



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



DOCUMENTO PROBATORIO DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

PROBLEMA:

BULLYING Y SU INCIDENCIA EN LA CONDUCTA SUICIDA EN
UN ADOLESCENTE DE 15 AÑOS DEL CANTÓN VINCES

AUTOR:

AVELLÁN GUIN NATALIA VALENTINA

TUTOR:

PSIC.CL. ANDRES FERNANDO ARREAGA QUINDE, MSC.

BABAHOYO - 2022



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



RESUMEN

El presente estudio de caso se desarrolló con una problemática de conductas suicidas, en un adolescente de la Provincia de los Ríos en el Cantón Vinces. Los síntomas que refleja el adolescente se han presentado con mayor incidencia en el área cognitivo debido a los pensamientos distorsionados que le afectan en su entorno social. En la recopilación de información se utilizó técnicas como la entrevista semi estructurada, la historia clínica y el test de inventario de depresión de Beck para poder obtener de este modo un diagnóstico presuntivo, además, se aplicaron técnicas del modelo cognitivo conductual, mediante las cuales ayudaron a detectar pensamientos distorsionados del paciente para modificar esos pensamientos siendo estas técnicas de reestructuración cognitiva.

Palabras claves: Suicidio, adolescentes, bullying, violencia, depresión.



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



Abstract

The present case study was developed with a problem of suicidal behaviors in a adolescent from the Province of Los Ríos in the Vinces Canton. The symptoms reflected by the adolescent have been presented with greater incidence in the cognitive area due to distorted thoughts that affect him in his social environment. In the collection of information, techniques such as the semi-structured interview, clinical history and the Beck depression inventory test were used to obtain a presumptive diagnosis, in addition, techniques of the cognitive behavioral model were applied, which helped to detect distorted thoughts of the patient to modify these thoughts, being these techniques of cognitive restructuring.

Key words: Suicide, adolescents, bullying, violence, depression.



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



INDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
DESARROLLO	6
Justificación	6
OBJETIVO	6
SUSTENTOS TEÓRICOS	7
Bullying	7
Causas del Bullying	8
Características del bullying	8
Tipos de Bullying.....	9
Consecuencias del Bullying	11
Suicidio	11
Factores que influyen en la ideación suicida.....	12
Consecuencias del suicidio en los familiares y amigos.	13
Intervención psicológica con el suicida.....	13
Terapias de corte cognitivo-conductual	13
Terapia Psicodinámica.....	14
Médico Psiquiátrico	14
TÉCNICAS APLICADAS.....	15
Entrevista semi estructurada	15
Historia clínica.....	15
Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)	16
RESULTADOS OBTENIDOS.....	17
SITUACIONES DETECTADAS	19
SOLUCIONES PLANTEADAS.....	20
CONCLUSIONES.....	23

INTRODUCCIÓN

En este estudio de caso se utiliza la línea de investigación de Prevención, evaluación y de tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico, con una sublínea de psicoterapia individual, de esta manera se demostrará cómo el bullying incide en la conducta suicida de un adolescente de 15 años del Cantón Vinces.

Este estudio de caso se lo realizo en base a una problemática real de un paciente que acudió a consulta durante el proceso de prácticas pre profesionales en donde existió registro de una población de 21 casos, de los cuales se determinó a este caso como muestra por el interés de la problemática y el abordaje desde una visión de disminución de acción auto infligida por el paciente y su completa colaboración en el proceso psicoterapéutico.

Se investiga para plantear una posible solución a la problemática del paciente presente en la sintomatología detallada en consulta donde abarca hallazgos de distorsiones cognitivas incluyendo alteraciones del pensamiento, a nivel afectivo donde está la presencia de emociones insanas, a nivel social y a nivel somático problemática que afecta a su correcto bienestar.

Para la realización de este estudio de caso se utilizó el método deductivo e inductivo el cual es aquel que emplea un planteamiento investigativo de razonamiento lógico y que conduce a una visión que parte desde lo general a lo específico y viceversa, de igual forma para la recolección de información durante el proceso de intervención psico diagnóstica y psicoterapéutica se utilizaron diferentes técnicas y herramientas psicológicas necesarias para este caso.

DESARROLLO

Justificación

El presente estudio de caso con la temática de Bullying y su incidencia en la conducta suicida en un adolescente de 15 años del cantón Vinces, genera un gran interés por motivo de como el bullying afecta gravemente a la salud mental de las personas abarcando problemas como dificultad para concentrarse, aislamiento social y siendo aún más notable la afectación que se genera en la adolescencia siendo esta una etapa de notables cambios físicos y emocionales.

Este trabajo de estudio de caso tiene una gran importancia para las posteriores investigaciones relacionadas con esta temática porque representa como un factor ambiental-social, escolar como es el Bullying afecta a la vida del niño o adolescente en gran medida para que este interprete como una solución a su problemática al suicidio.

El beneficiario principal de este estudio de caso es el paciente en cual obtendrá un completo proceso psicoterapéutico que abarca desde la intervención psicológica, el psicodiagnóstico y el tratamiento; otro de los beneficiarios de este estudio de caso serán los futuros profesionales en el campo de salud mental y las personas que requieran información de esta temática los cuales podrán obtener la información detallada de este proceso y además tendrán la posibilidad de hacer uso de ella como una guía para sus futuras investigaciones o casos.

El presente estudio de caso trascenderá a las futuras generaciones, al ser un trabajo enfocado en una problemática que está afectando y creando estragos enormes en la población además que es una problemática real presente en los centros educativos los cuales requieren de una intervención integral de salud mental para disminuir casos o erradicar el acoso escolar.

Este estudio de caso es factible porque cuenta con el apoyo del paciente el cual colaboro durante todo el proceso brindando toda la información necesaria, también tuvo el apoyo del lugar de practicas el cual brindo todas las comodidades para abarcar de forma correcta una intervención psicológica; además se logró establecer un proceso psicoterapéutico completo y correcto al aplicar técnicas de intervención óptimas para esta problemática.

OBJETIVO

Determinar si el bullying es un factor de riesgo en el desarrollo de conductas suicidas.

SUSTENTOS TEÓRICOS

Bullying

El bullying es la conducta agresiva que tiene un individuo hacia otro, lo experimentan muchos niños y adolescentes, pueden ser motivados por diversas razones como el aspecto físico o la religión (Sevilla, 2021). Este acoso escolar se puede dar una persona hacia otra o de un grupo de personas hacia una persona.

Por lo general suele darse en el tiempo libre de las horas académicas, en las horas de receso, en las salidas del colegio o mediante las redes sociales, además, se puede manifestar de diferentes formas la agresión como: agresiones físicas, verbales o psicológicas. Con regularidad el bullying se lo aplica en forma de bromas hacia la víctima y estas a medida que va pasando el tiempo tienen un aumento de intensidad donde se contemplan apodos, frases ofensivas, peleas. El objetivo del victimario o agresor al realizar estos actos es generar un daño a través de la violencia para ridiculizar o demostrar su superioridad sobre la víctima.

Por esto mencionado se relaciona en gran medida que el acosador repite el acoso o abuso que está viviendo en su entorno y tiene una necesidad de repetir estas acciones en contra de otra persona que en muchos casos contiene características físicas inferiores a la de él para poder sentir un nivel de superioridad.

De ahí la importancia de evaluar el ambiente en que se desenvuelve el acosador para determinar si el abusador también está sufriendo abuso, de parte de quien está viviendo este abuso y como erradicarlo para que no siga efectuándose estas acciones y el no continúe con la cadena de repetición.

Se estima que entre un 15% y un 50% de los chicos y jóvenes son víctimas de bullying alguna vez (Covadonga Díaz-Caneja, 2021). A pesar de la lucha de las instituciones y la apertura de los DECE la cifra de niños que sufren de Bullying sigue siendo preocupante

Estas cifras son versiones y permanecen en constante cambio pues todos los días puede incrementar o reducir los casos de acoso escolar por la lucha de las instituciones por erradicarlos, o su vez tienen la posibilidad de salir nuevos victimarios disfrazados en broma de niños o adolescentes sin medir las afectaciones que producen en la víctima.

