



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA PSICOLOGIA CLINICA**  
**MODALIDAD PRESENCIAL**



**DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)**  
**DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO**  
**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:**  
**PSICOLOGO CLINICO**

**PROBLEMA:**

**TRASTORNO DEPRESIVO Y SU INCIDENCIA EN EL MALTRATO  
PSICOLÓGICO POR PARTE DE SUS FAMILIARES EN UN JOVEN DE  
22 AÑOS DE EDAD EN LA CIUDAD DE BABAHOYO**

**AUTOR:**

**BISMAR ARIEL CONDE ARTEAGA**

**TUTORA:**

**MSC. MERCEDES MARIA CAMPELO VASQUEZ**

**BABAHOYO - 2021**



## RESUMEN

En el presente estudio de caso trastorno depresivo y su incidencia en el maltrato psicológico por parte de sus familiares en un joven de 22 años de edad en la ciudad de Babahoyo, se pudo recolectar la información necesaria para la elaboración de la investigación, mediante entrevistas e instrumentos psicométricos presentando síntomas como ansiedad, tristeza, etc.

El diagnóstico obtenido fue Trastorno Depresivo, se planteó realizar sesiones de terapia Cognitivo-Conductual, para que pueda manejar los sentimientos y pensamientos negativos que le producen malestar, ayudándole además a enfrentar la situación de una manera saludable y que logre sentirse mejor consigo misma y con su vida, de este modo también lograr mejorar el bienestar propio del paciente y a la vez que existan cambio en el entorno familiar para que el trato pueda ser diferente respetando su espacio y sus derechos sin evadir su espacio personal obteniendo resultados favorables en su condición de vida.

**Palabras claves:** Depresión, familia, maltrato psicológico, bienestar.

## ABSTRACT

In the present case study of depressive disorder and its incidence in psychological abuse by family members in a 22-year-old young man in the city of Babahoyo, it was possible to collect the necessary information for the elaboration of the research, through interviews and psychometric instruments presenting symptoms such as anxiety, sadness, etc.

The diagnosis obtained was Depressive Disorder, it was proposed to carry out Cognitive-Behavioral therapy sessions, so that she can handle the negative feelings and thoughts that cause her discomfort, also helping her to face the situation in a healthy way and to feel better about herself and with their life, in this way also to improve the patient's own well-being and at the same time that there is change in the family environment so that the treatment can be different respecting their space and their rights without evading their personal space obtaining favorable results in their living condition .

**Keywords:** Depression, family, psychological abuse, well-being.

## INDICE

RESUMEN.....	II
SUMARY.....	III
INDICE.....	IV
INTRODUCCION.....	1
DESARROLLO.....	2
JUSTIFICACION.....	2
OBJETIVO.....	3
SUSTENTO TEORICO.....	3
TECNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION...11	
RESULTADOS OBTENIDOS.....	13
CONCLUSIONES.....	19
BIBLIOGRAFIA.....	21
ANEXOS.....	22

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad verificar el grado de afectación del trastorno depresivo y su incidencia en el maltrato psicológico por parte de sus familiares en un joven de 22 años de edad en la ciudad de Babahoyo; la línea de investigación que aporta es: prevención y diagnóstico, sublínea: funcionamiento socio afectivo en el ámbito familiar y su influencia en el proceso de enseñanza aprendizaje, una de las causas más influyentes en este caso es el trato por parte de sus familiares, ya que recibe regaños, gritos e insultos por varios miembros en el sistema familiar.

Las diversas características que presenta J.F. (que será la forma de identificar al paciente en toda la investigación ya que no permite revelar sus nombres), son el sentimiento de ser despreciado y humillado por los demás, manifestando sentimiento de tristeza permanente y la pérdida de interés de las actividades que realizaba hace meses atrás ahora solo permanece encerrado en su habitación, no tiene amigos, su distracción es su teléfono celular para olvidar la forma como se siente en casa con sus familiares.

El maltrato psicológico que presente el paciente es de aspecto físico y verbal que conlleva a manifestar una inestabilidad emocional de forma continua y sistemática, por ende, de acuerdo a este estudio se pretende mejorar su estado emocional para que pueda expresar aquel sentimiento de amor, cariño hacia su familia siendo el ente fundamental para sus proyecciones y lograr cumplir.

De acuerdo a la problemática se ejerce principalmente a través de una manipulación emocional que se manifiesta mediante la desvalorización, culpabilidad, intimidación y a través de la imposición de conductas restrictivas como el aislamiento y el control emocional, este tipo de maltrato refleja diversas actitudes por parte del maltratador, hostilidad, que se manifiesta en formas de reproches, insultos y amenazas, reflejándose en el paciente una falta de atención a las necesidades afectivas y el estado de ánimo que puede manifestarse en el día a día.

