de 45 años ingeniero civil, trabaja en una empresa en Pedro Carbo, el paciente refiere que durante su niñez su madre abandono el hogar, desde entonces no ha sabido nada, también refiere que su padre se ha hecho responsable de cuidarlo, refiere que no siente que le haga falta nada, y siente culpabilidad por su situación académica viéndose incapaz de cumplir con las expectativas que su padre tiene depositadas en él.

**5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL**

Villa con un cuarto para cada miembro, sala comedor y dos baños.

**6. HISTORIA PERSONAL**

**6.1. ANAMNESIS**





Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades. Embarazo deseado, parto normal, lactancia a los 6 meses, lenguaje al año, control de esfínteres al año, funciones de autonomía a los cinco años, no refiere enfermedades.

**6.2. ESCOLARIDAD** (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela). Aun con los conflictos escolares la paciente menciona llevarse bien con el padre y que no lo presiona, pero este trato que tiene el padre le genera malestar la paciente reforzando su autocrítica y culpa excesiva. Al momento de referirse a la situación de su madre, se observan tristeza y sentimientos de abandono y rechazo.

**6.3. HISTORIA LABORAL**

No refiere

**6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL**

No refiere dificultades en el ámbito social

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

no refiere alguna específica

**6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD**

Sin alteración

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

No refie

**6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO**

Dificultad para conciliar el sueño.

**6.9. HISTORIA MÉDICA**

**6.10. HISTORIA LEGAL**

**6.11. PROYECTO DE VIDA**

Solo mejorar

**7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL**

Referente a la evaluación del estado mental se observa la paciente que la higiene y aspecto general del mismo se observa descuidado, al momento de la consulta, contextura delgada, estatura promedio, congruencia entre el lenguaje verbal y no verbal, se encuentra orientado en tiempo y espacio, muestra dificultad para mantener la atención y somnolencia, enlentecimiento psicomotor, con respecto a la afectividad se observa tristeza profunda, estado de ánimo distímico, sentimientos de culpa, anhedonia, abulia, juicio de realidad coherente, se observa conciencia de la enfermedad, se registra como hecho psico traumático el abandono materno. A continuación, en la tabla 4 se puede observar el listado de síntomas encontrados en la paciente distribuidos por área de afección.

**8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS Y RESULTADOS**

Con respecto a las pruebas psicométricas realizadas se observan los siguientes resultados:

- BDI-II refleja un puntaje de 43 depresión grave
- BHS. – con un puntaje de 17 que refiere a desesperanza baja
- ERSP. – puntaje mayor a 6 representa la paciente riesgo suicida



**9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO**

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo:	Baja autoestima, ideación suicida, dificultad para concentrarse, pesimismo	
Afectivo:	Distimia, anhedonia, abulia, sentimientos de culpa, sentimientos de soledad, tristeza profunda	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
Conducta social - escolar	Aislamiento, enlentecimiento psicomotriz	
Somática	Fatiga, dificultades para conciliar el sueño	

**9.1. Factores predisponentes: actitudes del padre con respecto al ámbito escolar, el aislamiento, preocupación por perder el año de estudio**

**9.2. Evento precipitante: enterarse que la exnovia tenía pareja**

**9.3. Tiempo de evolución: 2 meses**

**10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL**

F32.2 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

**11. PRONÓSTICO**

Desfavorable

**12. RECOMENDACIONES**

Acudir a consulta psicologica

**13. ESQUEMA TERAPÉUTICO**

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
pesimismo	Que la paciente logre	Reestructuración cognitiva:	3	16, 23 y 30	Se observa a la paciente la



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



30

	modificar la concepción negativa de sí mismo, el mundo y el futuro	autorregistro		de mayo del 2020	capacidad de identificar las creencias nucleares desadaptativas por medio del autorregistro
Ideación suicida	Identificar el esquema creencia que produce el producto cognitivo de la ideación cognitiva	Reestructuración cognitiva: flecha descendente	2	16 y 23 de mayo del 2022	En la sesión se logra identificar que la creencia de la paciente es dejar de sufrir y creyendo que con la muerte dejara de hacerlo, se logra modificar ese pensamiento.
Dificultad para conciliar el sueño	Que la paciente tenga un control de estímulos excitantes en horas de la higiene del sueño	Control de estímulos	1	23 de mayo 2022	la paciente logra conciliar el sueño temprano y despierta descansado
Sentimientos de culpa	Inducir a la paciente al perdón	Inducción a la autocompasión	1	30 de mayo 2022	la paciente logra perdonarse
Anhedonia	Provocar emociones de satisfacción al cumplir actividades cotidianas	Tarea para la casa: Programación de actividades	3	16, 23 y 30 de mayo 2022	Se observa en la paciente mayor actividad en su día a día al igual que, disfruta de actividades como



la cocina.

