



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO



DOCUMENTACION PROBATORIO (DIMENSION ESCRITA)
DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO

PROBLEMA

**PENSAMIENTOS IRRACIONALES Y SU INFLUENCIA EN LA
DEPRESIÓN DE UN JOVEN DE 22 AÑOS.**

AUTOR

OSCAR JAHIR FREIRE REYES

TUTORA

DRA. GINA ESMERALDA BELTRAN BAQUERIZO,
MG. TF

BABAHOYO – ECUADOR

2020



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO



RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene el interés de conocer a fondo las principales ideas de los pensamientos irracionales y su influencia en la depresión de un joven de 22 años, en situaciones como esta, la primera preguntada que debemos hacernos es ¿Cuál es el nivel de depresión? y ¿culés son las principales ideas irracionales en el joven?, estas preguntas me ayudaron a ordenar las pruebas psicométricas: Ideas Irracionales y Depresión. Para este proyecto trabaje solo con jóvenes de 22 años Hombre y Mujer.

Dentro de esta investigación descubrí que las ideas Irracionales durante la juventud se suelen presentar en algunos ámbitos de la vida de cada uno de ellos; dando como resultados los estresores como: No vivir en una familia que les brinde afecto o vivir en la soledad, datos como este provocan en el adolescente reacciones negativas tales como “mi vida no tiene sentido” “a nadie le importo” “siempre estaré solo” “no sé qué hacer con mi vida” creencias de este tipo pueden tener mucha relevancia en el desarrollo psicosocial.

Al elegir este tema mi principal objetivo para esta investigación fue establecer la presencia de ideas irracionales y depresión de un joven y darle solución a la problemática.

Palabras claves: Pensamiento, irracional, efecto, depresión.

ABSTRACT

The present research work has the interest of knowing in depth the main ideas of irrational thoughts and their influence on the depression of a 22-year-old young man, in situations like this, the first question we should ask ourselves is: What is the level of depression? And what are the main irrational ideas in the young man? These questions helped me to order the psychometric tests: Irrational Ideas and Depression. For this project I worked only with young men and women of 22 years old.

Within this research I discovered that Irrational ideas during youth usually appear in some areas of the life of each of them; resulting in stressors such as: Not living in a family that gives them affection or living in solitude, data like this provoke negative reactions in the adolescent such as “my life has no meaning” “nobody cares about me” “I will always be alone” “I don't know what to do with my life” beliefs of this type can have a lot of relevance in psychosocial development.

By choosing this topic, my main objective for this research was to establish the presence of irrational ideas and depression in a young man and to solve the problem.

Keywords: Thinking, irrational, effect, depression.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO



ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	4
DESARROLLO	5
JUSTIFICACION.....	5
OBJETIVO GENERAL.....	5
MARCO TEIRICO	6
TECNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION.....	14
RESULTADOS OBTENIDOS	16
CONCLUSIONES	22
RECOMENDACIONES	23
BIBLIOGRAFIA	24
Anexos.....	25
Anexo 1	25
1.1 Anexo 2	29

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso, trata sobre los pensamientos irracionales y su efecto en la depresión de un joven de 22 años, y la importancia de reconocer estos pensamientos perturbadores en la vida de este individuo, y reconociendo a la depresión como una enfermedad común en la población, especialmente en los jóvenes. Cuenta con una línea de investigación que es; prevención y diagnóstico, y una sublínea de investigación que es la siguiente; psicoterapia individual.

La primera parte del estudio de caso se centra en conocer los pensamientos irracionales y lo importante que es ser consciente de nuestros pensamientos, y lo que ocasionan, cuales son los posibles pensamientos que intervienen en la depresión; de la misma manera se logra ver la influencia de los pensamientos irracionales en un cuadro depresivo. En esta parte se encuentran aportaciones de diversos autores que mejoran el entendimiento del estudio de caso.

En la segunda parte se muestran las técnicas y herramientas que se utilizaron en el tratamiento y evolución del paciente, logrando así un estudio de caso que genere resultados a partir del discurso del paciente que permitieron aplicar las técnicas que lograron mejorar la salud mental del involucrado.

Para concluir se encuentran las conclusiones y recomendaciones realizadas por el autor, la cual, al obtener toda la información pertinente al estudio de caso, se logra recomendar soluciones adecuadas al problema del joven, y así poder aportar a la sociedad con este tema.

DESARROLLO

JUSTIFICACION

Realizar este estudio de caso, es importante porque pudimos conocer cuáles son los pensamientos irracionales que influyen en la sintomatología depresiva, y que cambios pueden generar en la perspectiva de la realidad del paciente, por esta razón es esencial conocerlos y así poder realizar un debate lógico o filosófico de estos pensamientos irracionales.

El beneficiado fue el paciente que se lo asesoró psicológicamente por la modalidad de teleasistencia, porque a medida que se aplicará la intervención psicológica se tratará de modificar el autoconcepto y su baja tolerancia a la frustración que le impiden superar la depresión.