# DESARROLLO

## JUSTIFICACION

El presente estudio es realizado con el fin de conocer más acerca del trastorno depresivo, este se muestra como una alteración grave que afecta en muchos aspectos a la persona, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad.

Por esta razón es esencial para el psicólogo clínico realizar un manejo adecuado de pacientes con el trastorno depresivo y su incidencia en el maltrato psicológico, ya que en el campo de la psicología clínica y de la intervención psicoterapéutica que brinda un profesional en este ámbito, deben ser integrales englobando en este caso lo que respecta a la salud mental.

Esta información explica las causas y consecuencias que genera esta patología en un adolescente; beneficiando de manera directa al paciente abordado, a las familias y los futuros investigadores; puesto que en el transcurso del proceso se podrá establecer cómo influye la depresión y el maltrato psicológico en la vida cotidiana en un individuo.

Para ello se aplica el proceso necesario para este tipo de trastorno se vuelve fundamental porque permite ofrecer un cuidado personalizado e individualizado al joven, familia y comunidad; basada esta investigación en un fundamento científico y aplicándolo a la práctica, de esta manera reconoce que hagamos un diagnóstico clínico basado en los pensamientos negativos que tiene el paciente, establecer un diagnóstico priorizado y tratamientos que ayuden en la recuperación de la persona de una manera satisfactorio asimismo, es significativo porque aporta un papel relevante en la vida y en el bienestar de la persona de manera asertiva y contribuye con carácter metodológico abordando esta alteración. Este trabajo es practicable porque cuenta con la predisposición del paciente hacer atendido, con los conocimientos y recursos necesarios para que se efectuó de manera óptima.

## OBJETIVO GENERAL

Identificar si el trastorno depresivo de un joven de 22 años incide por el maltrato psicológico de sus familiares para luego realizar la intervención, con un plan terapéutico efectivo.

## SUSTENTO TEORICO

### Concepto de depresión

El origen de la depresión es complejo ya que en su aparición influyen aspectos genéticos, biológicos y psicosociales, todas las depresiones operan a través de un mecanismo neuronal común, como descenso en los niveles de serotonina y otros neurotransmisores cerebrales, sin embargo, es un error confundir un mecanismo mediacional o la causa que lo pone en funcionamiento.

Según (Breton, 2001) describe el termino depresión como ' una forma de trastorno anímico o afectivo, con el cual se refiere a un cambio en el estado de ánimo', de acuerdo a la definición está basada en un síntoma característico de esta enfermedad, la tristeza, el estar triste y sentirse deprimido de utilizar como síntomas principales; así que por tanto depresión es un estado de tristeza en el cual conlleva a una falta o el déficit de energía psíquica.

Energía psíquica es aquella fuerza que vivifica y anima y que procede de unas relaciones satisfactorias con el ambiente y con uno mismo, Freud por su parte consideraba que el centro de la psique existe una fuerza que él llamaba libido y que es lo que nos hace mantener el equilibrio o la felicidad.

(Beck, 2004) afirma que en ' el estado depresivo encontramos este tipo de juicio negativo en lo que llama, 'triada cognitiva' que define la tendencia del depresivo a verse a sí mismo, al entorno y al futuro de modo negativo' .

En cuanto a la sintomatología, Beck clasifica las manifestaciones de la depresión en cinco campos:

- 1.- Manifestaciones emocionales: apatía, tristeza, falta de afecto hacia los demás, sensación de abatimiento.
- 2.- Manifestaciones cognitivas: pensamientos, autoculpabilizante, percepción, infravalorativas, de sí mismo, expectativas de futuro negativa.
- 3.- Manifestaciones motivacionales: deseo de suicidio, dependencia de los demás, tendencia a la huida y evitación, falta de motivación o estímulo, incapacidad para la toma de decisiones.
- 4.- Manifestaciones vegetativas: astenia y cansancio.
- 5.- Manifestaciones motoras: retardo en los movimientos o agitación.

Una persona tiene el síndrome de depresión clínica, si muestra por lo menos 5 de los siguientes síntomas de forma interrumpida y a lo largo de dos semanas incluyendo siempre el estado de ánimo deprimido o la disminución del placer o interés en cualquier actividad:

- Tristeza, estar decaído emocionalmente, pérdida de interés en las cosas que antes se disfrutaban, sentirse sin energía, cansado o por el contrario sentirse inquieto sin poder quedarse tranquilo, sentir como que no vale nada o sentirse culpable, tener pensamientos de muerte o suicidio, problemas de concentración, pensar, recordar o tomar decisiones, no poder dormir o dormir demasiado.

Según (Colina, 2008) refiere “La depresión es definida como uno de los tipos de alteración del ánimo, consistente en su disminución, con un grado variable de pérdida de interés o dificultad acompañado de diversos síntomas psíquicos’, de acuerdo a la descripción unos de las características pueden ser: tristeza, alteraciones de la concentración, memoria, etc.) y físicos (disminución de la libido, anorexia hipofagia, etc.).



