



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



**EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO:
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

PROBLEMA:

**BULLYING Y SU AFECTACIÓN EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES EN
UN JOVEN DE 23 AÑOS RESIDENTE DEL CANTÓN VENTANAS**

AUTOR:

CELLAN ALARCÓN EDDY JOEL

TUTOR:

PSIC. EDU. AMAIQUEMA MÁRQUEZ FRANCISCO ALEJANDRO, MSC

BABAHOYO - 2023





RESUMEN

El presente trabajo se enfoca en dos variables, la independiente (Bullying) y dependiente (Relaciones interpersonales) donde el Bullying es un maltrato físico y psicológico que recibe la víctima de 23 años residente del cantón Ventanas, por parte del victimario dentro y fuera del aula de clase y así afectando las relaciones interpersonales del agredido, surgiendo miedo, aislamiento y rechazo hacia el mismo por no ser aceptado en un determinado grupo, por ende se procedió a la respectiva evaluación aplicando diversas técnicas metodológicas cualitativas para obtener datos relevantes, tales como la observación clínica, la entrevista semiestructurada, la historia clínica y las baterías psicométricas, entre ellas el Inventario de depresión de Beck, la Escala de autoevaluación para la depresión de Zung (SDS) y la Escala de autoestima de Rossemberg, permitiendo detectar el diagnóstico presuntivo según el DSM-V (296.23) Trastorno de depresión mayor y según la CIE-10 (F32.2) Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, por esta razón se procede aplicar el respectivo tratamiento psicoterapéutico con enfoque Cognitivo-Conductual de Aaron Beck, donde se empleó diversas técnicas, entre ellas la Psicoeducación, Diferenciando, hechos, pensamientos y sentimientos, Explicar cómo los pensamientos crean sentimientos, Razones para morir y razones para vivir, Examinando evidencias, Generar una explicación alternativa, Programación de actividades y Respiración en 4 tiempos, para así aliviar y mejorar la salud del paciente.

Palabras claves: bullying, relaciones interpersonales, depresión, técnicas, psicometría.





ABSTRACT

The present work focuses on two variables, the independent (Bullying) and dependent (Interpersonal relationships) where Bullying is a physical and psychological abuse received by the 23-year-old victim, a resident of the Ventanas canton, by the perpetrator inside and outside the classroom. class and thus affecting the interpersonal relationships of the victim, arising fear, isolation and rejection towards him for not being accepted in a certain group, therefore the respective evaluation was carried out applying various qualitative methodological techniques to obtain relevant data, such as the clinical observation, semi-structured interview, clinical history and psychometric batteries, including the Beck Depression Inventory, the Zung Depression Self-Rate Scale (SDS) and the Rossemberg Self-Esteem Scale, allowing the detection of the presumptive diagnosis according to DSM-V (296.23) Major depressive disorder and ICD-10 (F32.2) Depressive episode severe without psychotic symptoms, for this reason the respective psychotherapeutic treatment with Aaron Beck's Cognitive-Behavioral approach is applied, where various techniques were used, including Psychoeducation, Differentiating, facts, thoughts and feelings, Explaining how thoughts create feelings, Reasons to die and reasons to live, Examining evidence, Generating an alternative explanation, Activity programming and 4-stroke breathing, in order to alleviate and improve the patient's health.

Keywords: bullying, interpersonal relationships, depression, techniques, psychometry.



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	II
ABSTRACT	III
INTRODUCCIÓN.....	1
DESARROLLO.....	2
JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVO	2
SUSTENTOS TEÓRICOS	3
1. <i>Bullying</i>	3
2. <i>Relaciones interpersonales</i>	7
3. <i>Relación entre el bullying y las relaciones interpersonales</i>	10
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	11
RESULTADOS OBTENIDOS	13
<i>Sesiones</i>	13
<i>Situaciones detectadas (hallazgos)</i>	15
<i>Soluciones planteadas</i>	17
CONCLUSIONES.....	19
BIBLIOGRAFÍA	21
ANEXOS.....	23

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1	16
Tabla 2	17

INTRODUCCIÓN

La presente investigación constituye un estudio de caso probatorio, direccionado hacia el Bullying y su afectación en las relaciones interpersonales de un joven de 23 años, residente del Cantón Ventanas, teniendo como línea de investigación “Prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento Psicoterapéutico en el ámbito clínico” y la manejando una sublínea de investigación “Psicoterapias individuales y/o grupales” perteneciente a la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Babahoyo.

El caso a estudiar se enfoca en describir información de las dos variables, la primera siendo el Bullying un tipo de violencia física y verbal de parte del agresor hacia la víctima, muy común dentro del ámbito laboral, académico, social, cultural e incluso familiar, ocasionando un sinnúmero de signos a nivel emocional y conductual, la segunda son las relaciones interpersonales, es decir la capacidad que tiene la persona para socializar con su entorno, esto en muchas ocasiones suele verse afectado por las críticas que han recibido ocasionando miedo a entablar un vínculo con los demás.

Para alcanzar el objetivo planteado en el caso, se utilizará diversas técnicas como la observación clínica, entrevista semiestructuradas, la historia clínica y las baterías psicométricas, teniendo como instrumento: Inventario de depresión de Beck, Escala de Autoevaluación para la depresión de ZUNG (SDS) y Escala de Autoestima de Rosemberg para obtener datos y corroborar con el diagnóstico presuntivo.

Además, el propósito del caso es brindar información de cómo puede afectar el Bullying en el agredido y al no recibir ayuda profesional o de la familia generan alteraciones mentales como son la depresión, ansiedad y estrés. También, el caso servirá de apoyo y prevención para detectar signos y síntomas que pueden estar manifestados en algún miembro familiar o del exterior, para evitar que todas aquellas situaciones lleven a tomar decisiones riesgosas en el agredido, debido a que, al buscar asistencia profesional, se le dará tratamiento psicoterapéutico mediante la Terapia Cognitivo-Conductual de Aaron Beck, muy utilizada en la actualidad por enfocarse modificar un pensamiento negativo por uno alternativo.

En definitiva, en este trabajo se van a encontrar puntos relevantes como justificación, objetivo, sustentos teóricos con las dos variables, técnicas aplicadas para la recolección de información, resultados obtenidos constituidos por sesiones, situaciones detectadas y soluciones planteadas (esquema psicoterapéutico), conclusiones y recomendaciones, bibliografía y anexos.

DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de caso se lo ejecuta con la finalidad de expresar la importancia de las afectaciones que genera el bullying en un joven, debido a que está incidiendo de forma negativa en sus relaciones interpersonales, imposibilitándole que pueda seguir con su vida con normalidad ni con sus actividades habituales, ya que surge pensamientos negativos haciendo que se le dificulte vincularse con los demás porque tiene miedo a que lo agredan física, psicológica y verbalmente, provocando aislamiento hacia familia y amigos.

La realización de este trabajo ofrece los beneficios de conocer más sobre el bullying debido a que es un acoso físico, psicológico o verbal de forma constante que hace una persona contra la otra considerándolo como el más débil, por ello, a través de este estudio se pretende concientizar a la sociedad sobre la temática y los efectos que conlleva recibir maltratos, ya que se va ocasionando diversos trastornos. El beneficiario será un joven de 23 años residente del Catón Ventanas, a quien se le brindará apoyo psicológico.

Cabe resaltar, que este trabajo tendrá gran trascendencia, debido a que actualmente el acoso escolar se está dando a nivel mundial en todas las instituciones educativas, causando problemas a las personas para desenvolverse dentro de su entorno, ya que muchas de las veces se ha vuelto un tema ignorado porque no le prestan la debida atención y seriedad que se merece, es por ello, que se pretende mediante este estudio reflexionar sobre los efectos que originan las agresiones, por lo cual tendrá gran impacto para la población porque sabrán qué realizar si un miembro de su familia está atravesando por acoso escolar.

Es factible este trabajo porque existe una gama de información sobre el bullying y sus afectaciones en las relaciones interpersonales, debido a que se cuenta con recursos tecnológicos donde será extraída los datos para realizar el estudio permitiendo conocer el punto de vista de diferentes autores sobre la temática, por tal manera, se utilizará páginas confiables dando mayor eficacia y validez al caso que se está ejecutando.

OBJETIVO

Determinar la afectación del bullying en las relaciones interpersonales en un joven de 23 años.

SUSTENTOS TEÓRICOS

1. Bullying

Según Larrain (2020) considera que el bullying es cuando un alumno está siendo intimidado al momento de que otro grupo de alumnos le manifiestan palabras desagradables e incluso insultos, comienzan a burlarse, le colocan sobrenombres, le desvalorizan, le ignoran, no le incluyen en actividades, ya que le empiezan a excluir, recibe golpes, empujones, incluso amenazas para que no diga nada, recibe acoso por medio de mensajes hirientes, convencen a los demás para que no sean amigos de esa persona y ni se acerquen, entre otros. Este tipo de conductas violentas ocurren usualmente y es complejo para el estudiante que está recibiendo este tipo de agresiones poder defenderse para que ya no lo lastimen.