Firma del pasante

### Anexo B. 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 de 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 gusto a mí mismo.

**8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual  
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo  
 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores  
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.  
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría  
 2 Querría matarme  
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

**10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.  
1 Lloro más de lo que solía hacerlo  
 2 Lloro por cualquier pequeñez.  
3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

**11 Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.  
1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.  
 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto  
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

**12 Pérdida de Interés**

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

**13. Indecisión**

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

**14. Desvalorización**

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

**15. Pérdida de Energía**

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

**16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

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

**17. Irritabilidad**

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

**18. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1<sup>a</sup>. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2<sup>a</sup> Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3<sup>a</sup>. 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: 13 Depresión grave

**Anexo C. BHS**

**Escala de Desesperanza de Beck (BHS)**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Grado de instrucción: \_\_\_\_\_

Este cuestionario consiste de veinte declaraciones. Por favor lea las declaraciones cuidadosamente una por una. Si la declaración describe su actitud de la semana pasada incluyendo hoy día, tache la letra "V" indicando VERDADERO en la columna de respuestas que sigue a las declaraciones. Si la declaración no describe su actitud, tache la letra "F" indicando FALSO.

DECLARACIONES	Rspta	
01. Yo veo el futuro con esperanza y entusiasmo	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
02. Yo podría darme por vencido (a) ya que no puedo hacer las cosas por mi mismo	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F
03. Cuando las cosas están yendo mal, me ayuda a saber que ellas no duran para siempre	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
04. Yo no puedo imaginar cómo sería mi vida dentro de 10 años	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
05. Tengo tiempo suficiente para lograr las cosas que quiero hacer	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
06. En el futuro, yo espero tener éxito en la mayoría de mis asuntos	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
07. Mi futuro me parece oscuro	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
08. Espero ser particularmente suertudo y obtener más de las cosas buenas de la vida, que la persona promedio	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
09. Yo no puedo acabar con la mala suerte, y no hay razón para que lo logre en el futuro	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F
10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
11. Todo lo que yo puedo ver delante de mí son cosas desagradables más que agradables	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
12. Yo no espero conseguir lo que realmente quiero	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
13. Cuando miro hacia el futuro espero ser más feliz de lo que soy ahora	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
14. Las cosas no resultan de la forma que yo las deseo	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
15. Yo tengo gran fe en el futuro	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
16. Yo nunca consigo lo que quiero, así que es tonto querer algo	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F
17. Es casi imposible que yo consiga alguna satisfacción real en el futuro	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
18. El futuro me parece vago e incierto	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
19. Yo puedo esperar más buenos momentos que malos momentos	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
20. No merece la pena que intente conseguir algo que yo quiero porque es muy posible que no lo consiga	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F

Descargado por Laleyska Gamboa Mamani (cheyla\_1300@hotmail.com)



**Anexo D. ERSF**

**ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK**

**Indicación:**  
 Evaluación del riesgo suicida. En salud mental del hospital a domicilio se utiliza por parte del clínico que genera la propuesta de ingreso; se utiliza para evaluar la mejoría obtenida en dicho riesgo durante el ingreso.

**Codificación proceso:** 300.9 Riesgo de suicidio (CIE9-MC).  
 00150 Riesgo de suicidio (NANDA).

**Administración:**  
 Instrumento autoadministrado. Consta de 15 ítems, con respuestas SI, NO. Cada respuesta afirmativa suma un punto. La puntuación de la escala oscila entre 0 y 15.

**Interpretación:**  
 A mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.

**Propiedades psicométricas:**  
 Consistencia interna:  $\alpha=0,90$ ; Fiabilidad test-retest: 0,89; Sensibilidad y especificidad del 88% para un punto de corte en 6.

**ESCALA DE RS**

**INSTRUCCIONES:** Las siguientes preguntas trata sobre cosas que Ud ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un "SI" o "NO".

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