## Clasificación de la depresión

De acuerdo a los manuales existen dos sistemas de clasificación: DSM-V y CIE-10, entre ellos existe una equivalencia en los diagnósticos. De hecho, el DSM-V toma los códigos de la CIE-10, hace énfasis en la tabla de equivalencia entre ambos sistemas y los criterios diagnósticos resumidos de los trastornos afectivos. (6,11) El DSM-V clasifica los trastornos del estado de ánimo en depresivos y bipolares. Dentro de los trastornos depresivos encontramos básicamente el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico lo menciona (Coryell, 2020).

El trastorno depresivo mayor es un trastorno del humor heterogéneo clínicamente, que tiene un curso episódico con tendencia a la recurrencia y cuyo diagnóstico se basa en criterios puramente descriptivos sin implicaciones etiológicas, de acuerdo la teoría de (Coryell, 2020), menciona que ‘los episodios depresivos con que cursa el trastorno depresivo mayor’, encontramos un grupo que no es mayoritario pero que, a diferencia del resto, tiene unas características muy específicas que lo dotan de una mayor estabilidad diagnóstica.

Se trata de la depresión melancólica, conocida también como depresión endógena, que viene definida como una cualidad del estado de ánimo distinta de la tristeza que experimentamos habitualmente, falta de reactividad del humor, anhedonia, empeoramiento matutino, despertar precoz, alteraciones psicomotrices, anorexia o pérdida de peso significativas, sentimientos de culpa inapropiados y buena respuesta a los tratamientos biológicos (antidepresivos y TEC), así como nula respuesta al placebo.

La depresión melancólica es de mayor dificultad que la no melancólica, las depresiones más graves pueden complicarse con síntomas psicóticos dando lugar a la depresión psicótica, que constituye un diagnóstico muy consistente en el tiempo, pues las recaídas suelen ser también psicóticas e incluso las ideas delirantes tienden a tener el mismo contenido, habitualmente de culpa, ruina e hipocondría, estas depresiones más graves pueden también complicarse con síntomas catatónicos como son la acinesia, el mutismo, la catalepsia, la flexibilidad cérica, o el negativismo.

## Depresión mayor

(Adam, 2019) menciona que: ‘la depresión mayor es el tipo de depresión más grave, se caracteriza por la aparición de uno o varios episodios depresivos’, de acuerdo a la descripción de la depresión obtiene como mínimo 2 semanas de duración, suele comenzar durante la adolescencia o la adultez joven, la persona que sufre este tipo de depresión puede experimentar fases de estado de ánimo normal entre las fases depresivas que pueden durar meses o años.

Se clasifica dentro de los episodios unipolares puesto que no hay fases de manía y puede producir problemas muy serios para el paciente si no es tratado de manera eficaz, la ideación suicida puede llevar a la muerte si pasa a traducirse en acciones efectivas para terminar con la propia vida.

## Síntomas de la depresión mayor

Estos son algunos de los síntomas de la depresión mayor según el manual DSM-V:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, pérdida de interés en las actividades que antes eran gratificantes, pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, baja autoestima, problemas de concentración y problemas para tomar decisiones, sentimientos de culpabilidad, pensamientos suicidas, agitación o retraso psicomotores casi todos los días, fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

Según el DSM-V debe existir la presencia de cinco o más de los síntomas anteriores durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respectivo a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para sentir placer. (Adam, 2019)

## Tipos de depresión mayor

Dentro de la depresión mayor, existen diferentes tipos de depresión mayor como:

- 1.- Depresión con episodio único: causado por un acontecimiento único en la vida y la depresión solo tiene esa aparición.
- 2.- Depresión recidivante: aparición de síntomas depresivos en dos o más episodios en la vida del paciente, la separación entre un episodio debe ser al menos 2 meses sin presentar los síntomas. (Adam, 2019)

## Tipos de depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo o afectivo que, en la mayoría de los pacientes, se presenta en fases, esto significa que hay períodos de estado de ánimo normal que se alternan con episodios depresivos, además de aparecer episodios depresivos, aparecen episodios de manía que se caracterizan por euforia (un estado de ánimo elevado), hiperactividad, irritabilidad y agitación. En este caso, no se diagnostica una depresión unipolar, sino una depresión bipolar (episodio depresivo en el contexto de un trastorno afectivo bipolar). (Fight depression, 2021)