La normalización de las famosas “bromas de chicos” es un detonante del acoso, al ser cada persona distinta no podemos medir la afectación que provoca las “bromas de chicos” en las víctimas o personas que la reciben, los apodos también afectan debido a que normalmente estos se dan en base a alguna característica física o intelectual de la víctima sin medir si esta característica física genera una disminución en la autoestima de la persona.

Causas del Bullying

Lo que incitaría al bullying es un llamado de emergencia para los familiares, amigos y docentes de cada institución, lo cual puede conllevar a un problema a futuro (Universidad Internacional de Valencia, 2017). Así lo señala un equipo de expertos en Educación de la Universidad Internacional de Valencia.

Las víctimas potenciales para sufrir acoso son aquellas que tienen características diferentes como pueden ser:

- Niños con alguna capacidad especial
- Niños con dificultad de integración social
- Niños de bajos recursos económicos
- Niños con características físicas diferentes en donde se contempla la falta de alguna parte de su cuerpo, alguna parte de su cuerpo más grande de lo que se considera normal.
- Niños con sobrepeso o bajo peso.
- Niños con buen rendimiento académico.
- Niños considerados físicamente no atractivos.
- Niños con vestimenta o creencias diferentes, entre otros.

Características del bullying

Es caracterizado por estar presentes en chicos y jóvenes en sus unidades educativas los cuales se lo practican a los demás que pertenecen a estas instituciones (R.Raposo, 2016). Sus características son:

- Existe una diferencia de poder entre la víctima y el agresor que puede corresponder a una diferencia entre la edad, la fuerza física o porque existe un apoyo hacia el agresor por parte de los demás participantes.
- El acto de acoso se produce normalmente en lugares ajenos a la vista o presencia de adultos que puedan evitar la agresión o ejerzan protección hacia la víctima, sin embargo, las agresiones pueden darse tanto en lugares privados como públicos.
- La víctima tiene el pensamiento y sensación de que no puede defenderse principalmente si hay más niños presentes y no hacen nada por defenderlo o evitar el acoso.
- Existe intención del victimario de abusar de su poder, de elegir a su víctima para proceder a acosarla.

Tipos de Bullying

Existen distintos tipos y formas de practicar acoso escolar, tales como:

Bloqueo social: Esta forma de acoso consiste en promover la marginación hacia la víctima, ejerciéndole la prohibición de ser partícipe de actividades en ámbito social o deportivo, también se fomenta la exclusión de trabajos grupales impartiendo una minimización del contacto social exigiendo que nadie le dijera la palabra a través de amenazas convirtiendo así a la víctima en un rechazado social.

Bullying psicológico En esta situación hay una persecución, intimidación, tiranía, chantaje, manipulación y amenazas al otro. Son ocupaciones que perjudican la autoestima de la víctima y fomentan su sensación de miedo, con el problema agregado que son las más difíciles de identificar por parte de docentes o padres ya que son maneras de acoso o exclusión que se conducen a cabo a espaldas de cualquiera que logre advertir la situación. Frecuentemente, los agresores utilizan esta forma de acoso con el fin de subrayar, reforzar o resaltar acciones llevadas a cabo con anterioridad, manteniendo así latente la amenaza. Incrementan la fuerza del maltrato, pues el acosador exhibe un poder mayor al mostrar que es capaz de amenazar, aunque esté presente una figura de autoridad. En el agredido, aumenta el sentimiento de indefensión y vulnerabilidad, pues percibe este atrevimiento como una amenaza que tarde o temprano se materializará de manera más contundente. Pueden consistir, por ejemplo, en una mirada, una señal obscena, una cara desagradable o un gesto.

Hostigamiento: Este es un tipo de acoso sistemático donde se incluyen dinámicas de acoso que insisten en transmitir a la víctima mensajes de desprecio, humillación, ridiculización, odio, entre otras.

Manipulación social: Este es un tipo de acoso en el cual se pretende generar una distorsión de la imagen pública del compañero o compañera, incluye generar disputas de la víctima con otras personas poniéndolas en su contra, a través de la difamación, acusación o inventando cosas que le generen problemas con otros.

Coacción y coerción: Este es un tipo de acoso que se basa en fomentar que la víctima realice acciones o diga cosas en contra de su voluntad, bajo amenazas de cualquier índole. Lo que a su vez hace que la víctima sienta indefensa y débil ante su agresor.

Violencia física: Este tipo de abuso es el más visible al poder notar signos de violencia como golpes, moretones, rasguños esos daños físicos pueden ser pasajeros o incluso permanentes dependiendo del nivel de agresión que recibió. La agresión física también puede llegar a nivel de violencia sexual en la cual se puede incluir la manipulación de los genitales de la víctima, o incitar a que toque los suyos, tomar fotografías o videos sin ropa de la víctima sin su consentimiento hasta la penetración, entre otros.

Bullying sexual Se presenta un asedio, inducción o abuso sexual o referencias malintencionadas a partes íntimas del cuerpo de la víctima. Incluye el bullying homófobo, que es cuando el maltrato hace referencia a la orientación sexual de la víctima por motivos de homosexualidad real o imaginaria.

Ciberacoso o Cyberbullying: Con la penetración de las nuevas tecnologías, cada vez es más frecuente este tipo de actos. Es un tipo de acoso muy grave y preocupante por la gran visibilidad y alcance que se logra de los actos de humillación contra la víctima y el anonimato en que pueden permanecer los acosadores. Los canales son muy variados: mensajes de texto en móviles, tablets y ordenadores, páginas web y blogs, juegos online, correos electrónicos, chats, encuestas online de mal gusto, redes sociales, suplantación de identidad para poner mensajes, etc. El contenido del acoso va desde los típicos insultos a montajes fotográficos o de vídeo de mal gusto, imágenes inadecuadas de la víctima tomadas sin su permiso, críticas respecto al origen, religión, el nivel socioeconómico de

la víctima o de sus familiares y amigos, etc. Todo vale con el fin de humillarla. Con independencia del tipo de bullying, el perfil del acosador suele ser el de una persona físicamente fuerte, impulsiva, dominante, con conductas antisociales y con una ausencia total de empatía con sus víctimas.

Consecuencias del Bullying

Las consecuencias del bullying son bastantes y afectan principalmente a la víctima, éstas consecuencias pueden llegar a ser irreversibles y otros se logran superar con el apoyo psicológico y familiar adecuado, al ser un tema delicado para la víctima en muchas ocasiones prefiere el silencio y debemos ser los más empático posible ante su situación. Algunas consecuencias del Bullying son las siguientes:

- Autoestima baja.
- Actitud pasiva
- Pérdida de interés escolar y social
- Pérdida o disminución de movilidad física
- Depresión
- Ansiedad
- Trastorno de Estrés postraumático.
- Trastornos emocionales
- Problemas psicosomáticos
- Pensamientos suicidas
- Suicidio, entre otros.

Para el niño o adolescente víctima del bullying, las consecuencias se notan con una baja autoestima, trastornos emocionales, depresión, ansiedad y pensamientos suicidas, lo que puede desencadenar una situación de fracaso escolar (Ruíz, 2020). En casos extremos el bullying ha conducido al suicidio a varias víctimas y sus dañinos efectos para la salud física, de la mente y emocional del sujeto, tienen la posibilidad de llegar a algo crónico, acompañado a la víctima a lo largo de toda su historia.

Suicidio

“El suicidio es un fenómeno complejo, debido a que influyen diversos factores de riesgo: biológicos, psicológicos, sociales, entre otros; sin embargo, puede ser predecible

a través de la conducta suicida (ideación, planeación e intento), la evidencia nos sugiere que el suicidio es un fenómeno real, producto del efecto de los factores personales, psicosociales, familiares y psiquiátricos” (González. Et al, 2014, pág. 48).