Este estudio de caso pretendió a contribuir con información clínica psicológica y sobre intervención de las creencias irracionales y sus efectos en la psique de las personas, con el objetivo de convertirse en una herramienta que servirá de apoyo a las personas que se desenvuelven en el ámbito clínico en el caso que se les presente un hecho con las mismas características del trabajo investigativo que se va a realizar, y cooperar indirectamente a las comunidades de la provincia de Los Ríos. Se contó con la colaboración del sujeto muestra de estudio lo que nos permitió la factibilidad.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la influencia de los pensamientos irracionales en la depresión de un joven de 22 años.

MARCO TEORICO

Pensamientos irracionales

Los pensamientos irracionales se crean a partir de la estructura psicológica de cada individuo, basándose en las experiencias negativas que producen ideas y metas perturbadas. Ellis (1985) (Polo, 2015). Menciona “las ideas irracionales son aquellas cogniciones, ideas y filosofías que sabotean y bloquean el cumplimiento de las metas más importantes o básicas de la persona” (p.149). Ocasionalmente conflictos internos que ponen en duda las creencias del sujeto, ya que las han venido existiendo durante años y cuando son puestas en debate, estas cogniciones bloquean el pensamiento, impidiendo el razonamiento lógico.

Los pensamientos irracionales son creaciones neuronales que se originan de manera automática permitiendo al organismo controlarse. (Cossini, 2017). (Hurtado, 2019). Indica que “Las emociones son respuestas químicas y neuronales que se dan de manera automática y son fundamentales para la supervivencia, además que permiten al organismo regularse para actuar ante un fenómeno determinado” (p.12). Determinando el funcionamiento y la supervivencia de la reacción evolutiva del ser humano, siendo una respuesta natural y biológica.

Los pensamientos mal interpretados por las personas son tan estructurados que su origen se da en las experiencias, donde son tan reales, que distorsiona la manera de ver la vida del sujeto, donde estas creencias a pesar de ilógicas, son inmovibles. Las creencias irracionales inciden en el normal desarrollo de las personas de manera negativa, a raíz que estas persiguen una meta personal de modo exigente y absolutista influyendo en distintos aspectos psicoemocionales y sociales de una persona y por ende afectando su bienestar psicológico, sus capacidades y el crecimiento personal. (Hurtado, 2019, p. 14)

Al momento de crear una filosofía de vida basada en creencias irracionales la persona, tiende a cumplir con objetivos de manera exigente, absolutista donde afecta su salud mental y su crecimiento personal en vez de ser rápido será agotador y exigente.

Estos pensamientos se han dado desde la niñez, solamente que con el tiempo y el desarrollo cognitivo toman absoluta relevancia en el desarrollo y en la toma de decisiones del joven, produciendo miedos y en muchas ocasiones altera el autoconcepto personal. Ellis & (Becker, 1982) (Sánchez, 2017). “afirman que la creencia irracional es dogmática y poco

funcional, haciendo que el individuo se evalué a sí mismo, a los demás y al mundo de una forma rígida y absoluta”.

Llega un punto donde la persona se perturba y no sabe qué hacer con esos pensamientos que no lo ayudan en sus actividades, en algún momento sirvieron para alcanzar objetivos de forma exigente y demandante, pero después se convierten en pensamientos que no dejan tranquilo al sujeto.

Causas y orígenes

Benesh (2009) (Velásquez, 2016). “Establece que las ideas irracionales provienen mayormente de la propia familia y de la sociedad a la que el individuo pertenece, ya que hay personas que manejan ideas irracionales como algo que se acopla a su vida” (p. 8).

Albert Ellis (1985) creó la terapia racional emotiva (TRE), la cual posee un enfoque conductual. Es un método usado con el fin de lograr modificar los núcleos cognitivos disfuncionales, descubrir las irracionalidades que subyacen a los estados de perturbación psicológica y con el mismo poder restablecer emociones. (Velásquez, 2016, p. 8)

Cuando una persona posee algún pensamiento irracional es importante averiguar cuál es el origen del mismo, debido a que la mayoría de ellos siempre tienen un significado. Existe la probabilidad que provenga desde la infancia o por algún suceso por el que el sujeto haya pasado en alguna etapa de su vida. Por lo mismo la terapia racional emotiva considera al ser humano como un organismo complejo con una fuerte tendencia a establecer metas, propósitos y tratar de conseguirlos. La TRE nos propone el cuadro del ABC el cual A es el evento activante, B la interpretación, y C es la conducta. (Velásquez, 2016, p. 8)

Oblitas (2009) define las ideas irracionales como una serie de pensamientos creados con base a falsas interpretaciones que la persona hace de sí mismo, de otros y su entorno desde su experiencia. Debido a ello se genera un estado emocional de inestabilidad, depresión, ansiedad o cólera.

Sánchez (2013) define las ideas o pensamientos irracionales como las causantes de los problemas psicológicos, propone que las personas no se alteran por lo que pasa, sino por lo que piensan acerca de lo que va a pasar. Las principales ideas irracionales se basan en pensar que se necesita actuar bien para ganar la aprobación de los demás.