- Episodio depresivo: El tipo más común y típico de depresión es el episodio depresivo, experimentan un episodio depresivo, tendrán más episodios a lo largo de su vida (trastorno depresivo recurrente).
- Trastorno depresivo recurrente: Cuando hay una recurrencia de un episodio depresivo, hablamos de trastorno depresivo recurrente.
- Distimia: Se caracteriza por sintomatología depresiva menos severa en comparación con la de un episodio depresivo o del trastorno depresivo recurrente. A pesar de esto, el trastorno se inicia normalmente en la adolescencia y es persistente, ya que los síntomas suelen durar desde al menos 2 años hasta décadas.
- Depresión psicótica: Se caracteriza por ideas o pensamientos falsos (delirios) y, a veces también por alucinaciones. Los delirios suelen estar centrados en sentimientos de culpa desproporcionados (por ejemplo, "sólo soy una carga para mi familia" o "he cometido un error terrible"), o centrados en un miedo exagerado

de estar económicamente arruinados (delirio de pobreza), o centrados en el miedo exagerado de padecer una enfermedad severa e incurable (delirio hipocondríaco).

- Depresión atípica: Los pacientes con este tipo de depresión tienen los mismos síntomas depresivos que los pacientes con depresión típica, con dos excepciones: mientras que los pacientes con depresión típica experimentan una falta de apetito (a menudo seguida de una pérdida de peso) y dificultades para dormirse, los pacientes con depresión atípica muestran incremento del apetito y la ingestión de alimentos e incremento de la necesidad de dormir (hipersomnolencia). Este tipo de depresión puede ocurrir tanto en la depresión unipolar como en la bipolar.

### Maltrato psicológico

En el 2009 la OMS definió el maltrato físico como “el uso deliberado de la fuerza física contra una persona de modo que ocasione, o muy probablemente ocasione, perjuicios para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad”.

De acuerdo a (Gomez, 2006) el maltrato psicológico lo definen como "un ataque realizado por un adulto sobre el desarrollo de la personalidad y de la competencia social mediante un patrón de conducta psicológicamente destructivo y que se manifiesta mediante cinco formas: rechazar, aislar, aterrorizar, ignorar y corromper".

Maltrato psicológico es un término que se usa, en ocasiones, de manera simultánea en términos como maltrato emocional, abuso emocional o abuso psicológico, considerado así “la forma más esquivada y dañina de maltrato en la infancia”, representando "el papel central y el factor más destructivo de cualquier forma de maltrato".

De acuerdo Barnett (Barnett, 2011) menciona que “ el maltrato, sobre todo a la vista de la falta de acuerdo social acerca de qué formas de trato no deben ser permitidas o pueden serle perjudiciales, y qué requisitos deben contemplarse en su

identificación", (la conducta de los padres, el comportamiento del niño, el contexto social, o la combinación de estas y otras variables).

Los siguientes criterios constituyen una completa definición de maltrato y abandono emocional (o psicológico) como:

- Maltrato y abuso emocional describe una relación entre el padre y el hijo (más que una serie o repetición de acciones que ocurren en dicha relación)
- Estas interacciones impregnan o caracterizan la relación.
- Las interacciones son real o potencialmente dañinas pues causan alteraciones en la salud o en el desarrollo del niño.
- Incluye tanto la acción como la omisión.
- El contacto físico no es condición indispensable para el maltrato o abandono emocional.

La violencia psicológica se ejerce sin la intervención de acciones físicas, pero que afecta a la víctima no solo a nivel psicológico y emocional, sino también físico, este tipo de violencia se da por varias causas: baja autoestima, pérdida de relaciones sociales, estrés, inseguridad, sentimientos de vergüenza y culpa, dificultad en la toma de decisiones, culpabilidad, sentimiento de inferioridad.

#### Causas de violencia psicológica

Existen violencia muy común no solo en los núcleos familiares sino también en ambientes laborales, académicos e incluso en las relaciones de amistades de acuerdo al paciente es unas de las situaciones en la que se encuentra manifestando ciertos síntomas que perturba la tranquilidad de él, como falta de comprensión hacia sus familiares, ignorancia por ellos sin derecho a mencionar algún criterio ya que es burlando por sus familiares.

#### Signos de maltrato psicológico o emocional

Se considera la posibilidad de maltrato emocional cuando el paciente:

- Muestra comportamiento extremo, algunas veces una conducta que requiere llamada de atención.

- Asume tantos roles que no puede cumplir con todo siendo uno de las causas del trato que recibe de sus familiares.
- Constante menosprecio o culpa.

El maltrato tiene una serie de consecuencia que se las puede identificar como consecuencia a corto, mediano y largo plazo en el desarrollo psicosocial y emocional como golpes y maltrato físicos, de acuerdo (Gomez, Maltrato psicologico, 2006) menciona que ‘ el carácter traumático del pánico, el terror, la impotencia, las frustraciones severas, acompañadas de dolor y del carácter impredecible del comportamiento del agresor’, constituyen secuelas psicológicas que se manifiestan de las siguientes formas:

1.- Baja autoestima sintiéndose incapaz de realizar algo, tiene sentimientos de inferioridad, lo que manifiesta en comportamiento de timidez y miedo o por el contrario, con comportamiento de hiperactividad, tratando de llamar la atención de las personas que les rodean.