“La ideación suicida, a diferencia del intento, se caracteriza por que en éstas el paciente elabora planes de “cómo, dónde y con qué” cometerá el acto, así como pensamientos sobre el impacto que sus actos causarán en los otros. Por otra parte, las amenazas de cometer un acto suicida pueden ir acompañadas de acciones de iniciación o aproximación a conductas suicidas, como saltar de una ventana, correr hacia los coches o provocarse lesiones con objetos punzantes o cortantes” (Sanz M. J., 2011, pág. 125)

Factores que influyen en la ideación suicida

“Para algunos adolescentes, los cambios normales del desarrollo, a veces acompañados por otros hechos o cambios en la familia como el divorcio o la mudanza a una nueva comunidad, cambios de amistades, dificultades en la escuela u otras pérdidas, pueden causar gran perturbación y resultar abrumadores, en ocasiones, el suicidio puede parecer una solución” (Izquierdo, 2010, pág. 47).

Existen factores involucrados en la ideación suicida, existen tres factores involucrados los cuales son mencionados a continuación:

Depresión: La depresión está vigente en los adolescentes, la cual conlleva muchas veces al suicidio porque lo ven como una solución (Quintanar, 2007).

Familia disfuncional: Los adolescentes que presentan ideas suicidas por lo general mantienen límites rígidos o difusos con los familiares, además de una mala comunicación y en muchos casos existe la presencia de conflictos con los demás miembros de la familia lo que les hace sentir tener poco apoyo, empatía y comprensión por parte de la familia.

Desesperanza: Se define en función del deseo consecuente de escapar de las circunstancias que un individuo considera que no tienen alguna posible solución descartando cualquier indicio de esperanza poder solucionar dichos eventos en el futuro.

Estrés Postraumático: Suele darse el caso en adolescentes que sienten culpa, de lo cual tomarán como una válvula de escape el suicidio (Julia Uliaque Moll, 2021).

Problemas académicos: Los adolescentes al tener un bajo rendimiento académico se sienten insatisfechos o incluso inservibles lo que les hace aumentar los niveles de estrés por la presión que tienen por mejorar su rendimiento académico.

Desesperanza: Se define en función del deseo consecuente de escapar de las circunstancias que un individuo considera que no tienen alguna posible solución descartando cualquier indicio de esperanza poder solucionar dichos eventos en el futuro.

No aceptación de la identidad sexual: Al no tener una aceptación en el ambiente social o incluso familiar se asocia a un incremento en la ideación y conducta suicida.

Consecuencias del suicidio en los familiares y amigos.

“El duelo se torna muy difícil y las personas pueden vivirlo de una manera desmedida sin resolverlo adecuadamente durante muchos años o bien pueden evitarlo, encapsulándolo de manera que tiene un enorme costo para el equilibrio psicológico” (Imaz, 2013, pág. 72).

La pérdida de un ser jamás es fácil, sin embargo, al perder un familiar incluso un amigo por un suicidio es muy terrible y doloroso, se podría llevar un riesgo como padecer de un problema mental y físico, los que atraviesan estas situaciones pueden desarrollar un estrés postraumático, depresión, ansiedad o incluso trastorno del estado de ánimo.

Intervención psicológica con el suicida.

“El objetivo general durante el manejo de las crisis es estabilizar psíquicamente a la persona y ayudarla a recuperar el mayor nivel de funcionalidad posible. Se trata de disminuir y reducir los síntomas, así como evitar que se haga daño a sí mismo (autolesiones o suicidio) o a los demás” (estrategias de intervención psicológica con la conducta suicida, pág. 99).

Terapias de corte cognitivo-conductual

“Las terapias cognitivo-conductual son más efectivas cuando se orientan a reducir algún aspecto concreto de la conducta suicida que cuando tratan de disminuir está de forma indirecta centrándose en otros síntomas o signos asociados” (Ministerio de sanidad, política social e igualdad. , 2012, pág. 54).

“La terapia cognitivo-conductual redujo de forma significativa la conducta suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad, en pacientes con conducta suicida recurrente y en pacientes con esquizofrenia crónica resistente a la medicación” (Ministerio de sanidad, política social e igualdad. , 2012, pág. 55).

Terapia Psicodinámica

“En pacientes con trastorno límite de la personalidad y abuso de alcohol, la terapia psicodinámica deconstructiva fue eficaz en la disminución de la conducta suicida, el abuso de alcohol y la necesidad de cuidado institucional, en comparación con el tratamiento habitual” (Ministerio de sanidad, política social e igualdad, 2012, pág. 56).

Médico Psiquiátrico

“Este debe iniciarse cuando el niño o adolescente no presente riesgo suicida evidente y su vida esté fuera de peligro. El personal de urgencias debe establecer una adecuada relación con el suicida y su familia, sin culpabilizarles, además de explicar la importancia del tratamiento” (Sanz M. M., 2011, pág. 130).

“Se deben valorar la dinámica familiar, el tipo, cantidad y estructuración de los problemas familiares, los recursos y las posibilidades de apoyo, contención y movilización. El apoyo familiar es necesario para un correcto abordaje terapéutico, por lo que se ha de plantear la disposición y apoyo del clínico buscando el establecimiento de una dinámica de trabajo en equipo” (Sanz M. J., AEPNYA, 2011, pág. 130).

TÉCNICAS APLICADAS.

En el presente estudio se llevó a cabo la metodología cualitativa donde se utilizó los métodos:

Estudio de caso

Se ejecutó con el objetivo de conocer de una forma detallada la naturaleza del caso y recopilar información que facilite la comprensión exhaustiva de las evidencias. El **método clínico** se empleó con el propósito de llevar una orden en el recorrido del estudio, para comprender el desarrollo y la evolución de la problemática del sujeto a nivel psicológico y social. Y el **método psicométrico** que comprende un conjunto de herramientas y procedimientos que permiten realizar una valoración cuantitativa con respecto a los fenómenos psicológicos. Se utilizó este método para poder corroborar el diagnóstico que presenta el paciente. A continuación, se detallará las técnicas para la recolección de información utilizadas, las cuales tienen una relación con los métodos planteados.

Entrevista semi estructurada

Para esta entrevista semi estructurada no se necesita seguir con una guía, se necesita establecer un rapport con el paciente para poder obtener toda la información y de esta manera tener una buena recolección de datos. Facilitaremos que el paciente pueda mostrarse tal y como es, las preguntas se van dando a medida del discurso del paciente, podemos darnos cuenta de cómo piensa, evitaremos a toda costa para el paciente preguntas cortas que tengan una sola respuesta y no dejar que el paciente se desarrolle.

“La entrevista semi estructurada recolecta datos de los entrevistados a través de un conjunto de preguntas abiertas para saturar los datos, es decir, para recolectar información suficiente para entender el área de interés, de este tipo de entrevista requiere una muestra relativamente grande de participantes” (Gutierrez, 2021, pág. 68)

Historia clínica.

“En la historia clínica queda constancia de los pasos que se siguieron para llegar a esa opinión científica. De allí, la importancia de su exhaustividad, con el objeto de encuadrar el mayor número de datos en forma ordenada y así llegar a conclusiones válidas” (Guzman., 2012, pág. 16)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Este inventario está constituido por 21 preguntas las cuales consisten en el área afectiva, el área somática, ambas nos conllevan a un resultado en base a las preguntas respondidas de parte del adolescente. El paciente se notó paciente, luego de veinte minutos pudo concluir con su prueba la cual arrojó un resultado de 49 puntos, dando con una depresión grave. Éstos ítems nos ayudan a encontrar en el paciente los pensamientos suicidas, la tristeza, la pérdida de placer, la pérdida de interés, pérdida de energía, alteraciones de sueño, dificultad para poder concentrarse, cansancio y pérdida de interés sexual.

Se obtendrá el resultado una vez que el paciente haya concluido con todas sus preguntas, de esta manera se calificará sumando el puntaje de cada pregunta correspondiente y lo clasificaremos de la siguiente forma: de 0 a 9 se obtendrá una depresión mínima; de 10 a 16 se obtendrá una depresión leve; de 17 a 29 se obtendrá una depresión moderada; de 30 a 63 se obtendrá una depresión grave (copolad, 2021).

RESULTADOS OBTENIDOS.