En cambio, la Unicef (2019) conceptualiza la palabra bullying o acoso escolar como una conducta de acosamiento físico o psicológico que la ejerce un estudiante contra su compañero de manera negativa repetidamente e intencional, ocasionando daño a la víctima, debido a que la intimida, somete y amedenta, esto sucede dentro o fuera de las instalaciones de la institución educativa.

Por otra parte, para Pulido (2021) la conducta del agresor está relacionada a una singularidad bajo las habilidades socio-emocionales que se identifica un grado mínimo de empatía y una capacidad negativa para relacionarse con los demás, también busca obtener la admiración de sus compañeros al momento de emplear su poder cuando empieza a golpear, intimidar y humillar a los demás sin remordimiento.

1.1. Factores que involucran el bullying

Cabe señalar, que el bullying como un problema se encuentra enlazado con el proceso de interacción social en donde participan factores de protección que se definen como variables que se puede prevenir o calmar el impacto de la provocación, los factores pueden ser a nivel social o personal (Simón, 2019). Dentro de los factores personales los estudios señalan la resiliencia, la cual es la capacidad de adaptación que tiene una persona frente a situaciones difíciles que permiten manejar el estrés.

Además, la resiliencia puede percibirse como un recurso individual protector que tienen los púberes para afrontar de modo eficiente sus dificultades, incorporando la victimización por el bullying causado. Dentro de los factores sociales pueden aprenderse guiados por el modelo ecológico en donde los diferentes microentornos de la persona,

familia, escuela y amigos interactúan entre sí conformando una red de apoyos que pueden prevenir o mitigar los sucesos de acoso escolar que viven los estudiantes.

1.2.Causas del bullying

El bullying es un problema difícil y multifuncional, entre las causas se encuentran las familiares, las educativas, las sociales, las culturales y las cognitivas, las cuales se pueden manifestar conjuntamente generando agresiones de diferentes modos, pero con resultados negativos para las víctimas que reciben el maltrato, igualmente los perjuicios que origina el bullying afectan a los demás, pero muchas de las veces no los consideran así (Serna, 2020). Lo común de esta dificultad traspasa el entorno áulico y se duplica repetidamente en otros escenarios mediante diversas maneras de violencia.

Por otro lado, para Espinoza (2020) la diversidad cultural, ha sido por varios años la razón primordial de que se ejerza el bullying, ya sea dentro o fuera de los salones de clases, aquí se enmarca las costumbres, idioma, etnia, modo de comportarse, género, etc, que un alumno tiene haciendo que el agresor realice burlas, golpes, humille, y otras acciones violentas a su víctima. De acuerdo a lo mencionado, también se encuentra el color de piel para que se ejerza la violencia porque los niños que son de piel negra son más proclives a recibir cualquier tipo de violencia por parte de personas con piel blanca que se consideran mejor que los de piel negra, ya que practican el racismo y la discriminación.

Paralelamente, los niños que tienen una contextura demasiado delgada también tienden a recibir palabras repugnantes, que desfavorecen su estado anímico, su autoestima, su rendimiento académico baja, su comportamiento cambia negativamente; igualmente, sucede con niños que son de contextura demasiado gruesa reciben palabras burlonas, esto sale pasar porque el agresor siempre busca cualquier imperfección de la otra persona para hacerla sentir mal sin importar el daño que hace. Asimismo, las creencias religiosas son consideradas las particularidades más predominantes para que se genere el bullying.

1.3.Consecuencias del Bullying

De tal manera, es importante resaltar las consecuencias que genera recibir bullying en la escuela, es por ello, que para Pulido (2021) la víctima que recibe el acoso escolar tiende a padecer de pensamientos negativos, desvalorización, su salud mental se encuentra deteriorada, se le dificultad relacionarse con los demás o realizar amigos porque piensa que todos le van a lastimar, siempre está nostálgico, le da ansiedad, se encuentra inseguro por ser rechazado por sus compañeros, todo esto produce un impacto en el desarrollo de su identidad y personalidad tanto en su infancia como pubertad y al no ser tratado perdurará hasta su vida adulta.

Muchas de las veces existen víctimas que piensan en el suicidio para terminar con todo ese acoso y dejar de sentirse mal, se originan trastornos graves como la depresión e impactos sociales a largo tiempo que conlleva a la persona a camuflar la agresión donde se encuentra sujeto de modo repetitivo, siendo consciente que no se prestará la debida atención ante el suceso que está atravesando y no se dará ninguna solución.

1.4. Tipos de bullying

Para Mendoza (2021) existen diferentes tipos de acoso escolar, los cuales son a nivel físico, verbal, social, psicológico y cyberbullying, por ende, se explicarán cada uno ya que son primordiales para diferenciar uno contra otro porque cada uno tiene su concepto distinto:

Acoso físico: Dentro de este acoso se considera cuando se origina algún daño físico a la víctima, donde se utiliza los golpes, empujones, pellizcos e incluso daño de las propiedades de las personas agredidas. Este tipo de agresión es la forma más evidente, debido a que los agresores pueden dejar evidencia del maltrato, donde los docentes pueden darse cuenta porque dejan marcas en el cuerpo de la víctima, por ejemplo, moretones.

Acoso verbal: En este tipo de acoso se encuentra los insultos, burlas, apodosos desagradables por parte del agresor hacia la víctima, siempre el acosador pasar criticando a su compañero sin importarle si le causa algún dolor y emociones negativas, más bien le genera placer al hacerlo porque tiene el control de la situación.

Acoso psicológico: Aquí se manifiesta mediante la intimidación, amenazas y manipulaciones que el agresor ejerce sobre su compañero, origina una inestabilidad tanto a emocionalmente como en su autopercepción de la persona agredida. Su identificación es más complicada debido a la sutilidad que suele manifestar, toda la agresión se suele realizar de forma oculta para que nadie se dé cuenta de lo que está sucediendo.

Acoso social: Se refiere a los comportamientos de exclusión de un estudiante del resto del grupo de estudiantes, el acosador comienza a ignorar y rechazar a su compañero, incluso obliga a sus demás compañeros a no incluirlo en ninguna actividad y si lo hacen tendrán que asumir las consecuencias, es por ello, que por miedo a ser acosados ya no lo incluyen en nada de lo que realizan, hasta no lo dejan participar durante el recreo en juegos deportivos, muchas de las ocasiones, empiezan a decir comentarios racistas.

Cyberbullying: Es considerado una persecución frecuente hacia la víctima, pero en este caso se da por medio de las redes sociales, mensajes de texto ofensivos y desagradables, imágenes, llamadas, generando la burla, vergüenza y humillación de sus demás compañeros de salón o a veces también compañeros de escuela. Por ende, en el ciberacoso va aumentando

porque el sujeto que realiza el daño ocultándose detrás de un nombre y una foto falsa para que no sepan de quien se trata.

1.5.Principales actores del acoso escolar

Existen tres tipos de agresores para generar bullying, los cuales son los acosados o llamados víctimas, los acosadores o denominados agresores e incluso los espectadores (Villavicencio, 2021). Es por ello, se expondrá los principales actores del acoso escolar:

Las víctimas: Aquí habitualmente son niños con miedo y sumisos que pasan a ser agredidos por su compañero de clase que supuestamente tiene más poder y al que todos admiran debiéndole respeto, muchas de las veces se genera el acoso escolar por la condición social, económica o por una discapacidad que presenta la víctima.

Los acosadores o agresores: Son personas manipuladoras, impulsivas que buscan realizar daño a sus compañeros porque los ven como los más débiles, tienen una conducta violenta, piensan que poseen mucho poder y control para agredir y golpear sin remordimiento alguno a su compañero, no practican la empatía y viven una relación familiar poca afectiva por ello tienden a desquitarse con los otros.

Los espectadores: Generalmente son compañeros de las víctimas que no se incluyen en las discusiones o agresiones por no estar implicados y así el acosador no los lastime ni emocional o físicamente, sienten mucho miedo de ser acosados y lastimados, por ende, ignoran el acoso, no participan de ninguna forma y no hacen nada para evitar la agresión.

1.6.Terapia cognitivo-conductual para víctimas de bullying

De acuerdo Bohorquez (2020) la agresión dentro de este modelo psicológico es visto como la causa de los procesos cognitivos distorsionados que se convierten en comportamientos intimidantes y provocadores que se vuelven permanente hacia la víctima. Por lo cual, la Terapia Cognitivo-Conductual aborda este tipo de violencia infantil a través de la aplicación de la reestructuración cognitiva, ya que existe una cantidad enorme de pensamientos negativos conectados con la víctima y los sucesos de acosos persistentes, dentro de este modelo se trabaja tanto con la víctima como con el agresor basándose en la técnica de entrenamiento en habilidades sociales para que puedan mejorar sus pensamientos automáticos que están causando perjuicio a las dos partes.

Además, otras de las técnicas que se aplican dentro de esta terapia son las de relajación, programación de actividades, identificación de los pensamientos automáticos, registros diarios, resolución de problemas, entre otros, con el objetivo de ayudar a mejorar la autoestima de la víctima, que tenga mejor percepción de sí mismo, que pueda interactuar con su entorno social e incluso pueda enfrentarse a las adversidades de la vida cotidiana.

2. Relaciones interpersonales

En base a Etece (2022) las relaciones interpersonales es un proceso de vínculo amistoso, afectivo y amoroso que viven hoy en día muchas personas, inclusive eso se ha venido dando desde la antigüedad, compartiendo sentimientos y actividades políticas, religiosas, deportivas y laborales, permitiendo a las diferentes culturas compartir conocimientos, costumbres históricas a lo largo de los diversos sucesos históricos.

Según Corbacho (2022) manifiesta que el ser humano por naturaleza es social, desde el nacimiento hasta la muerte, donde se involucra el amor, la amistad y el parentesco de cada uno de ellos, su origen viene desde el surgimiento de la especie humana, es decir que a partir de ahí, dando pequeños pasos han adquirido la capacidad de relacionarse, para así cada grupo se desarrolle a nivel humano, siendo sus fuentes principales los códigos y normas culturales, costumbres, idiomas y jerarquía política para así funcionar a como comunidad.

2.1.Importancia de las relaciones interpersonales

Según Lacunza (2016) propone que en la actualidad las relaciones interpersonales son muy importantes en nuestro diario vivir, aquí se consolidan las oportunidades de trabajo, tener un ascenso en una empresa, mejor oportunidad salarial, todo esto que muchos que creen insignificante puede mejorar el estilo de vida, ya que al entablar una comunicación asertiva, coherente y es mejor si cuentas con respuesta para cada pregunta o temática que se aborde en aquella situación.

Según Betancourt (2022) refiere que la tecnología en el mundo que vivimos crece en pasos agigantados, pero esta tecnología ha aportado un cambio significativo para la comunicación de un país a otro de forma rápida y eficiente, donde se establecen vínculos de amistad por medio de la red social, anteriormente el modo de comunicación era por medio de telegramas y cartas que demoraban semanas e inclusive meses en llegar los datos y en determinadas ocasiones nunca llegaba los mensajes, ya sea por algún percance que pudo suscitar en el camino, los años pasaron y se dio origen a los teléfonos una mejor forma de comunicarse, luego las computadoras donde con ayuda del internet dió un cambio radical, se podía investigar, hacer video llamadas con varias personas.

En el 2020 con la llegada de la pandemia del Covid-19, en el cual hubieron una cantidad enorme de decesos debido al contagio y el peligro, por ende, la Organización Mundial de la salud y por medio de las autoridades principales de cada país, tomaron la decisión de mandar a cuarentena, una forma de aislamiento que tenían prohibido salir de casa, por tal motivo las empresas públicas y privadas de ofrecen servicios de diferentes áreas,

comenzaron a manejarse mediante el teletrabajo, entonces aquí todo se manejó virtual, incluso esta medida también la acogieron las escuelas, colegios y universidades, por eso durante los dos años que duro la pandemia la forma de relacionar fue mediante las redes sociales y aplicaciones que consistían en hacer video llamadas para entablar un comunicación, como lo fue Meet y Zoom, siendo utilizadas por casi todas empresas.

2.2. Tipos de relaciones

Según Etece (2022) menciona que existen diversos tipos de relaciones interpersonales que puede tener una persona, dependiendo la circunstancia y la situación, llegando a ser complejas y heterogéneas, siendo reconocidas las siguientes:

Relaciones íntimas o afectivas. Son aquellas que tiene un lazo fuerte y estrecho el uno con el otro, donde comparten emociones en su diario vivir, existiendo la principalmente confianza, perdurando en el tiempo y el espacio, es muy común verse esto en una pareja casados, de novios e incluso de amigos, porque los momentos que pasan juntos son muy placenteros, predominando el respeto, la sencillez, humildad, amor, protección y estado de pertenencia y posesividad sin ser dañino para ninguno de los dos.

Relaciones superficiales. Son acontecimientos breves y efímeros por los que atraviesa una persona, donde entablan un nexo de corto tiempo, ya sea en una reunión de trabajo, cuando compartes el mismo asiento del carro, también es notorio ver dicha situación en el salón de clases ya sea de la escuela, colegio y universidad, ya que existen compañeros dentro del mismo salón que se han hablado una o dos veces durante un año lectivo o el tiempo que duro la carrera universitaria, puesto que tiene etiqueta impregnada que a la universidad solo se va a estudiar y no hacer amigos, por ello no existe un vínculos afectivos.

Relaciones circunstanciales. Son determinadas situaciones en la que dos individuos comparten una relación íntima y a la misma vez superficial, donde no existe una conexión profunda que involucre sentimientos, sino más bien comparten sucesos relevantes, por ejemplo, en una vecindad de inquilinato viven muchas personas las cuales diariamente comparten el saludo e información de lo que hacen los demás vecinos o también son incluidos en alguna fiesta que haga algún miembro de la comunidad, al principio existe bastante cercanía, hasta con el pasar del tiempo ya sean semanas, meses o años, se van desapegando de aquella persona, hasta volverse desconocidos.

Relaciones de rivalidad. Son aquellos sucesos de enemistad y odio que viven dos o más personas, siendo a nivel mundial muy común, principalmente las relaciones problemáticas que tiene un país sobre otro, ya que sus gobernadores no comparten las mismas creencias y maneras de dirigir el estado, por ende, viven en constantes guerras, para

destacar su poderío miliar, tecnológico, científico, entre otros, porque sus nexos son negativos, creando mayor tensión dependiendo la situación, personas del diario vivir atraviesan tal evento, parejas que se divorciaron por infidelidad y ya no quieren saber nada uno del otro, la custodia de un infante que es peleada por el padre y la madre, llegando muchas veces al maltrato verbal.

Relaciones familiares. En dicha categoría se establecen los lazos que comparten los integrantes de una familia desde el nacimiento hasta la muerte, involucrando una ruleta de emociones, ya sean alegría, odio, tristeza y amor, es normal vivir tales situaciones, ya que muchas veces los hijos compiten por el amor del padre o la madre, o la autoridad que rigen los mayores como abuelos, tíos o padres para que sus progenitores vayan por el camino del bien, sin lastimar a nadie, donde principalmente se les inculca respeto, sencillez y humildad.

2.3. Comunicación y relaciones interpersonales

Según (Etece, 2022) menciona que relacionarse con otros sujetos es muy fundamental en la comunicación, ya que este cumple un rol fundamental en la sociedad, porque es un medio donde se puede utilizar un lenguaje escrito, oral, mímico, de acuerdo a la condición de la persona, para que así se dé un vínculo entre una o más sujetos que se encuentren en el entorno interno o externo del sujeto, en ciertas situaciones estos se pueden convertir en superficiales, debido a que se da una información errónea, trayendo consigo una relación conflictiva, así como sucede en muchas ocasiones al separarse de una pareja o al alejarse de la familia por cualquier inconveniente, sigue existiendo esa conexión que los une como miembro sanguíneo, pero mantiene una conversación distante y caótica.

También, ha existido que los nexos para relacionarse son muy fuertes generando una amistad duradera y leal, sin importar la religión, costumbres, género, sexo y orientación sexual, por otro lado, la comunicación para entablar una relación en muchos casos se ha visto afectada al existir una discapacidad, por las dificultades de diversas afectaciones en los trastornos del neurodesarrollo, como el autismo, retraso mental, problemas del habla y auditivos y otros, por ende, se utilizan aquí otras alternativas menos comunes, como el lenguaje de señas, este consiste en que a través de señas y gesto puede entender, a la misma vez comunicarse y socializar con los demás, aunque es muy reducido el diálogo en determinadas situaciones (Salbarredi, 2017).

2.4. Aislamiento social

Según la Universidad de Cordova (2020) una gran parte de la población sufrió o está sufriendo cualquier tipo de acoso verbal, físico o sexual dentro del entorno educativo y laboral, aquellas personas que son víctimas de la agresión han resistido durante muchos

años, que lo han cogido como un hábito, donde defenderse ya no es una opción, por miedo a las represalias que puedan darse por parte de los victimarios.

Según Romera (2020) la aceptación dentro de un grupo es fundamental desde la apreciación de la persona, ya que al no ser involucrado, tendrá pensamientos automáticos destructivos sobre sí mismo, porque supuestamente no está apto, no cumple con el perfil y así sucesivamente, dicha situación es común en la pubertad, por lo cual el púber, toma la decisión de aislarse del entorno, y vivir a su manera, de forma solitaria, sin darse cuenta que la soledad en la edad que tiene o incluso en joven o adulto puede ser destructiva a nivel fisiológico, emocional y conductual.

Para la Universidad de Cordova (2020) otro motivo por el cual existe el aislamiento dentro de cualquier aspecto, es que va según el orden jerárquico, el fuerte, intimidador y hablador por así decirlo, es el cabecilla o líder, al que todos respetan y no dicen nada es por miedo, es aquí donde los introvertidos sufren las consecuencias de los actos de los más fuertes, ya que el líder es el que toma la decisión de integrarlo o no, por lo general no integran, y es utilizado como saco de boxeo, se burlan de su intelecto, físico, manera de vestir, de hablar y de caminar, por ende, pasan a ser rechazados por el grupo, la situación es complicada cuando los docentes observan tales situaciones y no realizan alguna sanción contra los victimarios.

3. Relación entre el bullying y las relaciones interpersonales

El Bullying y las relaciones interpersonales guardan relación, debido a que el Bullying es un acoso físico, verbal y psicológico al que un estudiante somete a su compañero de manera repetitiva generándole miedo y a la vez que la víctima no pueda relacionarse con los otros porque piensa que le van a hacer daño, es por ello, que solo quiere pasar aislado para que nadie lo lastime, ya que este acoso provoca inseguridades imposibilitándole a que realice sus actividades con regularidad. Aquí la víctima no desarrolla con normalidad sus relaciones interpersonales por el temor que siente, no confía en nadie, además, es importante que desarrolle esos vínculos, ya que son la base de la personalidad, también son una fuente de satisfacción o sufrimiento dependiendo de la elección que se realice y el tipo de conexión que se establezca con los demás, en efecto, al recibir maltrato o agresión la persona siempre está en un estado de alerta porque piensa que todos le van a acosar provocando que se aislé y no quiera conversar con nadie.

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El presente trabajo se abordó con la finalidad de saber sobre el padecimiento del paciente con la ayuda de la aplicación de diferentes técnicas donde a través de ellas se fue recopilando toda la información pertinente y necesaria, por ende, se utilizaron la observación clínica, la entrevista semiestructurada seguida de la historia clínica, pruebas psicométricas, por ejemplo, Inventario de depresión de Beck, Escala de autoevaluación para la depresión de Zung (SDS), Escala de autoestima de Rosenberg, siendo de mucha importancia para el posible diagnóstico presuntivo. A continuación, se va a detallar:

Observación clínica

Mediante la observación clínica se pudo percibir aspectos muy importantes de la paciente, como su aspecto físico, movimientos corporales, vestimenta, también se fue describiendo su comportamiento siendo primordial porque a veces no son expresados o considerados importantes, sin embargo, son de gran contribución para detectar la afectación que le está aquejando al joven, mediante esta técnica se puede llegar a una conclusión más evidente y concreta evitando posibles equivocaciones. (Anexo 1)

Entrevista semiestructurada

Se realizó una entrevista semiestructurada debido a que al ser una estrategia mixta permite bastante recabar información porque se aplica una entrevista estructurada, es decir, ya aquí están interrogantes previamente establecida y elaboradas obteniendo una información más objetiva, también incluye una entrevista no estructurada siendo más flexible ya que al momento de la consulta psicológica a medida que se le pregunta al joven se puede reformular más interrogantes para descartar dudas que aparezcan sin un orden continuo logrando datos más subjetivos, por ello, se puede ir obteniendo un motivo de consulta más claro sin confusiones.

Historia clínica

Es un documento que aporta mucho al momento de la obtención de información, ya que mediante este se va llenando datos concretos y sistematizados con coherencia seguido de las pruebas psicológicas que se aplican y luego de un tratamiento terapéutico. Además, se encuentra incorporado por varios elementos que incluyen aspectos significativos del paciente, por ejemplo, datos de identificación; motivo de consulta; historia del cuadro

psicopatológico actual incluyendo síntomas de acuerdo al discurso del paciente y los signos a través de la observación directa; antecedentes familiares donde va el genograma y tipo de familia; tipología habitacional; historia personal; exploración del estado mental; test psicométricos aplicados, matriz del cuadro psicopatológico el cual consta de factores predisponentes, eventos precipitantes y tiempo de evolución; diagnóstico presuntivo; pronóstico; recomendaciones y esquema terapéutico. Todo lo antes mencionado servirá de apoyo para el diagnóstico y a la vez para dar un tratamiento correcto. (Anexo 2)

Tests psicométricos

Fue fundamental la aplicación de las baterías psicométricas porque permite tener una aproximación de lo que el sujeto tiene y también sirve de soporte para la historia clínica. El objetivo de aplicar estas pruebas es lograr valorar de manera más imparcial y tipificada características cognitivas y emocionales. Al momento de ejecutar cada test no existen respuestas malas o buenas porque no se pretende evaluar los aspectos físicos del joven sino más bien conocer cómo se encuentra en su vida, se obtiene datos cualitativos específicos. A continuación, se va a ir detallando la consigna de cada test: (Anexo 3)

Inventario de depresión de Beck. Es un test que sirve para evaluar el grado de severidad de la sintomatología de la depresión. Se encuentra incorporado por 21 preguntas cuyo significado es cómo se ha sentido el joven en las últimamente incluyendo el día de la evaluación, además, cuenta con cuatro alternativas distintas para cada interrogante. Para calificar este test se necesita sumar todos los ítems para alcanzar la puntuación final.

Escala de autoevaluación para la depresión de Zung (SDS). Ha sido diseñada para saber los niveles cuantitativos de la depresión y con qué trastorno hace referencia, también va describiendo el modo en que se ha sentido el paciente en los últimos días acompañado de la frecuencia. Consta de 20 elementos los cuales se dividen en 10 preguntas positivas y otras 10 preguntas negativas valorando una escala del 1 al 4. Después para realizar la calificación se debe sumar todos los ítems para lograr la puntuación final.

Escala de autoestima de Rosemberg. Por medio de esta escala se puede medir el grado de autoestima del paciente la cual se encuentra comprendida por sentimientos de valía personal con respecto a sí mismo. Se constituye de 10 elementos donde 5 preguntas son positivas y las otras 5 preguntas son negativas, asimismo, para calificar se debe sumar todas las respuestas, luego guiarse de la siguiente tabla: 30-40 puntos autoestima leve, 26-29 puntos autoestima media, menor a 25 puntos autoestima baja, donde se va a observar el nivel de autoestima que presenta.

RESULTADOS OBTENIDOS

Presentación del caso

Paciente C.A. de 23 años, residente del Cantón Ventanas de la Provincia Los Ríos, género masculino, estado civil soltero, religión ninguna, instrucción se encuentra cursando la Universidad, ocupación estudiante, asiste a consulta psicológica de manera voluntaria presentándose con una vestimenta informal, en cuanto a su arreglo personal en ocasiones llegaba desarreglado, mostró un poco de tristeza, llanto, enojo, miedo, algo ansioso en algunas sesiones. Por otro lado, se fueron desarrollando varias sesiones con una duración de 50 minutos cada una, es por ello, que se irán explicando cada sesión:

Sesiones

Primera sesión: Fecha: 09/12/2022, Hora: 13:00 pm hasta 13:50 pm.

Se dió inicio a la primera sesión dando como apertura como se va a ir desarrollando la consulta psicológica, luego se fue estableciendo el rapport logrando que el paciente se sienta en confianza al momento de relatar lo que le sucede, asimismo se le explicó que todo lo que mencione va a ser confidencial. Se continuó llenando la ficha de observación clínica y luego llenando la historia clínica preguntándole sus datos de identificación, después se le indagó cuál es el motivo por el cual asiste a consulta donde el joven refiere “las últimas semanas he comenzado a sentir miedo, pánico, no tengo ganas de comer nada, solo quiero pasar llorando, siento culpa conmigo mismo, no tengo ánimos de realizar mis actividades cotidianas y solo deseo pasar en casa”.

Además, se le siguió preguntando de acuerdo al motivo de consulta que manifestó para ir descubriendo lo que le está pasando mismo que menciono que “desde hace 4 meses ingrese a la Universidad y desde el primer día de clases, mis compañeros comenzaron a molestarme y a ponerme apodosos como el tuerto, el bobo, feo, tarado, lo cual ha hecho que empezará a presentar síntomas como tristeza, irritabilidad, aislamiento, coraje por la manera en que se burlaban de mí”. El joven empezó a llorar y a sentirse algo ansioso, es por ello, que se le aplicó un ejercicio de relajación para que pueda calmarse.

Segunda sesión: Fecha: 24/12/2022, Hora: 14:00 am hasta 14:50 am.

En esta sesión el paciente llegó con una vestimenta algo desarreglado, el cual se procedió a preguntarle el motivo por el que llegaba así donde el joven menciono “no tuve

ganas de arreglarme, me siento algo intranquilo”. Después se le preguntó sobre los antecedentes familiares, ya que es muy primordial saber sobre cómo se encuentra estructurada su familia, también se interrogó si algún miembro de su familia de primer o segundo grado presentó antecedentes psicopatológicos y se llenó una parte de la anamnesis. Para concluir la sesión se le indicó que sería bueno que en su casa realice algún tipo de actividad física por lo menos 30 minutos para que le ayude a relajarse.

Tercera sesión: Fecha: 06/01/2023, Hora: 14:20 pm hasta 15:10 pm.

En esta sesión se le preguntó al paciente si realizó algún tipo de actividad como se le recomendó lo cual manifestó que no lo hizo porque no tenía ganas, se le mencionó que es normal que se sienta así y que a medida que avance las sesiones tendrá mejoría y que intente realizar la actividad de a poco, también se procedió a terminar de llenar los datos que faltaban de la historia clínica, luego de eso se le aplicó varios test los cuales fueron Inventario de Depresión de Beck, Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS), Escala de Autoestima de Rosemberg, los realizó sin problema.

Cuarta sesión: Fecha: 14 /01/2023, Hora: 11:00 am hasta 11:50 am.

Durante esta sesión se le explicó al paciente lo que posiblemente pueda tener y de qué se trata para que no se asuste, tuvo varias dudas, pero se le despejó todas, también se le mencionó que por lo pronto se va a ir trabajando con las técnicas del modelo cognitivo-conductual para que le ayuden a mejorar su sintomatología, las técnicas con las que se trabajaron fueron diferenciando hechos, pensamientos y sentimientos y cómo los pensamientos crean sentimientos, se le indicó su procedimiento indicándole que le van a permitir entender cómo su forma de pensar genera la emoción y conducta negativa.

Quinta sesión: Fecha: 25/01/2023, Hora: 13:10 pm hasta 14:00 pm.

En esta sesión se le suministro otra técnica la cual es razones para morir y razones para vivir donde se le dijo que en una hoja debe colocar en una columna los motivos por los que debe vivir y las razones por las que debe morir, siempre se le ayudo durante el ejerció, asimismo se aplicó la técnica de examinando evidencias para que ella mencionara las evidencias a favor y en contra de su afectación.

Sexta sesión: Fecha: 02/02/2023, Hora: 10:00 am hasta 10:50 am.

Durante esta sesión se procedió a realizar la entrevista de devolución donde se le explicó lo que padecía, pero manifestando siempre un diagnostico presuntivo y que se seguir trabajando con la Terapia Cognitiva-Conductual para que vaya mejorando. Después se continuó desarrollando la técnica de generar una explicación alternativa con el objetivo de un pensamiento más alternativo de lo que le está sucediendo.

Situaciones detectadas (hallazgos)

En el presente estudio de caso, se elaboraron varias sesiones psicológicas y se suministraron test psicológicos al paciente, en función a las dos variables: Bullying y relaciones interpersonales, se identificaron aspectos relevantes como:

- Aproximadamente hace 3 meses mientras el joven exponía una temática en su curso sus compañeros se mofaban y le lanzaban bolas de papel, a su vez el docente se refirió hacia él diciéndole palabras inapropiadas como que era un inepto, que no servía para nada, que debería ir a su casa y no regresar, haciendo que el joven salga llorando, tembloroso, con miedo e impotencia.
- Hace 2 meses mientras se dirigía al baño 3 de sus compañeros lo golpearon y encerraron en el sanitario, donde pedía auxilio, pero nadie lo ayudó, estuvo encerrado hasta el día siguiente. A partir de ese evento el paciente ha presentado pérdida de apetito, no quiere realizar ninguna actividad, siente culpa consigo mismo porque no puede defenderse, no logra dormir bien porque tiene pesadillas donde el docente y sus compañeros se le burlan.
- El paciente les comentó a sus padres lo que estaba sucediendo, pero su padre le mencionó que tiene que aprender a defenderse de lo que le están haciendo y no ponerse a llorar como mujer, al contrario, su madre solo lo consoló dándole un abrazo, mientras relataba lo sucedido expresó que desea morir para dejar de sufrir porque no le importa a nadie. Además, manifiesta que hubiese deseado tener un hermano para poder conversarle lo que le sucede y le pueda ayudar.
- Actualmente, el joven ha comenzado a manifestar dificultad para concentrarse, tomar decisiones y presenta sentimientos de culpa e inutilidad, dificultad para relacionarse con los demás, quiere dejar de estudiar en esa Universidad.

Además, según el modelo cognitivo-conductual aplicado se detectaron varios pensamientos automáticos como “soy un tonto, por eso nadie me quiere”, “soy feo por eso me molestan”, entre otros, el cual se procedió primero a trabajar con el pensamiento más relevante “quiero morir para dejar de sufrir porque no le importo a nadie”.

Resultados de los test aplicados

El primer test que se le tomó al paciente fue el Inventario de depresión de Beck el cual se encuentra constituido por 21 preguntas dando como resultado 32 puntos significando Depresión grave.

La otra batería aplicada fue la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS), está constituido por 20 dando como resultados 60 puntos significando que se encuentra Moderadamente deprimido.

Para concluir, se aplicó el test de Escala de autoestima de Rosemberg donde consta de 5 preguntas positivas y 5 preguntas negativas, sumando ambas columnas arrojó 24 puntos significando que el paciente tiene Autoestima baja.

Es importante señalar que, de acuerdo a las sesiones abordadas se logró obtener datos importantes donde se identificaron áreas deterioradas a nivel psicológico las cuales se van a trabajar, a continuación, se explicarán en el siguiente cuadro sindrónico:

Tabla 1.

Cuadro psicopatológico

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Pesadillas, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones.	Depresión
Afectivo	Tristeza, irritabilidad, enojo, miedo, apatía, sentimientos de culpa, pánico, sentimientos de inutilidad, autoestima baja, desesperanza, impotencia.	
Pensamiento	Pensamiento suicida y pensamientos automáticos.	
Conducta social - escolar	Aislamiento, dificultad para relacionarse.	
Somática	Llanto, temblores en el cuerpo, pérdida de apetito, insomnio.	

Se pudo detectar puntos significativos para conocer la causa de la afectación del joven, mismos que son factores predisponentes: carencia afectiva por parte de sus padres, agresiones en la universidad, desear tener un hermano, asimismo, el evento precipitante: agresión verbal y física por sus compañeros y docente. El tiempo de evolución es de 4 meses.

Diagnóstico presuntivo

Después de haber recopilado toda la información pertinente durante las sesiones llenado la historia clínica, aplicando las baterías psicométricas, tomando en cuenta el género, duración, factor desencadenante con la ayuda de los manuales diagnósticos se llegó a la conclusión que la paciente presenta de acuerdo con el DSM-V (296.23) Trastorno de depresión mayor y según la CIE-10 (F 32.2) Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

Soluciones planteadas

Se abordó la Terapia Cognitivo-conductual con el propósito de disminuir la sintomatología del paciente porque se orienta en explicar que los pensamientos automáticos son los que generan los sentimientos y conductas negativas, generando que se encuentre con un estado anímico decaído y no querer realizar ninguna actividad en su vida debido a que se hallan varias áreas afectadas como la parte cognitiva, afectiva, conductual y somática.

Además, su enfoque es retirar el pensamiento negativo y dejar un pensamiento alternativo para que el paciente siga con sus actividades regulares, por ende, el esquema terapéutico se encuentra estructurado por hallazgos, meta terapéutica, técnicas, número de sesiones y sus fechas, finalmente, se expresan los resultados obtenidos que se consiguieron al desarrollar las técnicas terapéuticas, por lo tanto, se detallarán en la siguiente tabla:

Tabla 2.

Esquema terapéutico basado en la Terapia Cognitivo-Conductual

Hallazgos, metas, técnicas y resultados correspondientes del caso del joven C.A.

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Cognitiva/ afectiva: Pensamiento automático	Lograr que entienda sobre la afectación que presenta y despejar todas sus dudas para que no tenga miedo.	Psicoeducación			Se consiguió que el joven comprendiera de qué se trata su afectación, realizó varias preguntas, pero todas se le fueron respondiendo.
“Quiero morir para dejar de sufrir porque no le importo a nadie”	Conseguir que aprenda a diferenciar los eventos de los pensamientos y sentimientos.	Diferenciando, hechos, pensamientos y sentimientos	1	14 /01/2023	Se logró que entienda la técnica, ya que se le dió varios ejemplos de eventos, pensamientos y sentimientos
	Conseguir que entienda que su forma de pensar es la que está	Explicar cómo los pensamientos			El paciente pudo anotar sus pensamientos y los sentimientos que le

	<p>generando los sentimientos de forma negativa.</p> <p>Lograr que el paciente escriba las razones por las cuales desea morir y las razones por las que debe vivir.</p>	<p>crean sentimientos</p> <p>Razones para morir y razones para vivir</p>	1	25/01/2023	<p>generan la afectación.</p> <p>Se consiguió que anotará los motivos por los que desea morir y los motivos por los que quiere vivir.</p>
	<p>Conseguir que identifique las evidencias a favor y en contra de su patología.</p>	<p>Examinando evidencias</p>			<p>Se le dieron ejemplos al paciente para que detecte las evidencias a favor y en contra de su malestar.</p>
	<p>Lograr que el joven genere un pensamiento alternativo frente al pensamiento negativo.</p>	<p>Generar una explicación alternativa</p>	1	02/02/2023	<p>El paciente originó un pensamiento alternativo “debo vivir para cumplir mis metas”.</p>
<p>Conductual:</p> <p>Aislamiento, dificultad para relacionarse</p>	<p>Conseguir que mantenga activo realizando algún ejercicio para vencer su inactividad.</p>	<p>Programación de actividades</p>	1	10/02/2023	<p>El joven menciona que no quería realizar ninguna actividad, pero a medida que paso los días lo hizo y expresó que le causo bienestar</p>
<p>Somática:</p> <p>Llanto, temblores en el cuerpo, pérdida de apetito, insomnio</p>	<p>Lograr que el paciente se tranquilice cuando aparezca la sintomatología.</p>	<p>Respiración en 4 tiempos</p>	1	16/02/2023	<p>Se logró que el paciente se calmara al realizar la técnica cada que se sentía mal, sin problema.</p>

CONCLUSIONES

Se determinó que el Bullying es un acoso que viven diariamente los niños, niñas, adolescentes en las escuelas, colegios y jóvenes universitarios, recibiendo agresión física, verbal y psicológica por parte de otro compañero, viven en constante miedo, preocupación y tristeza, por lo cual toman la decisión de aislarse de los demás, perdiendo la facultad de interrelacionarse con los miembros internos y externos de su entorno, debido a los pensamientos automáticos que surgen a raíz de toda la situación, atribuyéndose etiquetas ellos mismo sobre su físico e intelecto o lo que supuestamente la sociedad piensa sobre ellos en diversos aspectos.

Se identificó que la capacidad de adaptación del paciente fue excelente durante la escuela y el colegio, tanto con sus compañeros y los docentes, llegando a destacar por su rendimiento académico y conducta, ya que era disciplinado, responsable y amigero. La relación con sus padres siempre ha sido conflictiva, distante, nunca le han hecho caso a lo que les ha manifestado. La relación con sus maestros siempre fue buena durante el colegio y escuela, en cambio, en la Universidad ha sido conflictiva e irrespetuosa.

En el joven se encontró que nunca se le dificultó en su aprendizaje ya que receptaba la información sin complicaciones, le gustaba estudiar. Estudió la escuela y colegio en la misma Unidad educativa, se encuentra estudiando la universidad la carrera de Educación Básica, donde ha sido víctima de rechazo y discriminación por su condición.

Se evidencio en el paciente que anteriormente consumía las 3 comidas diarias y hasta frutas en las tardes con normalidad, pero actualmente no le da mucho apetito, a veces come una sola vez al día. Por otro lado, señala que anteriormente dormía las 8 horas diarias incluso hasta más, sin embargo, ahora no puede dormir porque empieza a tener pesadillas.

Se demostró por medio de las baterías psicométricas implementadas el nivel de depresión, por ello, el Inventario de depresión de Beck arrojó depresión grave, la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS) se identificó que se encontraba moderadamente deprimido y mediante la Escala de autoestima de Rossemberg se demostró una autoestima baja, estos resultados son esenciales en los criterios de diagnósticos.

En base a las diferentes técnicas psicológicas aplicadas para la recopilación de datos del paciente, se destaca la observación clínica, entrevista semiestructurada, historia clínica y los diferentes test psicométricos, por ende, se llegó al diagnóstico presuntivo, donde el

sujeto presenta de acuerdo al DSM-V (296.23) Trastorno de depresión mayor y según la CIE-10 cuyo código (F32.2) Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

Se clarifico que el paciente al padecer trastorno de depresión mayor, el cual es una afectación del estado del ánimo, prevaleciendo signos y síntomas de tristeza, llanto, pérdida de interés, frustración, desesperanza e inutilidad, pensamientos negativos sobre sí mismo, por ende, se aíslan del ámbito familiar y social, es muy común ver tal situación en adolescentes o jóvenes que sufren acoso escolar, siendo a nivel mundial el porcentaje más elevado con depresión, incluso muchas veces llevándoles al suicidio. También, hay que recalcar que existen personas que no manifiestan dicha sintomatología de tristeza y aislamiento, llegan a tener muy buena capacidad para vincularse con los demás, siendo muy amigueros, pero en si son lo más propensos a cometer el suicidio.

Se determino la afectación del Bullying en las relaciones interpersonales que tiene un joven de 23 años, por el constante maltrato físico y verbal que recibe por parte de sus compañeros, afectándole drásticamente en las habilidades sociales que tiene el ser humano por naturaleza, debido a las burlas de los victimarios hacia él, influyendo que se aislé y tenga poca comunicación con las otras personas.

Se logró aplicar en el paciente un tratamiento en base a la terapia Cognitivo-Conductual de Aaron Beck para que concientice sobre sus pensamientos y pueda clarificar y visualizar de manera más asertiva ante las situaciones que surgen en cualquier momento, por tal motivo se procedió a implementar diversas técnicas cognitivas-conductuales, destacando la técnica razones para vivir y razones para morir, donde en una hoja el sujeto escribe las razones por las cuales debe vivir y morir, encontrando aquí muchas situaciones por las que tiene que vivir y llevar una vida plena, es utilizada en emergencia psicológica cuando las personas atentan contra su vida.

Se recomienda que el paciente realice una planificación de actividades en sus horarios libres, para así evitar que la mente pase desocupada generando una gama de pensamientos negativos de lo que le sucede, por ese motivo con las actividades a realizar ya sea en el aspecto deportivo como salir a trotar, jugar básquet, ir a un curso de natación o sino en el aspecto cultural y social puede ser ir al cine, teatro, opera, exhibiciones de pinturas y otras actividades más favorecen a tener un mejor estilo y calidad de vida donde los pensamientos no generen afectaciones a nivel conductual, también es necesario que al existir cualquier recaída siendo algo normal en pacientes depresivos, acuda a terapia para no empeorar su estado mental, para que de este modo se le pueda dar el apoyo emocional que necesita y seguir con otras sesiones que serían mínimas para su mejoría.

BIBLIOGRAFÍA

- Betancourt, V. (2022). *Universidad Metropolitana*. Obtenido de Dirección de Asesoramiento y Desarrollo Estudiantil: <https://www.unimet.edu.ve/wp-content/uploads/2022/06/DADE-Importancia-de-las-relaciones-interpersonales-para-el-bienestar-emocional.pdf>
- Bohorquez, D. (2020). Estado emocional y respuesta académica en niños víctimas de bullying. *Universidad Técnica de Machala*, 1-57.
- Corbacho, A. (2022). Pasos para crear una buena relación con tu equipo. *Observatorio ORH*.
- Espinoza, E. (2020). La diversidad cultural y la problemática con el bullying en el ámbito de la educación básica. *Revista Metropolitana de Ciencias Aplicadas*, 57-62.
- Etece. (2022). *Concepto de*. Obtenido de <https://concepto.de/relaciones-interpersonales/>
- Lacunza, A. (2016). Relaciones interpersonales positivas: los adolescentes como protagonistas. . *Psicodebate: psicología, cultura y sociedad*, 16(2), 73-94.
- Larrain, E. (2020). El bullying en el País Vasco: prevalencia y diferencias en función del sexo y la orientación sexual. *Scielo*.
- Mendoza , D. (2021). Relación entre bullying y depresión en adolescentes. *Universidad del Azuay*, 1-52.
- Pulido, N. (2021). Estudio del Bullying en un colegio público del distrito de Carabayllo. *Universidad de Ciencias y Humanidades*, 1-5.
- Romera, E. (2020). Social status and friendship in peer victimization trajectories. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Salazar, M. (2020). Depresión en adolescentes víctimas de bullying. *Universidad Autónoma de Aguascalientes*, 1-97.
- Salbarredi, A. (2017). Hablemos de la Discapacidad Comunicativa. *EM Navarra*.
- Serna, O. (2020). Análisis documental sobre el bullying utilizando la cartografía conceptual desde la so- cioformación. *Dialnet*, 1-8.

Simón, M. J. (2019). Factores personales y sociales que protegen frente a la victimización por bullying. *Enfermería Global*, 1-12.

Unicef. (2019). *¿Cómo prevenir el acoso escolar?* Obtenido de <https://www.unicef.es/acoso-escolar-bullying#entiende>

Universidad de Cordoba. (2020). *Diario Cordoba*. Obtenido de <https://www.diariocordoba.com/cordoba-ciudad/2020/10/13/estudio-uco-revela-aislamiento-social-35926234.html>

Universidad de Cordova . (2020). EL AISLAMIENTO SOCIAL AGRAVA LA SITUACIÓN DE LAS VÍCTIMAS DE ACOSO ESCOLAR. *Unidad de Cultura Científica y de la Innovación*.

Villavicencio, M. E. (2021). Tipos de acoso escolar entre pares en estudiantes de un Colegio de carácter oficial. *Universidad Antonio Nariño*, 1-75.

ANEXOS

Anexo 1. Ficha de observación clínica

FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA MODELO DE REPORTE DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES:

Nombre: C.A. **Sexo:** Masculino **Edad:** 23 años
Lugar y fecha de nacimiento: Ventanas, 8 de marzo de 1999
Instrucción: Cursando la Universidad
Tiempo de observación: 50 minutos
Hora de inicio: 13:00 pm **Hora final:** 13:50 pm **Fecha:** 09/12/2022
Tipo de observación: Observación directa
Nombre de la observadora: Eddy Cellan Alarcón

II: DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN:

2.1 DESCRIPCIÓN FÍSICA Y VESTIMENTA

El paciente es de estatura alta de acuerdo a su edad y su biotipo ectomorfo, en cuanto a su aspecto personal presenta una vestimenta informal, cabello corto negro, usa lentes, en ocasiones se presentaba desarreglado.

2.2 DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA

El paciente es colaborador y cordial, durante las entrevistas mostró un poco de tristeza, llanto, enojo, miedo, ansioso; existe coherencia entre su discurso y su actitud. Lenguaje expresivo, fluido y comprensivo. Lateralidad diestra.

III: COMENTARIO:

Ninguno.

HISTORIA CLÍNICA

HC. # 01

Fecha: 09 /12/ 2022

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: C. E. A. R.

Edad: 23 años

Lugar y fecha de nacimiento: Ventanas, 8 de marzo de 1999

Género: Masculino

Estado civil: Soltero

Religión: Ninguna

Instrucción: Cursando la Universidad

Ocupación: Estudiante

Dirección: Ventas, Ricardo Astudillo y Serapio Villamar

Teléfono: 0987431067

Remitente: Remitido por el paciente

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta psicológica debido a que las últimas semanas ha comenzado a sentir miedo, pánico, no tiene ganas de comer nada, solo quiere pasar llorando, culpa consigo mismo, no tiene ánimos de realizar sus actividades cotidianas y solo desea pasar en casa.

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

El paciente manifiesta que hace 4 meses ingresó a la Universidad a estudiar la carrera de Educación Básica y que, desde el primer día de clases, refiere “comenzaron a molestarme y a ponerme apodosos como el tuerto, el bobo, feo, tarado”, lo cual ha hecho que el joven empezó a presentar síntomas como tristeza, irritabilidad, aislamiento, coraje por la manera en que se burlaban sus compañeros.

Aproximadamente hace 3 meses mientras exponía una temática en su curso sus compañeros se mofaban y le lanzaban bolas de papel, a su vez el docente se refirió hacia él diciéndole “eres un inepto, no sirves para nada, deberías ir a tu casa y no regresar”, haciendo que el joven salga llorando, tembloroso, con miedo e impotencia, expresando “soy un tonto, por eso nadie me quiere”.

Hace 2 meses mientras se dirigía al baño 3 de sus compañeros lo golpearon y encerraron en el sanitario, mencionando “grité pidiendo auxilio, pero nadie me ayudó, estuve encerrado hasta el día siguiente”. A partir de ese evento el paciente ha presentado pérdida de apetito, no quiere realizar ninguna actividad, siente culpa consigo mismo porque no puede defenderse, no logra dormir bien porque tiene pesadillas donde el docente y sus compañeros se le burlan, no desea ir a clases debido a que quiere pasar en casa por el pánico que manifiesta.

Por otro lado, el joven les comento a sus padres lo que estaba sucediendo, pero su padre le mencionó que tiene que aprender a defenderse de lo que le están haciendo y no ponerse a llorar como mujer, por el contrario, su madre solo lo consoló dándole un abrazo, mientras relataba lo sucedido expresa “quiero morir para dejar de sufrir porque no le importo a nadie”. Además, manifiesta que hubiese deseado tener un hermano para poder conversarle lo que le sucede y le pueda ayudar, también se hubiera sentido querido y al no tenerlo siente tristeza.

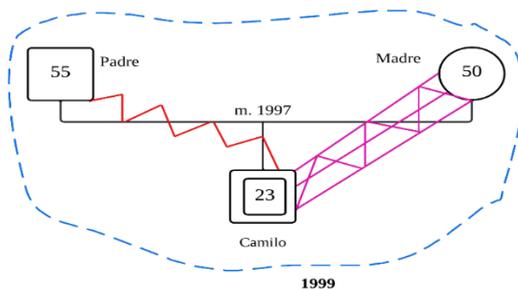
Actualmente, ha comenzado a manifestar dificultad para concentrarse, tomar decisiones y presenta sentimientos de culpa e inutilidad, dificultad para relacionarse con los demás,

quiere dejar de estudiar en esa Universidad, aunque tiene miedo que le vuelvan a realizar las mismas agresiones físicas y verbales, no sabe qué hacer con su vida porque no tiene apoyo por parte de sus padres, menciona “soy feo por eso me molestan”.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre de 55 años, militar, no padece de ninguna enfermedad. Madre de 50 años, secretaria, no padece de ninguna enfermedad. No tiene hermanos.

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).



Actualmente, el paciente vive con sus padres, refiere que tiene una relación conflictiva con su padre y con su madre la relación es estrecha pero conflictiva.

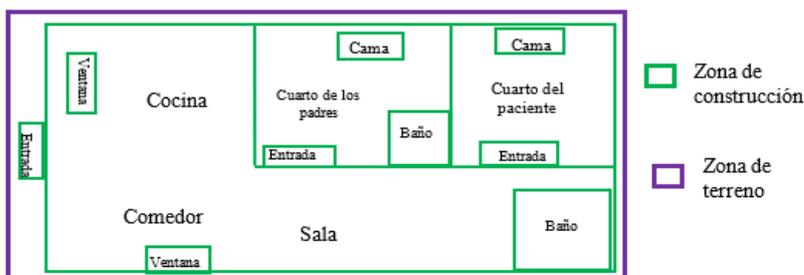
b. Tipo de familia.

El paciente proviene de una familia nuclear, formada por padre y madre.

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

Tío materno de 45 años, se suicidó debido a que presentaba depresión severa.

5. TIPOLOGÍA HABITACIONAL



Casa propia. Servicios básicos: agua potable, energía, internet, pozo séptico.

Viven 3 personas.

2 camas: 1 en el cuarto de la pareja y 1 en el cuarto del paciente.

2 ventanas y 2 baños.

6. HISTORIA PERSONAL

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

Embarazo: Fue planificado, deseado por sus padres. Su alumbramiento fue a las 39 semanas

Parto: Eutócico, en clínica sin complicaciones.

Lactancia: Fue a través de leche de fórmula hasta 5 años.

Marcha: A los 6 meses comenzó a gatear, al año comenzó a caminar.

Lenguaje: Balbuceó a los 5 meses. A los 9 meses decía las primeras palabras con sentido, a los 2 años y medio construía frases, a los 4 años construía oraciones.

Control de esfínteres: A partir de los 2 años y nunca presentó enuresis.

Funciones de autonomía: A los 3 años comenzó a independizarse por medio de afirmaciones y negaciones a lo que le manifestaban.

Enfermedades: Ninguna.

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

La capacidad de adaptación del paciente fue excelente durante la escuela y el colegio, tanto con sus compañeros y los docentes, llegando a destacar por su rendimiento académico y conducta, ya que era disciplinado, responsable y amiguo. La relación con sus padres siempre ha sido conflictiva, distante, nunca le han hecho caso a lo que les ha manifestado. La relación con sus maestros siempre fue buena durante el colegio y escuela, mientras que en la Universidad ha sido conflictiva e irrespetuosa.

El joven expresa que nunca se le dificultó en su aprendizaje debido a que recibía la información sin complicaciones, le gustaba estudiar. Estudió la escuela y colegio en la misma Unidad educativa, se encuentra estudiando la universidad la carrera de Educación Básica.

6.3. HISTORIA LABORAL

No refiere.

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

El paciente indica que durante el colegio tuvo amigos, pero luego se separaron porque cada cual se fue a estudiar en diferentes universidades, actualmente, no tiene amigos porque piensa que le van a lastimar como sus compañeros. No le gusta salir con nadie, solo quiere quedarse en casa.

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

El paciente indica que en su tiempo libre le gusta leer y escuchar música. Le gusta jugar fútbol, pero actualmente no realiza ese deporte por miedo a salir de su casa.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

El paciente menciona que es poco afectivo, no le gusta que le den abrazos. Además, menciona que, a los 12 años empezó a masturbarse, su vida sexual empezó cuando tenía 16

años con una enamorada que tenía. Actualmente no está en ninguna relación sentimental y se identifica como heterosexual.

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

No refiere.

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

El paciente expresa que anteriormente consumía las 3 comidas diarias y hasta frutas en las tardes con normalidad, pero actualmente no le da mucho apetito, a veces come una sola vez al día. Por otra parte, señala que anteriormente dormía las 8 horas diarias incluso hasta más, sin embargo, ahora no puede dormir porque empieza a tener pesadillas.

6.9. HISTORIA MÉDICA

No refiere.

6.10. HISTORIA LEGAL

No refiere.

6.11. PROYECTO DE VIDA

El paciente menciona que quiere le gustaría terminar su carrera, sacar su maestría, trabajar, irse de viaje y comprarse su casa.

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

El paciente es de estatura alta de acuerdo a su edad y su biotipo ectomorfo, en cuanto a su aspecto personal presenta una vestimenta informal, cabello corto negro, usa lentes, en ocasiones se presentaba desarreglado. Es colaborador y cordial, existe coherencia entre su discurso y su actitud. Lenguaje expresivo, fluido y comprensivo. Lateralidad diestra. Durante las entrevistas mostró un poco de tristeza, llanto, enojo, miedo, algo ansioso.

7.2. ORIENTACIÓN

Presenta una orientación autopsíquica.

7.3. ATENCIÓN

No presenta problemas de atención.

7.4. MEMORIA

No presenta problemas de memoria.

7.5. INTELIGENCIA

No presenta problemas de inteligencia.

7.6. PENSAMIENTO

Pensamientos de culpa.

7.7. LENGUAJE

No presenta dificultades en su lenguaje.

7.8. PSICOMOTRICIDAD

No presenta dificultades en su psicomotricidad.

7.9. SENSOPERCEPCIÓN

No presenta dificultades en su sensopercepción.

7.10. AFECTIVIDAD

Presenta depresión reactiva o situacional, tristeza patológica.

7.11. JUICIO DE REALIDAD

No presenta alteración en el juicio de la realidad.

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Presenta conciencia de enfermedad.

7.13. HECHOS PSICOTRAUMÁTICOS E IDEAS SUICIDAS

No refiere.

8. PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS

- **Inventario de Depresión de Beck, 1960**

Obtiene 32 puntos, que equivale a **Depresión grave**.

- **Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS), 1965**

Obtiene 60 puntos, que equivale a **Moderadamente deprimido**.

- **Escala de Autoestima de Rosemberg**

Obtiene 24 puntos, que equivale a **Autoestima baja**. Existen problemas significativos de autoestima.

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Pesadillas, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones.	

Afectivo	Tristeza, irritabilidad, enojo, miedo, apatía, sentimientos de culpa, pánico, sentimientos de inutilidad, autoestima baja, desesperanza, impotencia.	Depresión
Pensamiento	Pensamiento suicida y pensamientos automáticos.	
Conducta social - escolar	Aislamiento, dificultad para relacionarse.	
Somática	Llanto, temblores en el cuerpo, pérdida de apetito, insomnio.	

9.1. Factores predisponentes: Carencia afectiva por parte de sus padres, agresiones en la universidad, desear tener un hermano.

9.2. Evento precipitante: Agresión verbal y física por sus compañeros y docente.

9.3. Tiempo de evolución: Es alrededor de 4 meses.

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

Diagnóstico presuntivo: F32.2 (296.23) DSM-V Trastorno de depresión mayor.

11. PRONÓSTICO

El paciente presenta un pronóstico reservado.

12. RECOMENDACIONES

Se recomienda que el paciente asista a:

- Terapia Cognitivo-Conductual.

También, se recomienda que el paciente y sus padres reciban psicoeducación.

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Cognitiva/afectiva: Pensamiento automático	Lograr que entienda sobre la afectación que presenta y despejar todas sus dudas para que no tenga miedo.	Psicoeducación	1	14 /01/2023	Se consiguió que el joven comprendiera de qué se trata su afectación, realizo varias preguntas, pero todas se le fueron respondiendo.
“Quiero morir para dejar de	Conseguir que aprenda a diferenciar los eventos de los	Diferenciando, hechos,			Se logró la técnica, ya que se le dió varios ejemplos de eventos,

sufrir porque no le importo a nadie”	pensamientos y sentimientos.	pensamientos y sentimientos			pensamientos y sentimientos
	Conseguir que entienda que su forma de pensar es la que está generando los sentimientos de forma negativa.	Explicar cómo los pensamientos crean sentimientos			El paciente pudo anotar sus pensamientos y los sentimientos que le generan la afectación.
	Lograr que el paciente escriba las razones por las cuales desea morir y las razones por las que debe vivir.	Razones para morir y razones para vivir	1	25/01/2023	Se consiguió que anotará los motivos por los que desea morir y los motivos por los que quiere vivir.
	Conseguir que identifique las evidencias a favor y en contra de su patología.	Examinando evidencias			Se le dieron ejemplos al paciente para que detecte las evidencias a favor y en contra de su malestar.
	Lograr que el joven genere un pensamiento alternativo frente al pensamiento negativo.	Generar una explicación alternativa	1	02/02/2023	El paciente originó un pensamiento alternativo “debo vivir para cumplir mis metas”.
Conductual: Aislamiento, dificultad para relacionarse	Conseguir que mantenga activo realizando algún ejercicio para vencer su inactividad.	Programación de actividades	1	10/02/2023	El joven dijo que no quería realizar ninguna actividad, pero a medida que paso los días lo hizo y expresó que le causo bienestar
Somática: Llanto, temblores en el cuerpo, pérdida de apetito, insomnio	Lograr que el paciente se tranquilice cuando aparezca la sintomatología.	Respiración en 4 tiempos	1	16/02/2023	Se logró que el paciente se calmara al realizar la técnica cada que se sentía mal, sin problema.

Anexo 3. Test psicométricos

23 años

Nombre: C. E. A. R.

Fecha: 06/01/2023

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Dentro de cada grupo de afirmaciones escoge una sola respuesta; aquella que mejor define cómo te has sentido en la última semana, incluyendo hoy.

1. Tristeza

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. Siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

- 0. No me siento fracasado.
- 1. He fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. Siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

- 0. No estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.

23 años

Fecha: 08/01/2023

Nombre: J. E. A. R.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

8. Autoacusación

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continualmente me culpo por mis faltas.
- 4. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Ideas suicidas

- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. Ahora lloro más que antes.
- 2. Lloro continuamente.
- 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

- 0. No estoy especialmente irritado.
- 1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2. Me siento irritado continuamente.
- 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3. He perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

- 0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal

- 0. No creo tener peor aspecto que antes.
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

23

15..Entencimiento.....

- 0. Trabajo igual que antes.-
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. He perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

- 0. No estoy preocupado por mi salud.
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Nivel de energía

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual.

Total ⇒ 32

Resultado ⇒ Depresión Grave

Nombre \rightarrow E. E. A. R.

06/01/2023

23 años

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	1 Poco tiempo	2 Algo del tiempo	3 Una buena parte del tiempo	4 La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				✓
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.		✓		
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				✓
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				✓
5. Como la misma cantidad de siempre.	✓			
6. Todavía disfruto el sexo.	✓			
7. He notado que estoy perdiendo peso.				✓
8. Tengo problemas de estreñimiento.				✓
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				✓
10. Me canso sin razón alguna.				✓
11. Mi mente está tan clara como siempre.	✓		✓	
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.	✓			
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				✓
14. Siento esperanza en el futuro.				✓
15. Estoy más irritable de lo normal.		✓	✓	
16. Me es fácil tomar decisiones.	✓			
17. Siento que soy útil y me necesitan.	✓	✓	✓	
18. Mi vida es bastante plena.		✓		
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				✓
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.		✓	✓	

$$4 + 4 + 12 + 40 \Rightarrow 60$$

Resultado \Rightarrow Moderadamente Deprimido

6yh

23 años

06/01/2023

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

NOMBRE: C. E. A. R.

POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES FRASES CON LA RESPUESTA QUE CONSIDERE MAS APROPIADA

- A. MUY DE ACUERDO
- B. DE ACUERDO
- C. EN DESACUERDO
- D. MUY EN DESACUERDO

	A=4	B=3	C=2	D=1
1. SIENTO QUE SOY UNA PERSONA DIGNA DE APRECIO, AL MENOS EN IGUAL MEDIDA QUE LOS DEMAS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ESTOY CONVENCIDO/A DE QUE TENGO CUALIDADES BUENAS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. SOY CAPAZ DE HACER LAS COSAS TAN BIEN COMO LA MAYORIA DE LA GENTE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. TENGO UNA ACTITUD POSITIVA HACIA MI MISMO/A	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. EN GENERAL, ESTOY SATISFECHO/A DE MI MISMO/A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	A=1	B=2	C=3	D=4
6. SIENTO QUE NO TENGO MUCHO DE LO QUE ESTAR ORGULLOSO/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. EN GENERAL, ME INCLINO A PENSAR QUE SOY UN FRACASADO/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ME GUSTARIA PODER SENTIR MAS RESPETO POR MI MISMO/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. HAY VECES QUE REALMENTE PIENSO QUE SOY UN/A INUTIL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. A VECES CREO QUE NO SOY BUENA PERSONA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2+3+1+8 ⇒ 24

Resultado ⇒ Autoestima Baja. Existen problemas significativos de Autoestima