2.- Ansiedad, angustia y depresión. Estos pueden manifestarse en problemas de comportamiento, por angustia, miedo y ansiedad, o como estrés postraumático, desconfían de los contactos físicos, presentan problemas de atención, concentración y tienen dificultad para comprender las instrucciones que se les imparten.

3.- Desorden de Identidad golpeado puede tener una mala imagen de sí mismo, puede creer que es él la causa del descontrol de sus padres, lo que le llevará a auto representarse como una persona mala, inadecuada o peligrosa.

4.- Poco afectivos que son expuestos al maltrato verbal, cohiben poco a poco sus manifestaciones y suprimen aspectos de la conducta interpersonal.

Cuando logra la atención, esta dependencia se transforma en retirada, para protegerse del sufrimiento que puede conllevar un nuevo abandono. Así, dejan paulatinamente de buscar afecto y congelan sus emociones, negándose la posibilidad de mantener relaciones afectivas cálidas y duraderas en el transcurso de su vida.

## TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

### Entrevista semi-estructurada

En nuestro proceso de intervención psicológica, se aplicó la entrevista semiestructurada por medio de la modalidad presencial, este tipo de entrevista está conformada por preguntas abiertas y cerrada (mixta), en la cual se deben cumplir tres tipos de fases para su eficacia al momento de emplearla. Sus fases son exploratorias, fase resolutoria, cierre de la entrevista.

La fase exploratoria constituye abordar las partes de:

- Saludo cordial, establecer el motivo de consulta, conocer sentimientos y pensamientos que el paciente tiene en base a su problemática, exploración de los diferentes contextos en que el interactúa el entrevistado (familia, amigo y ámbito laboral.)

Fase resolutoria:

- Dar información al paciente, en base a los datos que se recogieron sobre la problemática, aseguramos la asimilación del paciente sobre la información que otorgamos, apertura al derecho al paciente en tomar una decisión sobre su salud.

Fase negociadora:

- Se entra en negociación con el paciente, sobre cómo se llevará a cabo nuestro proceso terapéutico en base al diagnóstico ya obtenido, mediante la información anotada en la historia clínica.

### Historia Clínica

La historia clínica es un instrumento, con un formato técnico, en el cual vamos a ir anotando los datos referidos por el paciente, por medio de la entrevista semiestructurada. En este documento se encuentra de manera puntual y específicas las áreas de exploración, como lo biológico, psicológico y social, también información

adicional, que saber sobre el paciente mediante la entrevista, para desarrollar un trabajo complementario y de base.

Se realiza en las sesiones que se tenga con el paciente, hasta concretar el último punto señalado en el documento de la historia clínica. Ver anexo I

#### Test psicométricos aplicados

Inventario de depresión de Beck

Test proyectivo HTP

#### Inventario de depresión de Beck

El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aarón T. Beck, es un cuestionario auto-administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad (Redacción, Equipo de, 2014).

El test de depresión de Beck, es un cuestionario fácil en su aplicación, con resultados específicos sobre los niveles de depresión que presenta una persona, por estas características a más de la fiabilidad que otorga el test, es uno de los que mayormente se utiliza como herramienta en el proceso psicodiagnostico. Ver anexos II

#### Test proyectivo HTP

El HTP es un test proyectivo que se encarga de evaluar los rasgos de personalidad, mediante dibujos que realizan los evaluados, estos dibujos se caracterizan por ser, un árbol, una casa y una persona, y conforme estén diseñado estos, se va a sacar un resultado. Este test es aplicado para niños adolescentes y adultos, se aplica en un tiempo de 150 minutos. Y después de aquello se inicia con un cuestionario hacia el paciente de preguntas respecto a cada dibujo. Ver anexo III



## RESULTADOS OBTENIDOS

### Desarrollo del caso

Paciente de 22 años de edad asistido por medio de la modalidad presencial, de sexo masculino, soltero, nacido en el cantón Babahoyo, con instrucción Bachiller.

**Primera sesión:** Se trabajó el motivo de consulta y la recolección de información mediante los instrumentos de historia clínica:

### Motivo de consulta

El paciente es asistido por medio de la modalidad presencial en donde manifiesta que necesita atención psicológica porque presenta cuadros de aislamiento, se encierra en su cuarto porque no le gusta compartir con nadie, no tiene amistades, no le gusta participar en eventos sociales ni familiares y que a pesar de que su edad cronológica es de 22 años de edad le gusta estar solo.