Adolescente de 15 años de edad, acudió en compañía de su padre, asistieron a la Junta de Protección de derechos del Cantón Vinces. El motivo de consulta menciona que: *“Me pongo muy triste cada que recuerdo que mi madre murió, sucede más cuando me encuentro solo en mi casa, suelo olvidarme de muchas cosas, me cuesta demasiado dormir por las noches, no me place salir, ni comer, no quiero nada, desde que ella se fue todos me odian me hacen bullying los demás, me dicen que soy un monstruo, con mi mamá me sentía más seguro, ahora que estoy solo todos me odian”*.

Se realizaron 5 sesiones la cual empezó la primera el día 15 de junio del 2021 realizando preguntas para poder obtener información sobre el paciente, cada sesión duró 45 minutos, procedí con la entrevista semi estructurada, de esta manera dejamos que el paciente pueda desarrollarse por sí mismo y así obtener información.

Primera sesión: Se llevó a cabo el día martes 15 de junio del 2021, en horario de 10:00 am hasta las 10:45 am. Procedí a presentarme y a hacerle conocer cuáles eran los lineamientos que se basa la ética profesional del psicólogo, trabajando de este modo obtendremos la confianza del paciente y así tener un excelente rapport.

El paciente también mencionó que *“Después de que mi madre falleció, mis compañeros del colegio me hacen mucho bullying de que soy un huérfano, que no tengo a nadie y de que soy un monstruo por tener 6 de dedos en cada pie”*. Por tal razón el paciente ha optado por alejarse de todos, además está consciente del padecimiento e intenta realizar actividades, algunas las ha visto por internet, sin embargo, con la pandemia se han empeorado los síntomas, hace mención que solicita ayuda para poder sentirse bien e incluso contrarrestar síntomas y no tener ideas suicidas, de esta manera espera mejorar su calidad de vida.

Se procedió a realizar preguntas abiertas para facilitar la expresión de sentimientos y conocerlo. Expresó que su sintomatología la presenta hace 6 meses atrás, a raíz de que su madre falleció. De toda esta información se procedió a realizar un resumen y empecé a llenar la historia clínica. Realicé un contrato con el paciente, acordamos con los horarios de atención y la metodología de trabajo. Se efectuó una psicoeducación al paciente, la cual se ofreció información acerca de su pronóstico y tratamiento.

Segunda sesión: Tuvo lugar el día Viernes 18 de Junio del 2021, en horario de 11:00 am hasta 11:45 am, el paciente quien asistió de manera muy nervioso aún, aceptó

seguir en consulta, procedimos con la entrevista semi estructurada para poder obtener más información acerca del adolescente en mención, de esta manera obtuve los datos correspondientes a la Anamnesis se identificaron pensamientos distorsionados y alteraciones en el sueño, cabe recalcar que el paciente manifestó que la muerte de su madre fue a causa del Covid – 19 por lo tanto lo tomaremos como una problemática de manera hipotética que desencadenó la gravedad de los síntomas y lo que influye actualmente el acoso de parte de sus compañeros. Manifiesta *“No me place salir ni comer, quiero permanecer encerrado, no aguanto más esto, he tenido ideas de matarme y desaparecer de este mundo, porque no quiero soportar más dolor y burlas de los demás”* Trabajamos con estos pensamientos, para esta sesión me basé en el análisis costo y beneficio debido a los pensamientos presentados por el paciente, tal es el caso que le asigné una tarea, diferenciando hechos, pensamientos y sentimientos.

Tercera sesión: El día martes 21 de junio del 2021, en horario de 9:00 am hasta 9:45 am, antes de iniciar con la terapia se realizó horarios de alimentación y se le hizo mención sobre el costo de sus malos hábitos. El paciente manifestó en llanto *“Mis compañeros se burlan de mí y por eso no tengo amigos, mi mamá no está conmigo, no tengo motivos para vivir, ya no lo soporto, no soy suficiente para nadie, ya no valgo nada, no sé qué sigo haciendo en este mundo, debería morir y estar con mi mamá”* procedí inmediatamente con elicitación de sus pensamientos. Dado es el caso que se modificó esta distorsión que afectaba de manera directa a la vida del paciente, se ordenaron los pensamientos para que no afectara en su vida diaria. Tarea enviada: Programación de actividades.

Cuarta sesión: Se procedió el día viernes 25 de junio del 2021, en horario de 10:00 am hasta 10:45 am, llega de manera más calmada sin embargo luego de conversar sobre su semana por dicha conducta suicida rompe en llanto y comenta *“estoy totalmente solo, no saben la falta que me hace mi mamá”* Seguido a esto se procedió a tomar el inventario de depresión de Beck, el cual se identificó una depresión grave. La tarea enviada como consigna para la casa consiste en una técnica de respiración profunda cuando experimente soledad ante determinante situación y se asignó otra tarea como realizar una programación de actividades familiar.

Quinta sesión: Tuvo lugar el día 14 de Julio del dos mil veinte uno, desde las 10:00 am hasta 10:45 am el paciente ha comprendido un poco más de su situación, sin embargo, presentaba ciertas conductas, por lo cual fue derivado con la psicóloga del

subcentro de salud del cantón Vinces para una atención adecuada y posible atención psiquiátrica. En cuanto a los problemas del sueño se instruyó en una técnica de respiración profunda que pueda implementar, dicha técnica fue de agrado para el paciente y se comprometió como en las actividades anteriores a emplear el ejercicio.

SITUACIONES DETECTADAS

Mediante 5 sesiones pudimos obtener información acerca del paciente, quien perdió a su madre a causa del covid-19 hace seis meses, a raíz de dicha pérdida, su comportamiento fue cambiando, la cual fue una problemática que afecta en su vida personal y su entorno social, de esta manera afectando sus actividades diarias. Cabe mencionar que anteriormente había presentado acoso por parte de sus compañeros debido a los seis dedos que presenta en cada pie. Paciente manifiesta que en su infancia no presentó ningún tipo de violencia entre sus familiares, es hijo único, su etapa escolar no recuerda haber tenido problemas hasta cuando ingresó al colegio. Por otra parte, es la primera vez que asiste a consulta psicológica. El paciente presenta conductas suicidas debido a todo lo ocurrido, a raíz de que su madre falleciera y el acoso de sus compañeros del colegio.

En cuanto a su aspecto personal, se muestra cansado, nervioso, no obstante, presentó una actitud colaboradora y estuvo dispuesto a mejorar. El paciente se encontraba en tiempo y espacio durante las cinco sesiones, no denotó ninguna alteración a nivel de psicomotricidad. Su léxico fue bueno en todas las sesiones.

Con respecto a las pruebas aplicadas en el paciente con ideas suicidas se obtuvieron los siguientes resultados: Inventario de depresión de Beck dio como resultado **49 puntos**, lo cual de acuerdo a la escala para interpretar el inventario indica **depresión grave**.

Por otra parte, las sintomatologías detectadas se detallarán a continuación por su área:

Área Somática

- Desvelo
- Inapetencia.

Área Social

- Retraimiento.

- Baja intervención de deportes y ejercicios.

Área Afectiva

- Exasperación.
- Carece de buen humor.
- Melancolía.

Área Cognitiva

- Dificultad para concentrarse
- Ideación suicida

Mediante estas 5 sesiones y técnicas pudimos obtener información del paciente y según el diagnóstico del DSM-5, el paciente cumple con los criterios de depresión grave 296.23 y CIE-10 (F32.2).