Etiología

Benesch (2009) establece que las ideas irracionales provienen mayormente de la propia familia y de la sociedad a la que el individuo pertenece, debido a que una forma inconsciente

de aprender es por medio del modelamiento de figuras importantes en la vida: padres, maestros, entre otros.

Cuando una persona posee algún pensamiento irracional es importante averiguar cuál es el origen del mismo, debido a que la mayoría de ellos siempre tienen un significado. Existe la probabilidad que se originaron desde la infancia o por algún suceso traumático por el que el sujeto haya pasado en alguna etapa de su vida.

Se deduce de lo anterior, que generalmente no es lo que sucede en la vida de la persona, sino como ésta la interpreta, lo que marca la diferencia entre la salud mental y el desorden psicológico. Sin embargo, quien ha enseñado al ser humano desde sus primeras etapas del pensamiento a enfocarlo de tal manera que los acontecimientos solo afecten lo necesario. Se vive en una sociedad donde las ideas irracionales son aceptadas de manera natural; es decir, no se cuestionan, se aceptan automáticamente, por lo tanto, el resultado es un estado emocional desajustado.

Funcionamiento de las ideas irracionales

Almansa (2011) sintetiza el funcionamiento de las ideas irracionales de la siguiente manera: La cognición es el determinante más importante y accesible de la emoción humana. La manera de pensar influye sobre lo que se siente. No son las circunstancias ni los demás los que hacen sentir lo que se percibe, sino la manera de procesar estos datos sea o no consciente de ello. Para cambiar, entonces, la perturbación emocional, para mejorar dicha problemática emocional y conductual, se debe cambiar los esquemas disfuncionales de pensamiento. Los esquemas disfuncionales de pensamiento son causados por factores múltiples, que incluyen causas genéticas, biológicas y las influencias ambientales. Los humanos tienen una natural tendencia a desarrollar esquemas disfuncionales de pensamiento, aún en los ambientes más favorables.

Abordaje de las ideas irracionales

Sarason y Sarason (2007) mencionan que muchos terapeutas han utilizado como un enfoque básico la idea de que los pensamientos inadaptados son la causa de la conducta desadaptada y que se debe enseñar a las personas nuevas maneras de pensar que se basan en la perspectiva cognitiva. Todas comparten tres supuestos básicos:

- ✓ La actividad cognitiva afecta la conducta.
- ✓ La actividad cognitiva puede monitorearse, analizarse y alterarse.
- ✓ El cambio de conducta puede obtenerse por medio del cambio cognitivo.

Beck (Sarason y Sarason; 2007). Sostiene que el trabajo del terapeuta consiste en ayudar a los pacientes a reestructurar su pensamiento y reemplazar los pensamientos inadaptados con otros que le ayuden más en el control de las situaciones estresantes. En un principio, el trabajo de Beck se enfocó en las cogniciones de los individuos deprimidos; sin embargo, su planteamiento se ha extendido a otros tipos de problemas y trastornos como el ser propenso al enojo. El autor piensa que las emociones y el comportamiento de las personas se basan en gran parte en la forma en que perciben el mundo. Al parecer, muchas personas exageran sus dificultades y reducen al mínimo la posibilidad de poder hacer algo al respecto. Al aplicar esta idea en la terapia, adquiere importancia la identificación de aquellas creencias (por ejemplo, “no le agrado a la gente”) que moldean las interpretaciones personales de los eventos y facilitan o inhiben la acción. Por lo general, las personas tienen objetivos elevados que son muy importantes para ellas, pero que quizá no estén por completo a nivel consciente. La labor del terapeuta es ayudar a convertir las aspiraciones e inhibiciones que manifieste el paciente en estos objetivos subyacentes.

En las terapias cognitivas se alienta a los pacientes a probar o refutar las percepciones de ellos mismos y de los demás como si probaran una hipótesis, por medio de diálogos, estilo Socráticos.

Por lo tanto, reciben tareas de sus terapeutas y aprenden a expresar y ver de manera más objetiva sus supuestos y esquemas sobre la forma en que funcionan ellos y el mundo. Por ejemplo, en el caso de pacientes que están convencidos de que siempre deben ser perfectos, el autor antes mencionado sugiere que los terapeutas cuestionen lo siguiente:

- ✓ Debatir si las ideas irracionales van contra de los intereses de la persona.
- ✓ Cuestionar sobre las ventajas de tener dicha ideas.
- ✓ Posibilidad de ignorarlas.

A continuación, se presenta una gráfica sobre la secuencia de una idea irracional, de acuerdo con la teoría Cognitiva-conductual.

Esquema Núm. 1

Secuencia de los procesos Cognitivos en las ideas irracionales



Fuente: Sarason y Sarason (2011) Adaptación personal del Manual de Psicopatología. Pág. 73

Depresión

Lorente (2019) indica que: “Cada persona deprimida presenta diferentes señales. Para que se sospeche la presencia de la depresión se tienen que dar casi todos los días, gran parte del día, durante semanas, varios de los siguientes síntomas:

- Sentimiento de tristeza o de estar “vacío”.
- Estar irritable o con ansiedad.
- Sentirse desesperanzado o culpabilizado.
- Aquellas actividades que resultaban gratificantes, ya no interesan.
- Mucha dificultad para concentrarse o recordar detalles (cuando antes no era así).
- Sentirse desfallecido en la realización de actividades que no cansaban tanto.
- Dificultad para conciliar el sueño o, por el contrario, dormir en exceso.

- Comer mucho más o mucho menos que antes.
- Tener malestar general, dolores de cabeza, de estómago y/o problemas digestivos.
- Tener pensamientos suicidas o haber realizado algún intento”

Causas de depresión

Clasificación de los trastornos depresivos según del DSM-5

Tipos de trastornos depresivos

Asociación Psiquiátrica Americana (2016) expone varios tipos de Trastornos depresivos que se dan a lo largo de las etapas evolutivas del ser humano y que corresponde al género en ocasiones:

A continuación, se presenta una gráfica sobre los trastornos depresivos que actualmente postula la Asociación Psiquiátrica Americana en su Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales, 5ª edición (DSM 5, 2016).

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
- Trastorno disfórico pre menstrual
- Trastorno de depresión mayor
- Trastorno depresivo persistente
- Trastorno depresivo debido a sustancias
- Trastorno depresivo debido a enfermedad médica

Tratamiento de la depresión

Con respecto al tratamiento de la depresión hay multitud de enfoques y teorías; sin embargo, como el presente trabajo de investigación tiene como variable de investigación relacionada las ideas irracionales, se postula en esa línea el tratamiento de tipo cognitivo. Según Evans, Charney y Lewis (2007), hay algunas consideraciones que deben ser tomadas en cuenta, como las siguientes:

- ✓ Psicoterapia como potenciadora. La terapia cognitivo-conductual va dirigida a la depresión y se centra en problemas y cuestiones actuales más que en el

pasado. Los estudios han demostrado que la TCC parece disminuir los síntomas residuales en la depresión y termina por reducir el riesgo de recaída. La psicoterapia breve (por ejemplo, la orientación no directiva o la terapia cognitivo-conductual) fue un tratamiento más eficaz de la depresión que los cuidados habituales a corto plazo, pero al cabo de un año no había diferencia en el desenlace.

- ✓ Ejercicio. Se ha investigado el efecto positivo del ejercicio como monoterapia o como coadyuvante en la depresión. Los estudios de población han revelado una correlación entre el nivel de actividad física y la salud mental tanto en adultos jóvenes como ancianos. Además, los individuos que hacen ejercicio en cantidad e intensidad moderada tienen una mayor longevidad, una disminución del riesgo de cardiopatía isquémica, ictus, diabetes, y diversos cánceres. Tres meta-análisis diferentes han documentado el efecto positivo del ejercicio sobre la depresión. Estas meta-análisis incluyeron datos procedentes de estudios, de asignación aleatoria o no, en los que se comparó el ejercicio con no dar tratamiento o con otros tratamientos disponibles.
- ✓ Terapias cognitivas-conductuales. Rosselló y Bernal (2007) hacen referencia a este tipo de Psicoterapia de la siguiente manera: Investigaciones realizadas en las últimas décadas señalan consistentemente que los acercamientos cognitivo-conductuales son eficaces en el tratamiento de trastornos presentados por adolescentes como, por ejemplo, depresión, ansiedad o trastornos oposicionales.

En su mayoría, los modelos terapéuticos utilizados con adolescentes son el resultado de adaptaciones de aquéllos diseñados para personas adultas. La terapia cognitiva-conductual está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos. Para trabajar con los sentimientos de la depresión, este modelo plantea la importancia de identificar cuáles son los pensamientos y acciones que influyen en el estado de ánimo para aprender a tener un mayor control sobre los sentimientos. La terapia se divide en tres temas, cada uno trabajado en cuatro sesiones. Las primeras cuatro sesiones trabajan con la influencia de los pensamientos en el estado de ánimo. Las próximas cuatro sesiones van encaminadas a trabajar con aquellas actividades diarias que afectan el estado de ánimo. Las últimas cuatro sesiones se relacionan con el modo en que las interacciones con otras personas afectan el estado de ánimo.

El formato dirigido a personas adultas fue adaptado a una modalidad de tratamiento dirigida a adolescentes. De esta manera, la terapia se concentra más en los problemas de adolescentes y, a su vez, utiliza sus pensamientos, experiencias, acciones y relaciones a manera de ejemplo para el material que va a ser presentado. Esto hace de la terapia una más dinámica e interactiva, permitiendo a el/la adolescente tener un rol más activo en la misma.

El lenguaje se simplificó para hacerlo más accesible para adolescentes. Por ejemplo, la palabra "nulidad" fue sustituida por la frase "no soy nada". Los ejemplos fueron sustituidos, ampliados o complementados por situaciones que han surgido en nuestro trabajo con adolescentes puertorriqueños/as. Algunos contenidos tuvieron que ser adaptados a la cultura y realidad puertorriqueña. Muchos/as adolescentes se resisten a realizar las tareas o ejercicios asignados.

Por esta razón se flexibilizó el formato. La terapeuta puede optar por cualquiera de dos alternativas: hablar sobre sus pensamientos hacia el ejercicio y/o realizar la misma con el/la adolescente al inicio de la sesión. A estas tareas o ejercicios se les llamó proyecto personal. La terapeuta conoce al/la adolescente y a sus padres antes de comenzar el proceso de terapia. Esto permite una sesión abierta en la que puede explorar en detalle la condición de el/la adolescente e iniciar el establecimiento del "rapport". La terapia cognitiva conductual de este estudio fue adaptada para adolescentes ha sido utilizado en dos ensayos clínicos donde ha demostrado ser eficaz en tratar la depresión en adolescentes puertorriqueños/as.

TECNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

Entrevista semiestructurada

Elegí este tipo de entrevista porque es mixta, donde se hacen preguntas de tipo estructuradas y otras de tipo reflexivo, con la finalidad de que el paciente responda un cuestionario, pero también tenga sus momentos de un discurso libre, y pueda llegar a la problemática del sujeto, de una manera menos sistemática y más dinámica, también facilita el rapport con el paciente, para que se sienta en libertad de responder sin ninguna restricción.

Historia clínica psicológica

Esta técnica se la utilizó para recolectar la información necesaria de la vida personal del paciente, como los antecedentes familiares, la anamnesis, escolaridad, historia laboral, adaptación social, la historia de la enfermedad y las exploraciones del estado mental, etc. Para recolectar la información más importante y de mayor relevancia, para de esta manera conocer a profundidad al paciente y poder elaborar un diagnóstico presuntivo.

Debate socrático

Nos permite debatir de manera filosófica y elegante los pensamientos irracionales del paciente, a partir un cuestionario y el dialogo, profundizando en los pensamientos del paciente, y se percate de la falta de objetividad de su argumento, que carece de veracidad y lógica, permitiendo de esta manera reestructurar los esquemas mentales, e integrar una creencia más racional.

Test psicométricos

Fue necesaria la aplicación de test para verificar los supuestos establecidos, ya que mediante estas técnicas se puede medir cualidades, y contrastar información obtenida mientras la observación clínica, relacionar signos y síntomas que el paciente manifestó, y así comprobar si el diagnostico presuntivo que se dio en la historia clínica fue acertado. Para comprobar el diagnostico presuntivo se utilizó el siguiente test.

Inventario de depresión de Beck (BDI)

Es un cuestionario que consta de 21 preguntas, su autor es Aaron T. Beck, se puede aplicar en las áreas como psicología clínica, forense y neuropsicología, en un intervalo de 5 a 10 minutos, es el más utilizado para detectar la gravedad de la depresión. Se explica al paciente de que se trata el test, este cuestionario consta de 22 ítems, con cuatro respuestas: En lo absoluto. Levemente, moderadamente, y severamente, después que el paciente realiza el cuestionario, se hace la respectiva calificación, para saber el estado depresivo del paciente.

Relajación pasiva

Se la utiliza para que el paciente disminuya sus niveles de ansiedad. Se le explica al paciente que debe de estar sentado y en posición cómoda, escuchando las indicaciones, no está permitido dormirse. Debe controlar su respiración, inhalar y exhalar durante cuatro segundos, llevando esa respiración controlada, se le dice al paciente que imagine partes del cuerpo, como su cuero cabelludo, sus orejas, sus labios y así sucesivamente hasta que se pueda relajar completamente. Se la utiliza con el objetivo de que el paciente disminuya su ansiedad sin la necesidad de interpretaciones no reales.

RESULTADOS OBTENIDOS

Paciente de 22 años de edad, de género masculino, de nacionalidad ecuatoriana, estado civil soltero, estudiante universitario de décimo semestre, proveniente de una familia monoparental conformada por madre y hermana mayor, acude a consulta por la modalidad de teleasistencia “WhatsApp llamada” de manera voluntaria, ya que el joven ha presentado sintomatologías depresivas y no sabía que hacer al respecto.

Este caso se desarrolló durante seis sesiones, con una duración de 45 minutos, con el permiso y colaboración del paciente, explicándole de que se tratarían dichas sesiones y que sería una por semana.

Primera sesión

El Paciente identificado de 22 años fue recibido en consulta por la modalidad de teleasistencia el 13 de julio, día lunes a las 9h00 am, con una duración de 45 minutos. Se procedió con la entrevista semiestructurada y así establecer el motivo de consulta donde el paciente mencionó “llevo varias semanas sin poder dormir, y las únicas horas que puedo descansar es en la mañana, duermo, pero no descanso”. Recalcó “varias noches lloro sin razón y me siento culpable, tengo miedo, no puedo hacer nada bien, todo me sale mal, no me voy a graduar, realmente no sirvo para nada”, lo que lo lleva a quedarse encerrado durante días en su habitación, y comer en exceso. Se le explicó al paciente que este espacio le pertenecía, y que todo quedaría en confidencialidad, y toda información que brinde ayudaría con el diagnóstico. El PI al escuchar estas palabras en ese momento hizo una pausa y le supo manifestar que: “mi madre no puede aceptar que soy homosexual, es como si se le olvidara que un día se lo dije”. Seguí con el discurso del paciente para generar el rapport necesario y establecer un compromiso para superar la problemática y así definir la siguiente sesión de teleasistencia.

Segunda sesión

Se procedió a la segunda sesión el lunes 20 de julio a las 09h00- 09:45 am, llenando los datos de la historia clínica, personales, familiares, escolaridad, sexuales, etc. También se le preguntó con qué problema de los que mencionó quería abordar, el eligió y se comenzó a explicar el modelo del A-B-C de la teoría de Albert Ellis, donde A es el evento, B el pensamiento irracional y C las consecuencias emocionales y conductuales. Se la explicó que

no es el evento sino la interpretación que hacemos sobre ese suceso, el que provoca malestar, y hay que prepararlo para enfrentar ese pensamiento irracional que lo perturba.

Tercera sesión

Esta sesión fue realizada el día lunes 27 de julio a las 09:00- 09:45, después de haber detectado y definido el problema, se le mencionó que exprese sus pensamientos sobre aquel suceso, como lo hizo en la sesión anterior. Se logró detectar pensamientos catastróficos y de baja tolerancia a la frustración.

Cuarta sesión

Esta sesión fue realizada el día lunes 3 de agosto a las 09:00- 09:45. Se propuso realizar el test de Beck, después de ello se procedió a preparar al paciente para el debate socrático, y se empezó a debatir el respectivo pensamiento que le causa malestar.

Quinta sesión

Fue realizada el día 10 de agosto a las 9:00- 9:45. Se retomó el debate socrático y se procedió a aplicar la técnica humorista, para que el paciente lleve su pensamiento irracional a lo absurdo, haga comparaciones paradójicas, y utilice el lenguaje exagerado de manera cómica.

Sexta sesión

Esta sesión fue realizada el día 17 de agosto a las 09:00- 10:00. Se procedió a aplicar la relajación pasiva para que su cuerpo se relaje después de enfrentar sus pensamientos irracionales, que lo dejaron agotado psíquicamente.

Situaciones detectadas

En el transcurso de las sesiones se evaluaron los signos y síntomas del paciente para llegar a un diagnóstico, también se evidenció los pensamientos irracionales que causaban el malestar que el paciente presentaba, por lo que se determinó que su comportamiento se vinculaba por esos pensamientos perturbados que más adelante especifico. Los hallazgos encontrados se ubican en las siguientes áreas:

Área cognitiva

Se constató que el paciente se ubica en tiempo y espacio apropiadamente, su lenguaje es coherente, su manera de expresarse es fluida y con mucho criterio, su tono de voz bajo pero muy angustioso y castigador consigo mismo. También se comprobó que su memoria esta normal porque recordó detalles de su vida con lujo de detalles, estableciéndose sin embargo, falta de concentración

Se determinó el pensamiento irracional que mayor relevancia tiene en el paciente: “pienso que no sirvo para nada, todo lo que sucede es mi culpa, no lo soporto, todo me sale mal” Este pensamiento toma posesión del paciente, empezaba a imaginar eventos de lo que podría suceder a su alrededor, siendo estos catastróficos, esto le provocaba malestar e inconformidad. Por lo tanto, se evidencia la influencia de los pensamientos irracionales en la perturbación emocional, conductual y física del sujeto de estudio.

Área emocional

El paciente al mencionar “no sirvo para nada” “todo hago mal” se pudo evidenciar el malestar que causan los pensamientos irracionales, provocándole tristeza, vacío, llanto, miedo, desesperanza. Hay que constatar que los estados emocionales confirman que no son los eventos sino la interpretación que hacemos sobre el mismo, el que ocasiona el malestar. Lo que conlleva a somatizar los síntomas y mantener al paciente fatigado y sin interés de lo que sucede en su contexto.

Área fisiológica

El PI se refirió que cuando “siente tristeza, miedo y desesperanza presenta dificultad para conciliar el sueño, aumento del apetito, poca energía”, que llevan al paciente a estar encerrado en su cuarto todo el tiempo.

Área conductual

El paciente manifiesta que, al no poder dormir, al comer demasiado y no saber que le provoca el problema, le produce intranquilidad y aún más por no poder dormir, y además al no poder realizar sus actividades con normalidad, pasa encerrado la mayoría del tiempo, hablar muy poco y no entabla conversaciones. Este problema causado por sus creencias ocasiona los signos y síntomas que se están detallando.

En el inventario de depresión de Beck obtuvo una puntuación de 35, el cual indica una depresión grave.

Se correlaciona factores predisponentes detectados, la separación de sus padres cuando apenas era un niño, y su referencia de no sentirse aceptado por su madre por ser homosexual. Este cuadro sintomatológico tiene una evolución de 7 años, donde ha pasado ocultando su sexualidad, ya que su madre hace como si nunca escucho nada, y evita hablar del tema.

Diagnóstico obtenido

En los signos y síntomas detectados y basándose en los criterios del DSM-5 se llegó a un diagnóstico, con código F34.1: “Trastorno depresivo persistente”. (Pag.168)

Soluciones planteadas

- Planificación de la terapia
- La aplicación del esquema terapéutico racional emotivo conductual.
- Diagnóstico: Trastorno depresivo persistente F34.1
- Numero de sesiones: 6
- Tipos de sesiones: Individual
- Técnicas: Entrenamiento de detección de pensamientos irracionales, debate socrático, técnica humorista, técnica de relajación pasiva
- Pronostico: Favorable

Categoría	Objetivo	Actividades	Técnica	N. de sesiones con fecha	Resultados esperados
Cognitiva	Explicar al paciente que su malestar es provocado por sus pensamientos y no por lo que sucedió (evento).	Se le explica al paciente que nuestros pensamientos desencadenan emociones, el cual esta técnica sirve para buscar pensamientos irracionales.	Entrenamiento de la detección de los pensamientos irracionales	1 sesión, día 27 de julio del 2020	Que sepa diferenciar sus pensamientos irracionales que son los que causan emociones.
Cognitiva	Consiste en establecer un debate filosófico o elegante para modificar los pensamientos irracionales.	Se realizan una serie de preguntas para comprobar los pensamientos irracionales, preguntas como: ¿Es realista pensar que todo es su culpa?, ¿Es útil mantener exigencia a largo plazo?	Debate socrático	1 sesión, día 3 de agosto del 2020	Se espera que el paciente cuestione sus pensamientos irracionales de que “no sirvo para nada” y “todo hago mal”, y pueda reflexionar, y de esta manera adquiera un pensamiento más racional.

Emotiva	Consiste en utilizar comparaciones paradójicas, y utilice el lenguaje exagera de manera cómica.	Se trata de llevar un pensamiento irracional a lo absurdo, para dejar de tomarse muy a personal el pensamiento.	Técnica humorística	1 sesión, día 10 de agosto del 2020	Que el paciente pueda disminuir la intensidad sus pensamientos irracionales de que “no sirvo para nada” y “todo hago mal”, y hacerlo más flexible y fácil de sobrellevar.
Cognitiva	Consiste en disminuir el nivel de ansiedad por medio de la imaginación.	Se pide al paciente que este sentado de forma cómoda, con una respiración relajada, e imagine partes de su cuerpo.	Técnica de relajación pasiva	1 sesión, día 17 de agosto del 2020	Que el paciente se relaje completamente y pueda disminuir sus niveles de ansiedad producidos por sus días de insomnio.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio se establece la presencia de ideas irracionales, como son: el catastrofismo y la baja tolerancia a la frustración que desencadena la depresión en los jóvenes.

Dentro de los resultados obtenidos se pudo identificar que los niveles de ideas irracionales que poseen los jóvenes, donde el afectivo, familiar y social presentan altos niveles de ideas irracionales.

Se pudo determinar que los pensamientos irracionales, toman relevancia cuando la persona, desarrolla su pensamiento concreto.

Según los resultados de este estudio de caso indica, que la depresión se presenta en un nivel grave de depresión.

RECOMENDACIONES

Es necesario la realización de talleres donde los jóvenes aprendan técnicas de autoayuda para que identifiquen signos y síntomas de la depresión, y buscar ayuda profesional en salud mental e implementar el programa de prevención y tratamiento de ideas irracionales y depresión, basados en la propuesta que se presenta en este estudio.

También se recomienda que se den campañas ilustrativas sobre los pensamientos irracionales y su importancia en la depresión, y de esta manera prevenir una respuesta emocional y enfrentar los problemas.

Por último, recomiendo que se utilice este esquema terapéutico planteado para brindar ayuda psicológica por modalidad teleasistencia.

BIBLIOGRAFIA

- Polo, J. (2015). Creencias irracionales, síndrome de Burnout y adicción al trabajo en las organizaciones. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v19n35/v19n35a12.pdf>
- Hurtado, C. (2019). Creencias irracionales en el desarrollo del individuo disminuidas mediante el modelo cognitivo conductual. Recuperado de <http://186.3.32.121/bitstream/48000/13914/1/ecuacs-2019-psc-de00022.pdf>
- Sanchez, J. (2017). Creencias irracionales y pensamientos automáticos en una relación de pareja. Recuperado de <https://revistas.eciperu.net/index.php/ECIPERU/article/view/108/106>
- Barrios, M. (2011). Ideas irracionales comúnmente concebidas por adolescentes varones del
- Belloch, A. Sandín, B. y Ramos, F. (2009), Manual de Psicopatología. Edición Revisada.
- España: Mc Graw-Hill.
- Benesch, H. (2009). Atlas de psicología. Madrid España: Akal S.A.
- Caballo, V. (2008). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. (2 ed).
- (2016) Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales.

Anexos

Anexo 1

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____

Fecha: ___/___/___

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: _____ Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Género: _____ Estado civil: _____ Religión: _____

Instrucción: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Remitente: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

- a. Genograma (Composición y dinámica familiar).
- b. Tipo de familia.
- c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

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

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

6.3. HISTORIA LABORAL _____

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL _____

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

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD _____

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

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO _____

6.9. HISTORIA MÉDICA _____

6.10. HISTORIA LEGAL _____

6.11. PROYECTO DE VIDA _____

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

7.2. ORIENTACIÓN _____

7.3. ATENCIÓN _____

7.

4. MEMORIA _____

7.5. INTELIGENCIA _____

7.6. PENSAMIENTO _____

7.7. LENGUAJE _____

7.8. PSICOMOTRICIDAD _____

7.9. SENSOPERCEPCION _____

7.10. AFECTIVIDAD _____

7.11. JUICIO DE REALIDAD _____

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD _____

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo		
Afectivo		
Pensamiento		

Conducta social - escolar		
Somática		

9.1. Factores predisponentes:

9.2. Evento precipitante:

9.3. Tiempo de evolución:

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

11. PRONÓSTICO

12. RECOMENDACIONES

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos

1.1 Anexo 2

(B.D.I) INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE:.....

FECHA:.....

1. En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos: A continuación señale cuál de las afirmaciones, de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana incluida el día de hoy. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de las afirmaciones que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso márquela también, asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1. 0 No me siento triste

1 Me siento triste

2 Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza

3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

2. 0 No me siento especialmente desanimado (S) ante el futuro

1 Me siento desanimado con respecto al futuro

2 Siento que no tengo nada que esperar

3 Siento que en el futuro no hay esperanzas y que las cosas no pueden mejorar

3. 0 No creo que sea un fracasado

1 Creo que he fracasado más que cualquier persona normal

2 Al recordar mi vida pasada todo lo que puedo ver es un montón de fracasos

3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona

4. 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como las que solía obtener antes

1 No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo

2 Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada

3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo

5. 0 No me siento especialmente culpable

1 Me siento culpable una buena parte del tiempo

2 Me siento bastante culpable casi siempre

3 Me siento culpable siempre

6. 0 No creo que este siendo castigado

1 Creo que puedo ser castigado

2 Espero ser castigado

3 Creo que estoy siendo castigado

- 7.0 No me siento decepcionado a mí mismo
- 1 Me he decepcionado a mí mismo
 - 2 Estoy disgustado conmigo mismo
 - 3 Me odio
- 8.0 No creo se peor que los demás
- 1 Me critico por mis debilidades y mis errores
 - 2 Me culpo siempre por mis errores
 - 3 Me culpo por todo lo malo que me sucede
- 9.0 No pienso matarme
- 1 Pienso en matarme, pero no lo haría
 - 2 Me gustaría matarme
 - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad
- 10.0 No lloro más que de costumbre
- 1 Ahora lloro más de lo que solía hacer
 - 2 Ahora lloro todo el tiempo
 - 3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera
- 11.0 Las cosa no me irritan más que lo de costumbre
- 1 Las cosas me irritan un poco más que lo de costumbre
 - 2 Estoy bastante irritado o afectado una buena parte del tiempo
 - 3 Ahora me siento irritado todo el tiempo
- 12.0 No he perdido el interés de otra persona
- 1 Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre
 - 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas
 - 3 Ya no puedo tomar mis decisiones
- 13.0 Tomo decisiones casi como siempre
- 1 Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre
 - 2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes
 - 3 Ya no puedo tomar más decisiones
- 14.0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre
- 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos
 - 2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que hacen parecer poco Atractivo
 - 3 Creo que me veo feo
- 15.0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo
 - 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa
 - 3 No puedo trabajar en lo absoluto

- 16.0 Puedo dormir tan bien como siempre
- 1 No duermo también como solía hacerlo
 - 2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta Mucho volver a dormirme
 - 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme
- 17.0 No me canso más que de costumbre
- 1 Me canso más fácilmente que de costumbre
 - 2 Me canso sin hacer casi nada
 - 3 Estoy demasiado cansado para hacer algo
- 18.0 Mi apetito no es peor que de costumbre
- 1 Mi apetito, no es tan bueno como solía ser
 - 2 Mi apetito esta mucho peor ahora
 - 3 Ya no tengo apetito
- 19.0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo
- 1 He rebajado más de 2 kilos y medio
 - 2 He rebajado más de 5 kilos
 - 3 He rebajado más de 7 kilos y medios
- 20.0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre
- 1 Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias Estomacales, o estreñimientos
 - 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y me resulta difícil pensar en Cualquier otra cosa
 - 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna Otra cosa
- 21.0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar
 - 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
 - 3 He perdido por completo el interés por el sexo