Manifestó que recibe muchas agresiones verbales y físicas por parte de sus familiares, mama, tíos y primos en el cual le manifiestan que es un estorbo que no sirve para nada, que no trabaja es un vago mantenido, que nunca hace nada por la vida y al escuchar esto, lo que hace el paciente es encerrarse en su cuarto y no le gusta que vayan a su casa a molestarlo y su madre ella no hace nada por defenderlo al contrario lo castiga y lo insulta, ofende y también me trata mal estas situaciones que viven hacen que actué de esa forma teniendo en su mente que todo lo que dicen de él es cierto que no sirve para nada.

**Segunda sesión y tercera sesión:** en esta segunda y tercera sesión, se empezó a recabar información mediante la entrevista semiestructurada dando apuntes en la historia clínica dirigida al paciente.

El paciente indico que tiene muchos problemas familiares y que al momento de querer estar reunido con ellos empiezan a ofenderlo haciéndolo sentir mal y lo que hace es, irse del lugar e ir a su habitación a llorar y sentirse culpable de todo lo que sucede en el hogar por el motivo de cómo lo tratan.

**Cuarta y quinta sesión:** en esta sesión se realizó con la aplicación de test y elaboración de información en base a las diversas sintomatologías que presenta el paciente.

Inventario de depresión de Beck

En base al test aplicado se obtuvo la puntuación en este inventario fue de 38, en la cual quiere decir que el paciente presenta una depresión grave, se realizó la implementación de otro test, para una verificación y obtener más resultados para el proceso psico-diagnóstico.

Test HTP.

En el test HTP hemos obtenido los resultados por medio de los gráficos realizados por el paciente en el cual obtenemos las proyecciones de las figuras dibujadas como es: depresión, angustia, frustración, aislamiento y aislamiento social.

Sexta sesión: Se procedió a dar una devolución de su diagnóstico, mediante la descripción sobre el trastorno que presenta el paciente.

Séptima sesión: en esta sesión se realizó el proceso terapéutico para la mejora del paciente.

Explicación del modelo de la terapia Cognitivo Conductual.

Se pasó a la evaluación de valoraciones evidenciadas, creencias del paciente, y a la normalización para superar la depresión.

Octava sesión y novena sesión: En estas sesiones se realizó la reestructuración cognitiva, mediante la orientación de todas las estrategias de intervención cognitiva como: la recogida de evidencias, el análisis de costes-beneficios, la identificación de errores cognitivos, la elaboración de alternativas y la puesta en prueba de hipótesis empíricas.

Décima y undécima sesión: aplicar las técnicas de estrategia de atención y técnica de respiración controlada para poder llegar al cierre del tratamiento terapéutico.

## **Situaciones detectadas**

El paciente manifestó que para llamar la atención el opto por utilizar 2 camisetas y dos pantalones al momento de salir.

Indico que lo hacía para llamar la atención de sus familiares y que se preocuparan por él, pero en vez de recibir ayuda al contrario recibió maltrato por parte de su mama y agresiones verbales por parte de sus tíos y primos que le decían loco ándate al manicomio inútil y que sirvo para nada.

El paciente recuerda que cuando era adolescente y vivía solo con su mamá y su hermano, no presentaba inconvenientes con la familia, todo era normal y que se sentía muy feliz junto a ellos compartiendo viajes visitas a las familias y también se divertía mucho con sus amigos y que en el colegio tenía excelentes notas.

Luego manifestó que su madre se unió a su padrastro todo era al principio normal pero después de seis meses el cambio que presento mi mamá fue diferente porque una vez graduado de bachiller me exigían a trabajar para que ayude en el hogar.

De acuerdo a lo planteado empecé por cumplir lo que mi mama decía, trabaje en un local de venta de comida donde el jefe trataba a sus empleados de manera ofensiva utilizando términos como inútil, inservible etc., de tal manera manifestó el paciente que él no sirve para el trabajo y que todo lo que dice su familia es verdad, siente que no sirve para nada y que solo opta por quedarme en su cuarto a llorar y a sentirse culpable de todo lo que le sucede.

En lo que pudimos observar y escuchar, mediante la modalidad presencial, el paciente ha tenido problemas de depresión, en momentos me contaba sus problemas llorando no tiene ganas de hacer nada porque piensa que todo le va a salir mal, se sentía culpable de todo lo que sucede en su hogar y que es mejor para el estar solo para no ofender a nadie con su forma de ser y hablo de algo en específico de que no sirve para nada en este mundo.

Se realizó el siguiente cuadro sindrómico, enfocado en áreas afectadas, que nos sirvió como base para llegar al diagnóstico establecido y su respectivo plan terapéutico. Área cognitiva

Pensamientos catastróficos                      Falta de concentración                      Abstracción selectiva

Área afectiva

Tristeza                      Culpabilidad                      Preocupación exagerada  
Irritabilidad                      Depresión grave (38 puntos)

Área conductual

Llanto                      Aislamiento                      Frustración

Área fisiológica

Ninguno

Área personalógica y social

Conductas evitativas    Retraimiento social

Con todos los datos que obtuvimos por medio de todas las técnicas y metodología clínicas, se pudo establecer un diagnóstico sobre la situación del paciente. Se llegó a determinar que el paciente ha desarrollado un F32.2 trastorno depresivo grave según los criterios diagnósticos de la CIE 10 y el DSM V.