SOLUCIONES PLANTEADAS

Obteniendo los resultados en las 5 sesiones con el adolescente y disponiendo los síntomas de las conductas suicidas vamos a proceder con un esquema terapéutico, aquí mostraremos el plan de trabajo que se ha realizado, con técnicas de intervención, de esta manera podremos reducir la sintomatología que presenta el paciente para así mejorar en sus relaciones tanto familiar como social. Por esta razón en este estudio de caso se plantean las 5 sesiones distribuidas de la siguiente forma:

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de sesiones	Fecha	Resultados obtenidos
Área Cognitiva: Expectativas negativas persistentes (Piensa que no sirve para nada). Pensamientos suicidas, dificultad para concentrarse.	Explicación por lo que está atravesando el paciente.	Psicoeducación	2	15/06/2021	El paciente logro comprender su diagnóstico y el plan de terapia y consideró las razones para no cometer suicidio y mejorar su concentración.
	Realizar que el paciente entienda las ventajas y desventajas de sus pensamientos	Análisis costo beneficio		18/06/2021	
Área Afectiva: Llanto, desmotivación, desesperanza	Identificar cómo los pensamientos generan tensión en sus emociones	Explicar cómo los pensamientos crean sentimientos.	1	25/06/2021	Lograr identificar los pensamientos que generan malestar emotivo.
Área Social-escolar: Disminución de participación en actividades, aislamiento.	Que el paciente establezca actividades de interés.	Anotar y realizar actividades en donde pueda hacer integración social.	1	21/06/2021	Paciente está realizando cada vez más actividades de su agrado.

<p>Área Somática: Insomnio, bajo apetito.</p>	<p>Obtener mecanismos de relajación.</p> <p>Realizar que el paciente entienda de sus ventajas y desventajas</p>	<p>Técnica de relajación: respiración profunda.</p> <p>Análisis costo y beneficio</p>	<p>2</p>	<p>25/06/2021</p> <p>21/06/2021</p>	<p>Paciente logre establecer una rutina adecuada para conciliar el sueño.</p> <p>Paciente conozca los costos de sus malos hábitos en la alimentación y el sueño. Establecer horarios de alimentación</p>
--	---	---	----------	-------------------------------------	--

CONCLUSIONES

El bullying es un factor de riesgo para el comportamiento suicida, es muy significativa su asociación con la ideación e intento de suicidio, no sólo el bullying interfiere en los procesos normales de desarrollo y educativos, sino que genera en los adolescentes un riesgo adicional para pensamientos y acciones suicidas, entonces surge que el adolescente merezca un especial cuidado y atención. Es aconsejable indagar este tipo de violencia creciente en todos los ámbitos a fin de prevenir de una manera eficaz sus graves consecuencias, de esta manera es importante el monitoreo de signos y síntomas del comportamiento.

Mediante esta investigación se logró identificar que la sintomatología que presenta el paciente a raíz del constante bullying de parte de sus compañeros y con la reciente muerte de su madre a consecuencia del covid-19 afecta en las relaciones interpersonales, en primera instancia surge porque los síntomas causan un malestar clínicamente significativo. Es necesario la obtención del Rapport para que el paciente sienta confianza.

En otras investigaciones que se plantea en el sustento teórico, tratan sobre el tema de bullying y sus factores han concluido con la pérdida de nexos de comunicación con las demás personas es uno de los principales causantes del deterioro de las relaciones. Cabe considerar que las personas con este padecimiento presentan distanciamientos e ideas suicidas. Si bien es cierto frente a una situación como el bullying, los síntomas del paciente se han manifestado, presentando principalmente distanciamiento, baja autoestima, entre otros. Todas las conceptualizaciones presentadas en el sustento teórico por los diferentes autores, no hacen más que acentuar que los síntomas del Bullying afectan significativamente al individuo que lo padece, de esta manera trae consigo repercusiones en los ámbitos como social, familiar, laboral, entre otros.

La entrevista semi estructurada, la historia clínica permitieron en las sesiones ejecutadas con el paciente. Se presentó una propuesta de esquema terapéutico abordado al caso mediante la terapia cognitivo conductual donde está centrado en que los pacientes aprendan a cambiar directamente todas las distorsiones cognitivas que conllevan al malestar emocional del sujeto. También se abordó la técnica de respiración profunda, la cual consiste en adoptar un patrón de respiración donde se aplique una inspiración y exhalación profunda. Dichas técnicas son cruciales en el control o disminución de la sintomatología de las personas con conductas suicidas.

Por otra parte, con base al enfoque terapéutico abordado en el caso y todas las estrategias implementadas en el proceso, se logró que el paciente proponga alternativas ante las ideas sobrevaloradas con respecto a la gravedad de las ideas suicidas que presenta, por lo cual estas generan malestar psicológico que tiene repercusión en las relaciones actuales y futuras.

Se recomienda que el paciente inicie un tratamiento con un profesional especializado en terapia cognitiva conductual, para mejorar la sintomatología que presenta, por ende, las relaciones interpersonales, además de descartar una mayor afectación en las relaciones actuales y futuras.

Bibliografía

- copolad. (2021). *COPOLAD*. Obtenido de <http://copolad.eu/es/banco-de-instrumentos/ficha/58>
- Covadonga Díaz-Caneja. (16 de Febrero de 2021). *Cuidate Plus*. Obtenido de Cuidate Plus: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psicologicas/bullying.html>
- estrategias de intervención prisológica con la conducta suicida. (s.f.). En A. P. Robles. Et al. SINTESIS.
- Gonzáles. Et al, R. N. (Enero - Abril de 2014). Depresión y suicidio. *Revista Médico-Científica de la secretaría de salud Jalisco*, 48. Obtenido de Revista Médico-Científica de la secretaría de salud Jalisco: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj141k.pdf>
- Gutierrez, R. L. (13 de Mayo de 2021). Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario . Cuenca : Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha . Obtenido de <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/28529/04%20TECNICAS-INVESTIGACION-WEB-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Guzman., A. (2012). La historia clínica. Colombia.
- Imaz, J. G. (Enero de 2013). Familia, suicidio y duelo. *ELSEVIER DOYMA*, 72. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-familia-suicidio-duelo-S0034745014000109>
- Izquierdo, F. M. (2010). Suicidio y prevención. Obtenido de <http://www.psicodoc.org/edoc/E-531.pdf>
- Julia Uliaque Moll. (2021). *Psicología y mente* . Obtenido de <https://psicologiaymente.com/clinica/factores-riesgo-de-suicidio>
- Ministerio de sanidad, política social e igualdad. (2012). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. En p. s. Ministerio de sanidad. Tórculo Artes Gráficas, S.A.
- Ministerio de sanidad, política social e igualdad. . (2012). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento d ela conducta suicida. . Tórculo artes Gráficas, S.A. .
- Ministerio de sanidad, política social e igualdad. . (2012). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. En p. s. Ministerio de sanidad. Tórculo Artes Gráficas.
- Quintanar. (2007). *Comportamiento Suicida*. Tijuana.
- R.Raposo, T. V.-S. (2016). *Podemos Prevenir el Bullying*. España: EDUCO.
- Ruíz, A. (12 de Mayo de 2020). *Todo Papás*. Obtenido de Todo Papás: <https://www.todopapas.com/ninos/psicologia-infantil/cuales-son-las-causas-y-consecuencias-del-bullying-8481>
- Sanz, M. J. (13 de septiembre de 2011). *AEPNYA*. Obtenido de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/suicidio.pdf>

Sanz, M. J. (13 de Septiembre de 2011). *AEPNYA*. Obtenido de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/suicidio.pdf>

Sanz, M. M. (13 de Septiembre de 2011). *AEPNYA*. Obtenido de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/suicidio.pdf>

Sevilla, M. (16 de Febrero de 2021). *Cuidate Plus*. Obtenido de Cuidate Plus: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psicologicas/bullying.html>

Universidad Internacional de Valencia. (06 de Enero de 2017). *Universidad Internacional de Valencia*. Obtenido de Universidad Internacional de Valencia: <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/causas-de-acoso-escolar-y-como-abordarlas>

ANEXOS

ANEXO 1

Autora del estudio de caso Valentina Avellán en compañía de sus compañeros y del tutor Andrés Arreaga Msc, (figura A) durante una reunión de inducción al tema previo a la sustentación de tesis (figura B).

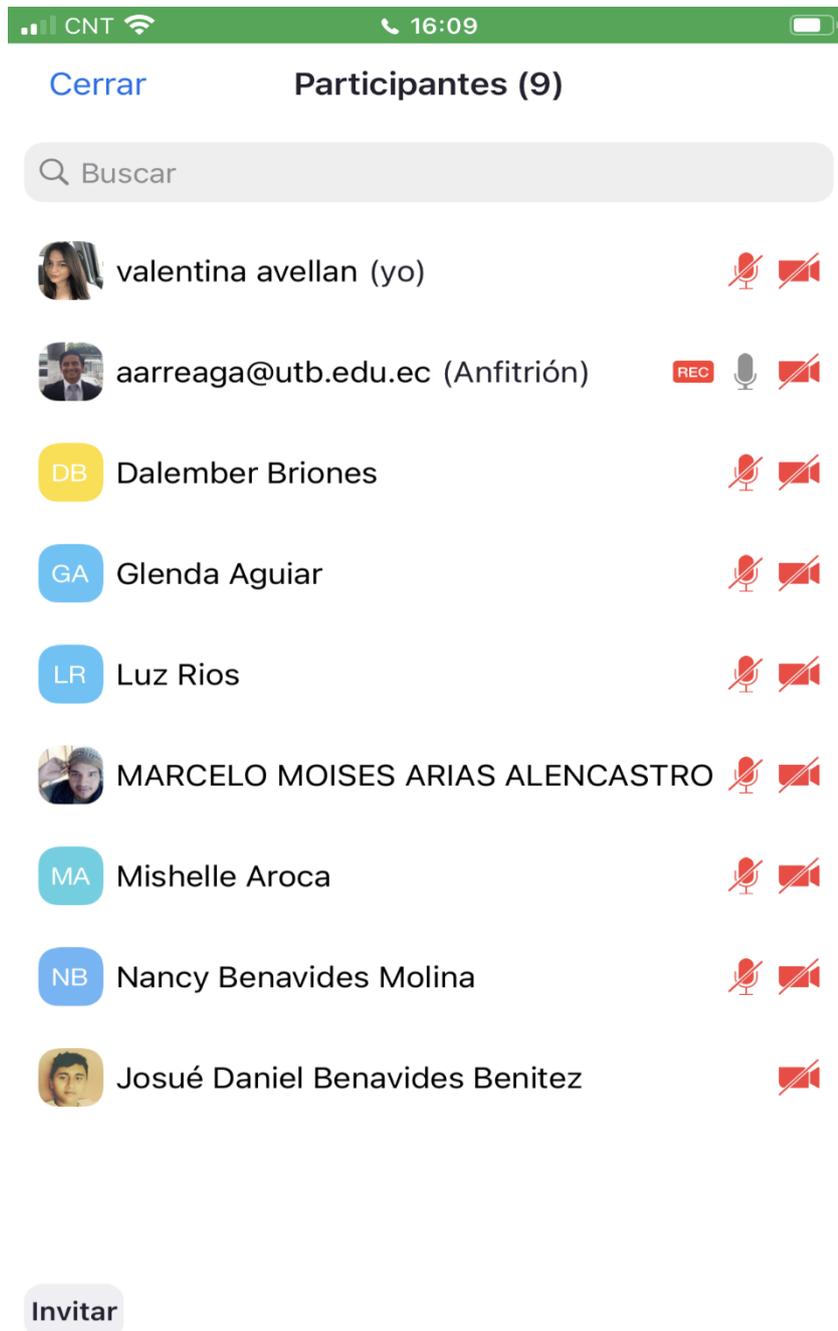


Figura A

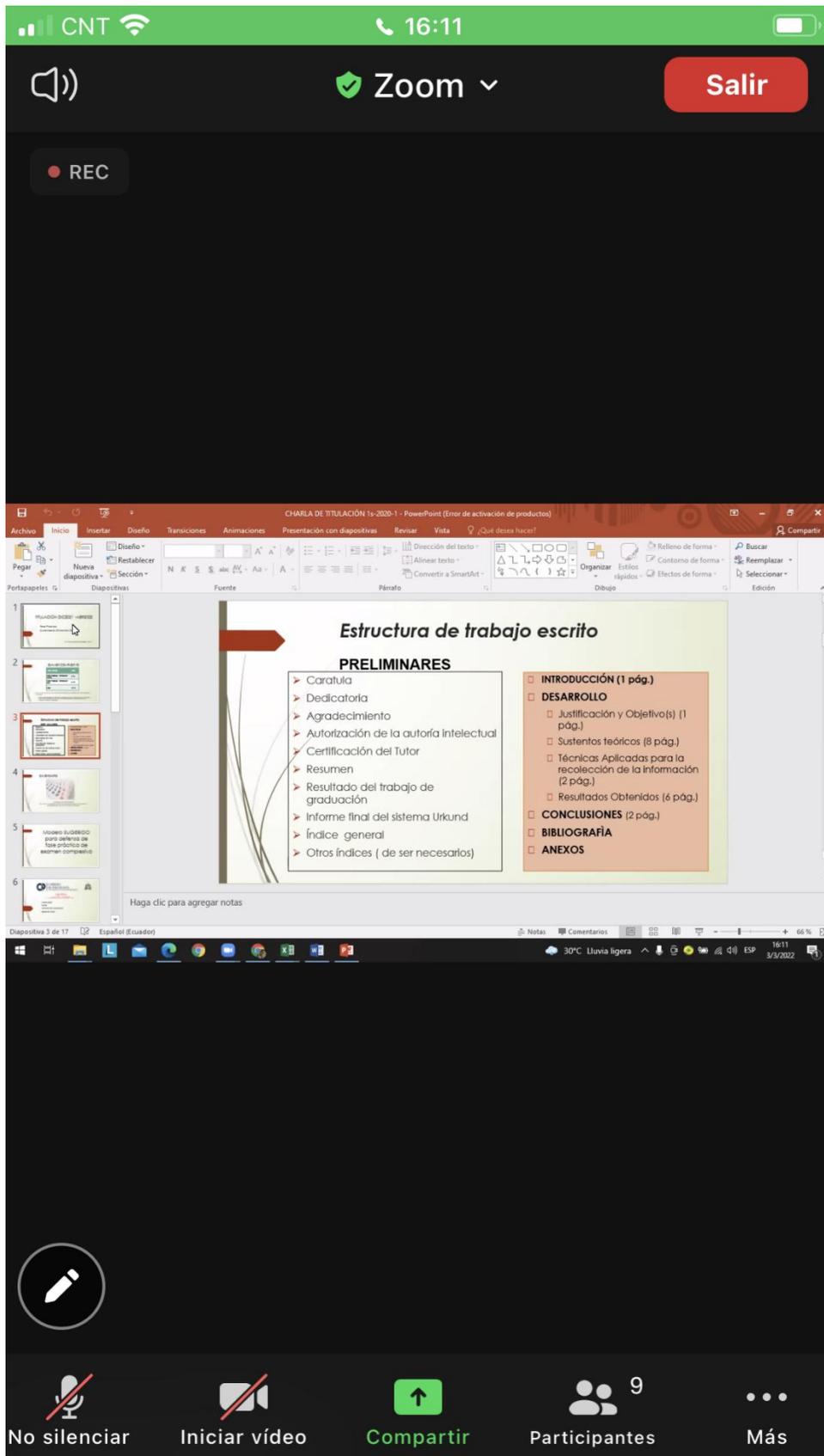
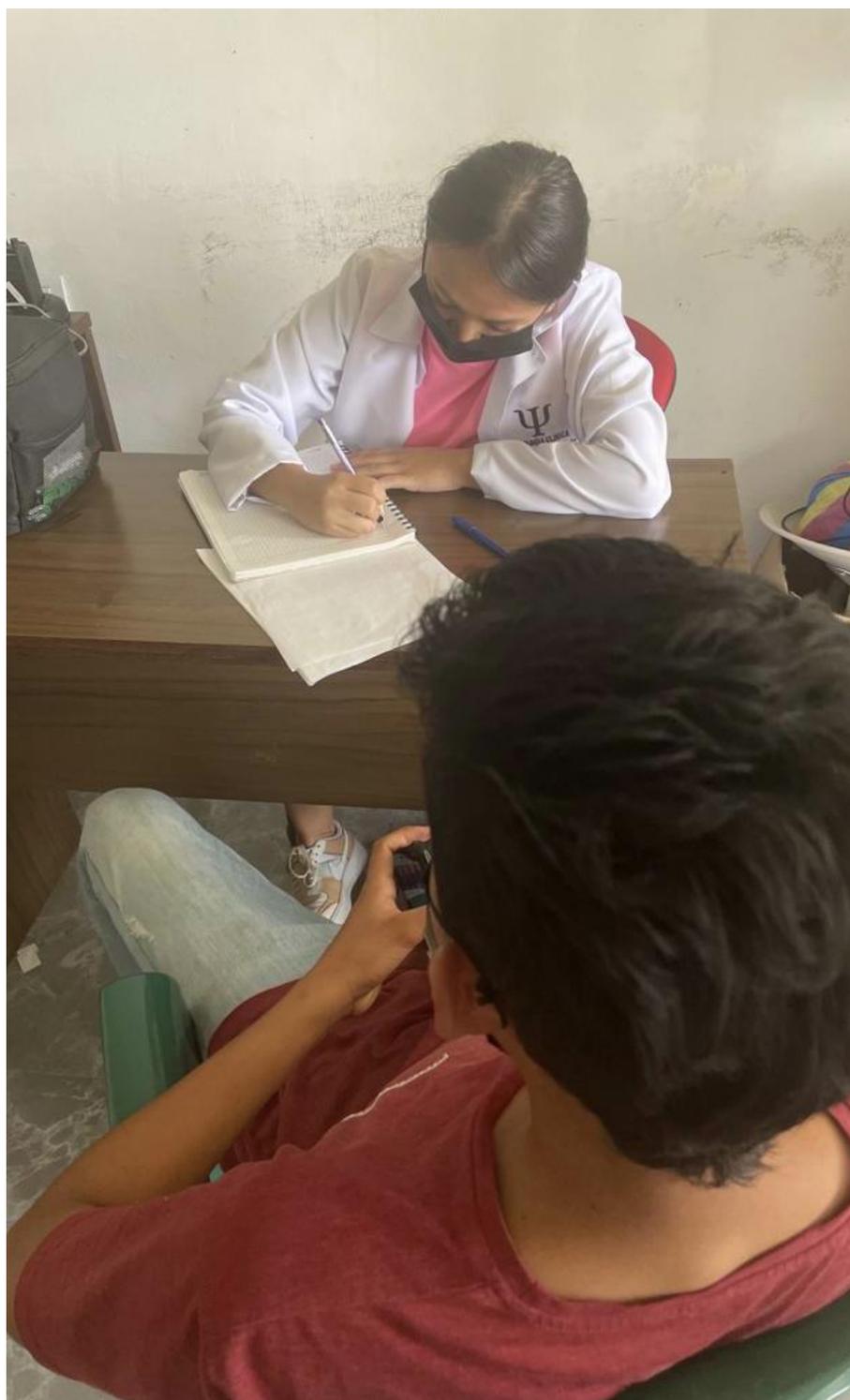


Figura B

ANEXO 2

Aplicación de entrevista semi estructurada para la recopilación de información al paciente del presente estudio de caso.



ANEXO 3

Historia clínica

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____

Fecha: 15/06/2021

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: NN **Edad:** 15 años

Lugar y fecha de nacimiento: Vinces, 20 de Julio del 2007

Género: Masculino **Estado civil:** Soltero **Religión:** Católico

Instrucción: Bachiller **Ocupación:** Estudiante

Dirección: Vinces, parque de la virgen **Teléfono:** ----

Remitente:

2. MOTIVO DE CONSULTA

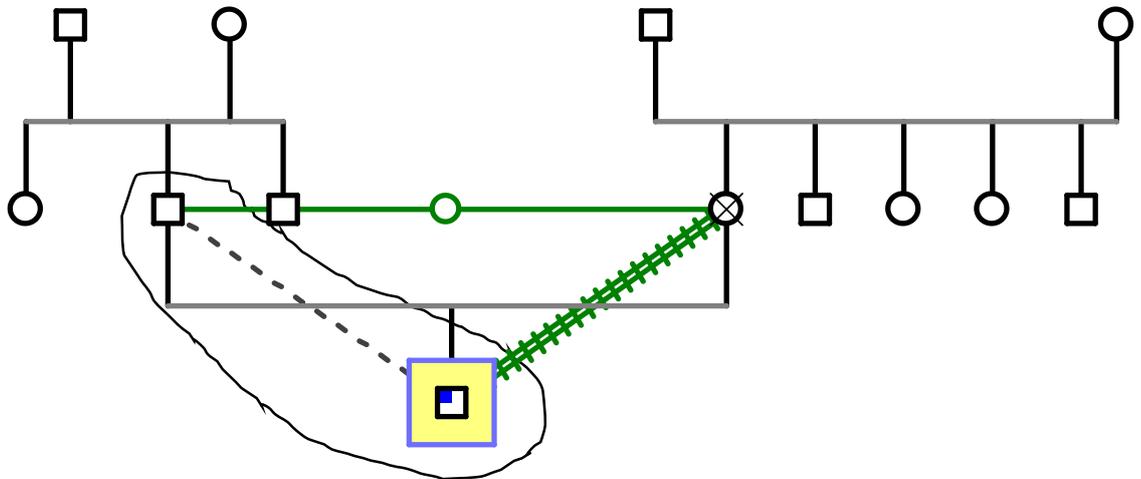
Paciente manifiesta: “Me pongo muy triste cada que recuerdo que mi madre murió, sucede más cuando me encuentro solo en mi casa, suelo olvidarme de muchas cosas, me cuesta demasiado dormir por las noches, no me place salir, ni comer, no quiero nada, desde que ella se fue todos me odian me hacen bullying los demás, me dicen que soy un monstruo, con mi mamá me sentía más seguro, ahora que estoy solo todos me odian”. Menciona también: “No me place salir ni comer, quiero permanecer encerrado, no aguanto más esto, he tenido ideas de matarme y desaparecer de este mundo, porque no quiero soportar más dolor y burlas de los demás” Con llanto comenta: “Mis compañeros se burlan de mí y por eso no tengo amigos, mi mamá no está conmigo, no tengo motivos para vivir, ya no lo soporto, no soy suficiente para nadie, ya no valgo nada, no sé qué sigo haciendo en este mundo, debería morir y estar con mi mamá”

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

Hace seis meses falleció su madre, la relación en particular con su padre no es tan buena, debido a que con su madre tenía más apego y confianza, con sus amigos no tiene buena relación debido al bullying que le realizan sus compañeros, esto provocó que le sucedieran estresores de la vida cotidiana, tomando como una válvula de escape una conducta suicida, por lo cual hace 6 meses presenta molestias al dormir, alejamiento social, baja autoestima y bajo apetito.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

- a. **Genograma (Composición y dinámica familiar).**



- b. **Tipo de familia.**

Familia Nuclear

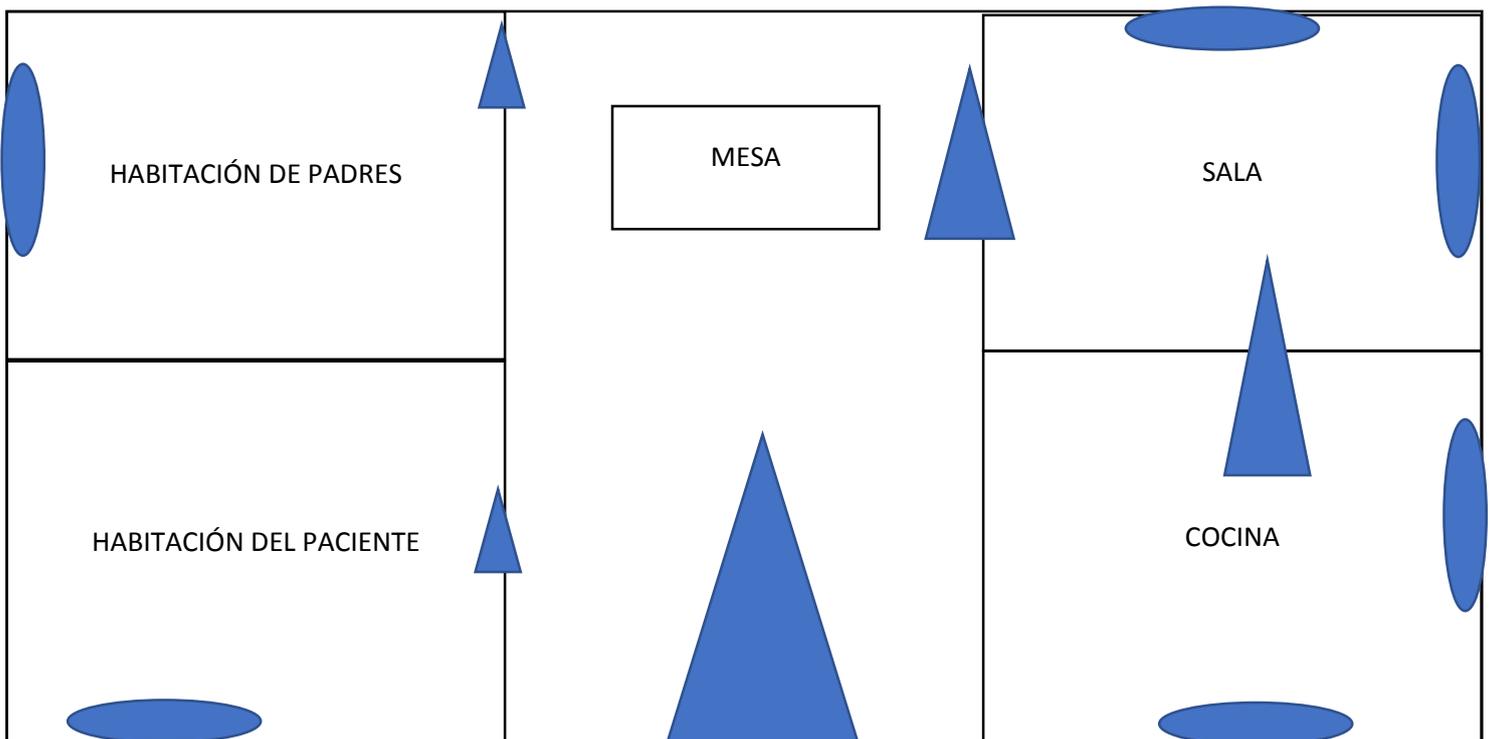
- c. **Antecedentes psicopatológicos familiares.**

No presenta antecedentes psicopatológicos.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

△ Puertas

○ Ventanas



6. HISTORIA PERSONAL

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

No presentó la madre ningún problema durante su gestación, sin embargo, cuando estaba en parto comenzó a tener problemas, por lo cual se realizó su parto por cesárea, de ahí se percataron sobre sus 6 dedos. Presentó varias caídas en su intento de marcha, su madre le recordaba que su primera palabra fue “papá”. Hasta el año 3 meses usaba pañales, pero, si avisaba. No que el recuerde padecer de alguna enfermedad.

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

Buena adaptación, no hubo problema alguno, no hubo llanto alguno. Tuvo un rendimiento muy bueno. Se relacionó muy bien con sus compañeros y maestros de escuela y en colegio comenzó a presentar problemas, bullying, era muy sociable. Hubo cambio de colegio. Al principio fue un poco complicado debido a que era nuevo y no conocía a nadie.

6.3. HISTORIA LABORAL

No trabaja

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

No pertenece a ningún grupo social.

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

No tiene algún tipo de interés.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

No hay afectividad ni psicosexualidad.

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

Solía beber café

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

No le place comer y no puede dormir.

6.9. HISTORIA MÉDICA

Hace 6 meses se realizó chequeo médico debido a que su madre falleció del covid, sin embargo, él presentó síntomas leves.

6.10. HISTORIA LEGAL

No presenta.

6.11. PROYECTO DE VIDA

No cuenta con proyecto de vida.

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

El paciente tiene un lenguaje verbal, estuvo claro y entendible con facilidad de palabras, alto y delgado, al hablar del problema del bullying se sintió triste, estremecía las manos y quebrantaba en llanto. Tuvo actitud de confianza al momento de proporcionar la información.

7.2. ORIENTACIÓN

Adecuada en tiempo y espacio.

7.3. ATENCIÓN

Adecuada

7.4. MEMORIA

Tiene buena memoria

7.5. INTELIGENCIA

A simple vista se presunta que está dentro del promedio.

7.6. PENSAMIENTO

Pensamiento dicotómico

7.7. LENGUAJE

Presentaba musitación al principio de la sesión.

7.8. PSICOMOTRICIDAD

No se encuentra algún problema.

7.9. SENSOPERCEPCION

Adecuada ante los diferentes estímulos presentados.

7.10. AFECTIVIDAD

Tristeza patológica, precede a la tristeza y melancolía, aunque a veces no sea evidente para el paciente.

7.11. JUICIO DE REALIDAD

Presenta un apropiado juicio de realidad.

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Si existe.

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

Hace 6 meses sus compañeros le realizan bullying por lo cual ha estado presentando ideas suicidas.

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

- ✓ Inventario de depresión de Beck (puntuación 49, depresión grave)

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Dificultad para concentrarse, ideas suicidas.	Depresión Grave
Afectivo	Desmotivación, llanto, desesperanza.	
Conducta social - escolar	Aislamiento, disminución de actividades.	
Somática	Insomnio, bajo apetito.	

9.1. Factores predisponentes: Fallecimiento de su madre.

9.2. Evento precipitante: Bullying de parte de sus compañeros.

9.3. Tiempo de evolución: 6 meses.

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

Depresión grave 296.23 y CIE-10 (F32.2).

11. PRONÓSTICO

Favorable debido a que el paciente está dispuesto a colaborar en todo el proceso terapéutico.

12. RECOMENDACIONES

Realizar terapias cognitivas conductual.

- ✓ Psicoeducación.
- ✓ Análisis costo y beneficio.
- ✓ Explicar cómo los pensamientos crean sentimientos.
- ✓ Programa de actividades.
- ✓ Programa de actividad familiar.
- ✓ Técnica de relajación profunda.

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

ANEXO 4

Inventario de depresión de beck

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

NOMBRE: NN

FECHA: 25 de junio del 2021

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 e fracasado más que cualquier persona normal
 - 2 Al recordar mi vida pasada todo lo que puedo ver es un montón de fracasos

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de sesiones	Fecha	Resultados obtenidos
Área Cognitiva: Expectativas negativas persistentes (Piensa que no sirve para nada). Pensamientos suicidas, dificultad para concentrarse.	Explicación por lo que está atravesando el paciente. Realizar que el paciente entienda las ventajas y desventajas de sus pensamientos	Psicoeducación Análisis costo beneficio	2	15/06/2021 18/06/2021	El paciente logro comprender su diagnóstico y el plan de terapia y consideró las razones para no cometer suicidio y mejorar su concentración.
Área Afectiva: Llanto, desmotivación, desesperanza	Identificar cómo los pensamientos generan tensión en sus emociones	Explicar cómo los pensamientos crean sentimientos.	1	25/06/2021	Lograr identificar los pensamientos que generan malestar emotivo.
Área Social-escolar: Disminución de participación en actividades, aislamiento.	Programa de actividades	Anotar y realizar actividades en donde pueda hacer integración social.	1	21/06/2021	Paciente está realizando cada vez más actividades de su agrado.
Área Somática: Insomnio, bajo apetito.	Obtener mecanismos de relajación. Realizar que el paciente entienda de sus ventajas y desventajas	Técnica de relajación: respiración profunda. Análisis costo y beneficio	2	25/06/2021 21/06/2021	Paciente logre establecer una rutina adecuada para conciliar el sueño. Paciente conozca los costos de sus malos hábitos en la alimentación y el sueño. Establecer horarios de alimentación

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 mi 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 cosas 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**

ESCALA

0-13: depresión mínima.

14-19: depresión leve.

20-28: depresión moderada.

29-63: depresión grave.