**Soluciones planteadas**

Mediante la intervención psicoterapéutica con el enfoque de la terapia cognitivo conductual, en las diferentes áreas y categorías se obtuvo las siguientes descripciones:

Área cognitiva

Meta 1: La primera meta en la intervención terapéutica es la explicación del modelo Cognitivo Conductual de la depresión para que el paciente comprenda como se llevara a cabo el proceso terapéutico y proporcionar una respuesta segura de que desea permanecer con el tratamiento.

Meta 2: Conseguir que el paciente reconozca, cuáles son los pensamientos automáticos distorsión cognitiva y relaciones interpersonales y sociales, que presenta ante determinada situación, optimizando su capacidad de autoanálisis cuando se presente dicha situación.

Meta 3: Alcanzar que el paciente cambie sus pensamientos distorsionados sobre las situaciones que consideran depresivos para el paciente, por pensamientos eficaz para su completo desempeño.

#### Área Conductual

Meta4: Disminuir su comportamiento evitativo a ciertas situaciones que el paciente considera peligrosas para sí mismo evitando alejarse antes situaciones no apropiadas para él.

#### Área Afectiva

Meta 5: Reducir sus comportamientos, con técnicas de respiración controlada para obtener resultados apropiados para él y su desempeño personal.

Meta 6: Disminuir el sentimiento de culpabilidad que presenta el paciente.

#### Área fisiológica

Ninguna

<b>Categoría</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Actividades</b>	<b>Técnica</b>	<b>Número de sesiones</b>	<b>Resultados obtenidos</b>
<b>Cognitiva</b>	Explicación del modelo Cognitivo Conductual de la depresión	Comunicar de manera detallada al paciente sobre los parámetros, condiciones, estrategias y contenidos que se aplican en el enfoque cognitivo conductual	Comunicación asertiva	Sesión 1 1/02/2021	El paciente estuvo atento en cada uno de las instrucciones, respecto al formato de la terapia cognitiva conductual, y estando de acuerdo y comprometido

					con llevar a cabo el procedimiento.
<b>Cognitiva</b>	Conseguir que el paciente reconozca, cuáles son los pensamientos negativos, distorsiones cognitivas.	Se le manifiesta al cliente sobre los pensamientos aprensivos, para tener un auto-registro sobre estos pensamientos, enviamos de tarea un formulario.	Formulario de auto monitoreó de pensamientos aprensivos.	Sesión 2 09/02/2021 12/02/2021	Los resultados fueron los esperados, el paciente nos otorgó información específica, y logró explorar cuales eran sus pensamientos y reacciones automáticas antes ciertas situaciones.
<b>Cognitiva</b>	Cambiar pensamiento distorsionados por pensamientos positivos	Se creó la actividad de reestructuración cognitiva abarcando las 6 categorías que propone el modelo terapéutico	Reestructuración cognitiva Listado de pensamientos negativos y pensamientos positivos.	Sesión 3 16/02/2021 19/02/2021	El paciente logro reducir su estado de depresión y esto lo pude verificar por el auto monitoreó que realizaba el paciente y los resultados eran diferentes.
<b>Conductual</b>	Reducir su comportamiento evitativo a ciertas situaciones que el paciente considera peligrosas para sí.	Expusimos al paciente tanto en situaciones específicas imaginarias y a situaciones específicas reales, para conocer detalles de la sintomatología y el desarrollo de la depresión	Técnica de reforzamiento negativos y positivos.	Sesión 4 20/02/2021	El paciente con la técnica de exposición, fortaleció su grado de afrontamiento ante las situaciones, se sentía más seguro y decidido a repetir estas conductas de afrontamiento
<b>afectiva</b>	Reducir sus comportamientos tristeza.	Se ejecutó junto con el paciente, inhalaciones y exhalaciones con un conteo de 4 tiempos,	Respiración controlada	Sesión 5 24/02/2021	El paciente confirma, que le ha ayudado de mucho esta técnica, porque la practica antes

		centrando su atención			de evitar tener algún problema familiar y en ocasiones la aplica cuando siente tristeza.
<b>Afectiva</b>	Disminuir el sentimiento de culpabilidad del paciente	Se realizó que el paciente se mantenga atento sobre sus pensamientos negativos, pero sin emitir algún juicio o discriminación ante ellos.	Consciencia plena aceptación y compromiso.	Sesión 6 26/02/2021	El paciente logro entender y aceptar sus pensamientos negativos, dice que fue como 'un alivio al aceptarse con errores'

## CONCLUSIONES

En la presente investigación se concluye que

- En el contexto familiar es un factor determinante en el estado emocional del paciente, se observó una correlación directa entre los trastornos depresivos y el deterioro del entorno familiar, no encuentran soporte en su hogar y es expuesto a situaciones conflictivas que incrementan su depresión.
- En la relación entre depresión y la posición familiar, se observa que hay una mayor tendencia tanto en los miembros familiares y su madre, esto podría ocurrir porque la madre le da la razón a su hermana y sobrinos, haciéndolo sentir mal a su hijo con términos no apropiados causándole vergüenza y menospreciado.
- En cuanto a los síntomas depresivos del paciente que presentan, se encuentran una tristeza profunda y prolongada, desinterés por realizar las actividades cotidianas, llanto fácil, problemas de agresividad en el entorno familiar, trastornos alimenticios y de sueño, auto concepto bajo, dificultad para relacionarse con otras personas, incumplimiento de reglas, visión negativa del futuro y desesperanza.
- Una persona que desarrolla una depresión, con el paso del tiempo si no busca ayuda profesional, en situaciones estresantes, puede conllevar a una depresión grave con síntomas psicóticos ya que se observó en el paciente que se intervino

para este estudio de caso, la cual uno de los factores que influyeron fue el desinterés por las cosas que realiza, abstinencia por trabajar, aislamiento social y estar alejados de todos incluyendo a su madre y hermanos.

- Ante lo indicado, la familia y su madre que interactúan con el paciente, muchas veces no detectan estos síntomas depresivos por la misma razón, de que asocian estas manifestaciones mediante la forma de cómo lo tratan, pero puede existir ocasiones que el paciente no comunique a sus allegados sobre sus problemas psicológicos o por lo menos los síntomas que siente, como el caso presentado, que el paciente consideraba que el evento era muy severo y sus familiares debían de cambiar su forma de expresarse hacia él, siendo la causa problemática sus familiares para que pueda bajar el nivel de depresión que presenta el paciente.
- Sobre la planificación del modelo psicoterapéutico aplicado que se planteó, cabe destacar, que se logró que en el paciente baje sus niveles de depresión y pueda mantener una mejor calidad de vida en todas sus áreas como social, familiar, personal etc., ya que podrá hacer uso de las herramientas otorgadas y de las técnicas planteadas para que siga progresando en su situación problemática.

### Recomendaciones

Se recomienda hacer énfasis en las técnicas a emplear en el paciente, de esta manera se podrá obtener cambios favorables y el apego que debe existir en la familia siendo ellos que deben empezar en cambiar su forma de tratarlo, respetando su espacio y, darle la importancia en el núcleo familiar, solicitando opiniones de parte del paciente y considerarlo para la toma de decisiones, es muy importante contar con el apoyo familiar para que puedan brindar seguridad en las diversas actividades que debe desarrollar, una de ellas es en el aspecto laboral utilizar términos positivos, que puede todo lo que se proponga para obtener resultados favorables y mejore su condición de vida.



## BIBLIOGRAFIA

Adam, P (2019) Trastornos depresivo, Estados Unidos, Medlineplus

Alarcón, G (2003), Guía de prácticas clínicas de los trastornos depresivos, Barcelona, Bosco

Barnett, M (2011) Psychosocial intervention recuperado en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592011000100004&script=sci\\_abstract&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592011000100004&script=sci_abstract&tlng=en)

Beck, T (2013). La terapia cognitiva Obtenido de c.a.t.r.e.c: [http://www.catrec.org/conceptos\\_beck2013.html](http://www.catrec.org/conceptos_beck2013.html)

Coryell W, (2020) Trastornos depresivos recuperado en: <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-psiQUI% C3%A1tricos/trastornos-d>

Fight Depression, (2021) Depresión obtenido en <https://ifightdepression.com/es/for-all/subtypes-of-depression>

Gómez, M (2006) recuperado en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=SSN1988-611X](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SSN1988-611X) versión impresa ISSN 1135-7606

Gómez, T (2006) Maltrato psicológico Malaga, ISSN 1135-7606

González, L (2009), Violencia y la salud, España, ORG.

Ibáñez, C. (2014). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en asistencia primaria (parte 2). ELSEVIER, 34-41

# ANEXOS

## ANEXO I

### 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

Firma del pasante

## ANEXO II TEST PSICOMETRICOS APLICADOS:

### **Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

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

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

#### **1. Tristeza**

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

#### **2. Pesimismo**

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

#### **3. Fracaso**

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que he fracasado en casi todas las cosas que he intentado.



### ANEXO III APLICACIÓN DE HISTORIA CLINICA



### ANEXO IV APLICACIÓN DE BATERIAS PSICOMETRICAS:

