



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



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

PROBLEMA:

**IDEAS SUICIDAS Y EFECTOS EN LA CONDUCTA EN HOMBRE
ADULTO DE 27 AÑOS PERTENECIENTE A LA CIUDAD BABAHOYO**

AUTORA:

LLERENA PONCE EILEEN ODALIS

TUTOR:

**ARREAGA QUINDE ANDRES
FERNANDO**

BABAHOYO – 2023

AGRADECIMIENTO

Principalmente a Jehová Dios, que es quien me ha sostenido durante este tiempo, también me ha brindado salud y vida para continuar con mis estudios académicos, a mis padres debido a que cada uno de sus esfuerzos han sido el impulso para cumplir mis metas, a mi pequeña familia, Mi esposo el que no ha desmayado en ningún momento para contribuir financieramente con mis estudios, sus consejos y palabras de aliento han sido aquel motor que me ayudo a llegar a este momento, y en especial a mis hijos Benjamín y Clare que con su amor se han convertido en todo lo que necesito para continuar avanzando y ser cada día mi mejor versión, brindándoles a través de mi esfuerzo las herramientas para salir adelante.

RESUMEN

El presente estudio de caso fue realizado en la ciudad de Babahoyo, con el objetivo de identificar las ideas suicidas y su repercusión en la conducta de un hombre adulto de 27 años, el cual se llevó a cabo con la aplicación de cada uno de los conocimientos adquiridos durante el proceso de aprendizaje, los pensamientos suicidas pueden presentarse debido a muchos factores, pero por lo general son determinadas dentro de una condición subyacente tales como la depresión siendo está reflejada en síntomas como tristeza, llanto, dificultad para dormir, pérdida de apetito, aislamiento. Las conductas suicidas pueden prevenirse y es importante difundir las señales de esta problemática a la población para que sean detectadas a tiempo. Por tanto, este estudio para la recolección de datos utilizó la entrevista abierta para obtener datos más relevantes de la subjetividad del usuario, para la sistematización de la información obtenida se procedió a utilizar la historia clínica, para la valoración emocional se procedió a utilizar el inventario de depresión de Beck II para cuantificar la presencia de síntomas depresivos, y para la valoración de la autoestima se utilizó el inventario de depresión de Rossemberg. Se abordó el caso desde el modelo de Terapia cognitivo conductual con la aplicación de varias técnicas de reestructuración cognitiva dando resultado a la modificación de pensamientos negativos que estaban causando malestar significativo, se trabajó en colaboración con el paciente que tenía la predisposición para obtener pensamientos positivos, aprender a expresar sus sentimientos y a realizar más actividades sociales permitiendo así mejorar su calidad de vida.

Palabras claves: ideas suicidas, depresión, conducta, adulto, técnicas.

ABSTRACT

The present case study was carried out in the city of Babahoyo, with the objective of identifying suicidal ideas and their repercussion on the behavior of a 27-year-old adult man, which was carried out with the application of each of the knowledge Acquired during the learning process, suicidal thoughts can arise due to many factors, but are usually determined by an underlying condition such as depression, which is reflected in symptoms such as sadness, crying, difficulty sleeping, loss of appetite, isolation. Suicidal behaviors can be prevented and it is important to spread the signs of this problem to the population so that they are detected in time. Therefore, this study for data collection used the open interview to obtain more relevant data on the subjectivity of the user, for the systematization of the information obtained, the clinical history was used, for the emotional assessment, the inventory was used. Beck II Depression Inventory to quantify the presence of depressive symptoms, and the Rossemberg Depression Inventory was used to assess self-esteem. The case was approached from the Cognitive Behavioral Therapy model with the application of several cognitive restructuring techniques resulting in the modification of negative thoughts that were causing significant discomfort, work was done in collaboration with the patient who had the predisposition to obtain positive thoughts, learn to express their feelings and perform more social activities thus improving their quality of life

Keywords: suicidal ideation, depression, behavior, adult, techniques.

Contenido:

AGRADECIMIENTO	I
RESUMEN.....	II
ABSTRACT	III
INTRODUCCIÓN.....	- 1 -
DESARROLLO	- 2 -
JUSTIFICACIÓN	- 2 -
OBJETIVO.	- 2 -
SUSTENTO TEÓRICO.....	- 3 -
¿Qué es la salud mental?	- 3 -
¿Qué es el Suicidio?.....	- 4 -
Suicidio altruista:	- 5 -
Suicidio Altruista obligatorio:	- 5 -
Suicidio Altruista facultativo:	- 5 -
Suicidio Altruista agudo	- 6 -
Suicidio egoísta:	- 6 -
Suicidio anómico:	- 6 -
Factores vinculados al suicidio	- 7 -
suicidio de origen subjetivo	- 7 -
Suicidio de origen objetivo.	- 8 -
suicidio de origen mixto.	- 8 -
Estadios de la conducta suicida.....	- 8 -
¿Qué es la depresión?.....	- 9 -
Tipos de trastornos depresivos.....	- 11 -
Depresión mayor	- 11 -
Depresión Leve	- 11 -
Trastorno depresivo persistente (distimia)	- 11 -
Depresión crónica o distimia:	- 11 -
Depresión psicótica:	- 11 -
Depresión atípica:.....	- 11 -
Trastorno afectivo estacional:	- 11 -
Depresión maníaca o trastorno bipolar:	- 12 -
Ciclotimia:.....	- 12 -
¿Qué es la conducta?.....	- 12 -
POSTURA PSICOLÓGICA.	- 12 -
TECNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	- 13 -

Método de investigación.....	- 13 -
Entrevista.....	- 13 -
Historia clínica.....	- 13 -
Inventario de depresión de Beck-II.....	- 14 -
Inventario de autoestima de Rossemberg.....	- 14 -
RESULTADOS OBTENIDOS.....	- 15 -
Antecedentes.....	- 15 -
Análisis del área familiar.....	- 16 -
Análisis del área social.....	- 17 -
Análisis del área amorosa sexual.....	- 17 -
Análisis del área personal.....	- 17 -
Fase diagnóstica.....	- 17 -
Ingreso a primera sesión.....	- 17 -
Ingreso a segunda sesión.....	- 18 -
Ingreso a tercera sesión.....	- 19 -
Ingreso a cuarta sesión.....	- 19 -
Situaciones detectadas hallazgo:.....	- 20 -
Resultados del Inventario de Depresión de Beck.....	- 21 -
Resultados de la escala de autoestima de Rossemberg.....	- 21 -
Diagnóstico estructural.....	- 21 -
Soluciones planteadas.....	- 22 -
CONCLUSIONES.....	- 23 -
BIBLIOGRAFÍA.....	- 25 -
ANEXOS.....	- 27 -

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso fue realizado en la ciudad de Babahoyo, provincia de los Ríos, como parte del proceso de titulación para obtener el título de psicología, para este estudio de caso se procedió con realizar una intervención psicológica a un usuario que presentó problemas emocionales de consideración que afectaron significativamente sus quehaceres cotidianos.

En los últimos años, los pensamientos suicidas han sido determinados dentro una condición subyacente que por lo general puede presentarse acompañado de depresión siendo está reconocida como una de las enfermedades más comunes que viene afectando la salud mental de niños, adolescente y adultos, se presenta con tristeza, llantos, dificultad para dormir, pérdida de apetito y posteriormente afecta cada área de su vida llevando incluso a una muerte eminente.

El presente estudio se ocupa específicamente del diagnóstico de las ideas suicida y sus consecuencias en la conducta de usuario de sexo masculino. En este caso se inicia con las entrevistas y el uso de la psicometría para la comprensión de la problemática antes mencionada, por lo que también se procede con la formulación cognitivo conductual para considerar el antecedente y la evolución del problema.

La intención de este estudio de caso es conocer la influencia de la conducta suicida en el usuario, las causas que han generado la problemática estudiada, y generar un conjunto de estrategias para afrontar el evento adverso.

Para la recolección de datos en este estudio se utilizó la entrevista abierta para obtener datos más relevantes de la subjetividad del usuario, para la sistematización de la información obtenida se procedió a utilizar la historia clínica, para la valoración emocional se procedió a utilizar el inventario de depresión de Beck II para cuantificar la presencia de síntomas depresivos, y para la valoración de la autoestima se utilizó el inventario de depresión de Rossemberg

La línea de investigación de este estudio de caso se ubica en la prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito de la psicología clínica. La sub línea de investigación se encuentra en el diagnostico psicopatológico

DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN

La intención de realizar este estudio de caso es para dar a conocer los efectos de la idea suicida en un adulto de sexo masculino y su repercusión en su vida.

También es la de conocer la importancia de abordar desde la psicología clínica el estudio de la idea suicida tomando en cuenta lo que establecen las guías prácticas y los protocolos que están establecidos para los profesionales de salud mental que trabajan en el Ministerio de Salud Pública, puesto que en todos los documentos se especifica el aumento de estos casos y que actualmente figura como causa de muerte en hombres y en el mundo es una de las diez principales causas de muerte. El suicidio constituye no solo un grave problema de salud, también es un fenómeno social que está afectando a una gran parte de la sociedad ecuatoriana y en especial a los habitantes de la provincia de los Ríos.

Es muy importante conocer y difundir la importancia del abordaje integral de las personas que padecen esta problemática, también es muy necesario educar a las familias y a la población en general, puesto que el suicidio da señales conductuales, sociales y personales y saber reconocer estos problemas puede salvar vidas.

Se optó por utilizar el enfoque cognitivo conductual para esta investigación debido a los resultados favorables que se han obtenido desde una perspectiva científica, puesto a que este enfoque considera que, para existir una idea suicida, primero debe existir pensamientos negativos de sí mismo, de las cosas que lo rodea y de su futuro, siendo esta la triada cognitivo conductual de la depresión

La importancia de este estudio de caso radica en la manera de comprender el fenómeno de la conducta suicida y su incidencia en los adultos.

OBJETIVO.

Determinar los efectos de la conducta suicida en un adulto de 27 años mediante el uso de técnicas psicológicas con el propósito de conocer su impacto en su vida.

SUSTENTO TEÓRICO.

La depresión es un trastorno que afecta negativamente la manera de sentir, de pensar y de actuar del individuo en su contexto. Según la información que reporta en la página web la OMS (2023), la depresión afecta a un 3,8% de la población, incluido un 5% de los adultos y un 4,7% de adultos mayores, también se estima que a nivel mundial afecta aproximadamente a 280 millones de personas.

Aunque existen tratamientos farmacológicos y psicológicos que tienen una mayor eficacia en el tratamiento en trastornos mentales, se estima que más del 75% de las personas afectadas en países sub desarrollados no reciben tratamiento alguno, entre las principales dificultades que se han evidenciado para no recibir atención se encuentran la falta de recursos, personal de salud poco capacitado en temas de depresión y conducta suicida, pero también se tiene en cuenta la estigmatización relacionada con los trastornos mentales (Triñares y Álvarez, 2017)

¿Qué es la salud mental?

En la información que se encuentra en la página web de la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2022) definen a la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de realizar una contribución a su comunidad”; para complementar el concepto de salud mental , la salud mental es más que hablar de trastornos mentales, e incluye bienestar subjetivo, autonomía, competencia y reconocimiento de habilidades de realizarse intelectual y emocionalmente (Organización Mundial de la Salud [OMS],2022)

La salud mental debe ser considerada un aspecto muy importante el cual en la actualidad no se le da mayor relevancia debido a que existe mucha falta de información respecto a cómo tratarla y de qué forma podríamos contribuir para que no se vaya deteriorando con el tiempo, existen muchas maneras de aportar a una buena salud mental tales como realizar hábitos saludables y buscar ayuda profesional.

La salud mental para la Mayo Clinic (2023), es conceptualizada como el bienestar general de la manera en que los individuos piensan y se regulan los sentimientos y su influencia en la conducta en su contexto.

Para Mayo Clinic (2023), un trastorno de salud mental puede afectar la capacidad para mantener relaciones personales o familiares, funcionar en entornos sociales, desempeño en el trabajo o en la escuela, aprender a un nivel acorde a la edad o inteligencia del individuo.

Las normas culturales y las expectativas sociales también desempeñan un papel en la definición de los trastornos de salud mental actualmente no existe una medida estándar en todas las culturas para determinar si un comportamiento es normal ni cuando se vuelve perturbador, debido a que, si es normal en una cultura, en la otra puede ser motivo de preocupación.

La información que se encuentre en el American Psychological Association (APA 2014, p160.), proporciona ciertos criterios para hacer un diagnóstico basado en la naturaleza, la duración y el impacto de los signos y síntomas, también describe el curso típico del trastorno, los factores de riesgo que conlleva al desarrollo de trastornos y la afección coexistente común.

Las enfermedades o trastornos mentales, principalmente la depresión o trastornos de la conducta por consumo de sustancias psicoactivas, la violencia, la sensación de perder entornos familiares, sociales o culturales constituyen un factor de riesgo de suicidio.

¿Qué es el Suicidio?

Para Rodriguez (2013), el suicidio es considerado como el acto intencional de finalizar la propia vida, en las que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima, siendo la víctima consciente de la meta que desea lograr.

Según Herrera y Betancourt (2000), el suicidio es el acto de matarse de forma voluntaria en donde intervienen los pensamientos suicidas como los intentos o el acto suicida en sí.

Durkheim (1960,p. 5), definió al suicidio de la siguiente manera: “todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima y que, según esta, sabía que produciría el resultado”. p.5 De acuerdo con Durkheim (1960) el suicidio es uno de los actos predeterminado donde el individuo intenta acabar con el sufrimiento que le está causando malestar significativo en su vida.

Durkheim (1960,p. 5), hizo una distinción entre varios tipos de suicidio:

Suicidio altruista: Este tipo de suicidio sucede por una excesiva "integración" del sujeto con la sociedad a la que pertenece, a tal punto que la personalidad individual no cuenta. El individuo se somete con abnegación a las leyes y costumbres de su sociedad, de tal modo que se suicida porque piensa que ese acto es un deber. Este tipo de suicidios se da según el autor, cuando la importancia del "yo" es muy baja. Es la versión opuesta al suicidio egoísta y existen 3 tipos.p.5

Este tipo de suicidios se dan generalmente debido a la cultura, ya que varias culturas consideran el acto de morir como un deber, es mediante este precepto que el individuo comete el acto de manera intencional y consciente para cumplir con las reglas de esa sociedad.

Suicidio Altruista obligatorio: El que está condicionado por la sociedad, una sociedad que exige el suicidio. Por ejemplo, en sociedades asiáticas (normalmente relacionado con temas sobre el honor); o antiguamente, cuando en los pueblos celtas, y parece que también recientemente en nuestro entorno, los ancianos se quitaban la vida para no representar una carga para la sociedad en la que vivían. En este tipo de casos, la sociedad podría, en ocasiones, despreciar a la persona, si no lleva a cabo el suicidio.

Por lo general en este acto de suicidio el individuo no puede considerar de ninguna manera el no realizarlo de forma voluntaria sobre todo si existe alguna condición física o psicológica que este causando alguna limitación debido a una condición genética o ambiental o simplemente porque existe ya una edad avanzada y el hecho de seguir viviendo así puede representar carga para la familia, es ahí donde el morir puede ser considerado un honor o deber que se debe ejecutar para cumplir con la cultura.

Suicidio Altruista facultativo: La situación sería parecida a la anterior, con la diferencia de que la sociedad no demanda el suicidio del individuo. Por ejemplo, una viuda que se quita la vida, pero no por problemas psicológicos, sino porque siente que ya ha cumplido con su cometido en la vida.

Este acto es realizado por el individuo sin que la sociedad se lo imponga, debido a que simplemente siente que cumplió con sus objetivos en la vida y ya no existe otro motivo por el cual debe seguir su existencia.

Suicidio Altruista agudo: Cuando la persona se quita la vida por placer. Es común que se dé este caso en relación con temas religiosos. Por ejemplo, alguien que se suicida para alcanzar una supuesta gloria divina.

Mediante este tipo de suicidio el individuo logra quitarse la vida por cumplir con sus creencias ya que su vida no logra representar nada en el plano terrenal y desea poder lograr la liberación de su alma y poder alcanzar un supuesto punto de divinidad con la idea de transfigurar su existencia a una celestial.

Suicidio egoísta: Aquel que es ‘proporcional al grado de integración de los grupos de los que el individuo es parte’. La intensidad de los vínculos religiosos, familiares y políticos frena la tendencia a la autodestrucción suicida de quienes puedan sentirse tentados por ella. En definitiva, la integración actúa como freno a las fuerzas sociales suicidas.

Este tipo de suicidio es provocado debido a que se desintegra las relaciones con su entorno familiar, social o religioso, y el no establecer ningún tipo de lazo social puede provocar que el individuo considere el hecho de acabar con su vida.

Suicidio anómico: Es aquel en el que influyen tanto las crisis económicas como las crisis de la viudez o de vinculación.”

Este suicidio se puede presentar en los individuos donde no existen normas sociales o no se ejecutan provocando deficiencia de herramientas para que se pueda lograr cumplir con metas planteadas dentro de la sociedad.

Para Sempértegu (2022), la raíz de los problemas en el Ecuador está asociada a la violencia extrema y traumática vivida en la población, y se agudizaron a raíz de la pandemia por el virus de COVID 19, otras causas del suicidio suelen estar relacionados con rompimiento de relaciones sentimentales o deterioro de relaciones familiares.

Así mismo Sempértegu(2022), considera que la pandemia está relacionada con el incremento de suicidio en el año 2022, puesto que los datos que se revisaron en el observatorio social del Ecuador aumentaron en el 2022 un 37%, registrándose de dos a tres suicidios por día.

La idea suicida como fase de inicio del suicidio es una manifestación multifactorial, complejo e interrelacionado con elementos biológicos, psicológicos y ambientales. Hay que tomar en consideración que estos componentes del riesgo de suicidio se superan en gran

medida, por lo que su identificación y asignación a la conducta suicida fatal son recursos fundamentales que se pueden establecer para la prevención del suicidio.

En Comunidad de Madrid (2019), señalan que detrás de una conducta suicida se encuentra un trastorno depresivo no tratado o no identificado, por lo que si no se tiene en cuenta los síntomas de la depresión puede generar desenlaces fatales en las personas que padecen este problema.

Entre los factores ambientales que pueden influenciar en el desarrollo de conductas suicidas se encuentran el estrés continuo, víctimas de algún crimen, víctimas de abuso sexual, violencia o abandono, duelos, fracaso escolar, pérdida laboral, enfermedades mentales no diagnosticadas y consumo de drogas (Herrera y Betancourt, 2000).

Dentro de los factores psicológicos se encuentran los pensamientos dicotómicos, la desesperanza, la rigidez cognitiva. (Herrera y Betancourt, 2000).

Dentro de las causas biológicas se localizan los componentes genéticos tales como problema de salud mental, desequilibrio en neuro transmisores, esquizofrenia, depresión.

Factores vinculados al suicidio

Para Rodríguez(2013), los factores asociados en la conducta suicida son:

“Factores asociados al sujeto; Dentro de estos factores se encuentra a su vez con los factores biológicos, psicológicos y genéticos.

Factores asociados a la familia: dinámica familiar adverso, agresividad, ausencia de límites y roles dentro del hogar, violencia intrafamiliar entre otros.

Factores sociales: aislamiento, pérdida de motivaciones y actividades sociales,

Además, tales factores de riesgo podemos encasillarlos a su vez en tres tipos o modelos de suicidio; subjetivo, objetivo o mixto.

suicidio de origen subjetivo. - es aquel que se plantea ante una evaluación negativa de la realidad por parte del sujeto, muchas veces motivado por evaluaciones negativas a partir de diversos trastornos mentales, como la depresión o el consumo abusivo de drogas, sin que existan claramente razones para ello.

Durante este tipo de suicidio el individuo no puede presentar una razón para quitarse la vida, pero si pueden existir muchas distorsiones cognitivas de lo que está considerando un factor

negativo o simplemente puede ser relacionado como una consecuencia de una sustancia psicoactiva que altera el sistema nervioso afectando su nivel cognitivo.

Hay que destacar en todo este proceso, la relevancia de las diferencias individuales entre sujetos, ya que cada cual consta de su propia personalidad, de sus propios sentimientos, pensamientos, emociones, y que no a todos nos afectan por igual las mismas realidades.

Suicidio de origen objetivo. - es aquel que se origina, por ejemplo, por el conjunto de diversas situaciones ciertas y observables como la muerte o suicidio de un hijo o allegado, o una enfermedad grave, que puede unirse a otros factores como una depresión o trastorno mental, familias desestructuradas, maltrato, etc. La persona se siente desbordada, no logra soportar ni aceptar lo ocurrido, está sometido a muchos factores de riesgo, no sabe gestionar tales emociones y la única salida que encuentra es suicidarse.

Este tipo de suicidio es por lo general una de las causas más frecuente, debido a que existen personas que están pasando situaciones adversas y no encuentran una manera de poder sobrellevar la situación, empiezan a perder la objetividad de la realidad y buscan la alternativa de quitarse la vida, solamente con la idea de dejar de sufrir.

suicidio de origen mixto. - es una mezcla de los anteriores, tanto por motivos subjetivos como objetivos.”

Estadios de la conducta suicida.

Al igual que cualquier acto tiene su curso, para Steinmetz (2019), la conducta suicida está clasificada en cuatro fases previas y una quinta refiriéndose al acto como tal, y estas son:

1. **La ideación suicida:** Es el más importante indicador de suicidio pues se refiere a la existencia misma de la idea. Manifestación consciente sobre pensar o desear morir que puede ser o no manifestada.

2. **La amenaza suicida:** presencia de manifestaciones o exclamaciones acerca del deseo de morir.

3. **Plan suicida:** estructuración del cómo, cuándo y dónde sin pasar al acto con el propósito más o menos consciente de obtener beneficio, como protesta, venganza u oposición, imaginando o esperando provocar una respuesta en los demás.

4. **Acto liberado de morir:** manifestación de la conducta voluntaria de quitarse la vida, ésta es de modo consciente y la persona sabe de los resultados que se obtendrán.

5. **Suicidio consumado:** acto de autodestrucción en donde el individuo termina con su vida.

¿Qué es la depresión?

La depresión es considerada para la OMS (2022) uno de los trastornos mentales más frecuentes, y afecta a 121 millones de personas, y que 1 de cada 5 personas puede a llegar a desarrollar un cuadro depresivo en su vida

Las personas que padecen trastornos depresivos presentan un riesgo suicido alto en el caso de que no reciban tratamiento integral, puesto a que en la actualidad se considera la conducta suicida como un problema de salud importante, y que en su intervención oportuna es prevenible sus consecuencias (MSP, 2018).

La depresión es fundamentalmente un evento psicológico donde intervienen de manera conjunta elementos cognitivos y afectivos en la que el sujeto enfrenta un evento que no puede resolver y que comúnmente lo ubica en el pasado (Beck et al., 1976).

La depresión según el APA (2014,p 160.) se caracteriza por:

“A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o

disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Especificar:

- Con características mixtas.
- Con características melancólicas.
- Con características atípicas.
- Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo.

- Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo.
- Con catatonía.
- Con inicio en el parto.
- Con patrón estacional (sólo episodio recurrente).”

Tipos de trastornos depresivos

Según (APA, 2014,p 160.), clasifica la depresión de acuerdo con los signos y síntomas presentados por el individuo que son:

Depresión mayor: el tipo de depresión más grave que permanece durante mínimo dos semanas. Viene acompañado de apatía, pérdida o aumento de peso, falta de autoestima, insomnio o hipersomnía, cansancio, culpabilidad, pensamiento suicidas y problemas de concentración.

Depresión Leve: tipo de depresión muy frecuente caracterizado por los síntomas clínicos como perdidos de motivaciones, perdidos de intereses, disminución de las actividades sociales y personales, pensamientos de tristeza y pesimismo que dificultan levemente la cotidianidad del individuo y que tiene una duración entre cuatro a seis meses aproximadamente.

Trastorno depresivo persistente (distimia): incluye los síntomas depresivos, generalmente tienen una duración aproximadamente de dos años.

Depresión crónica o distimia: las personas suelen sentirse deprimidos la mayor parte del día, semana y mes al menos durante dos años. Los síntomas son: desesperanza, fatiga, insomnio o hipersomnía, falta de autoestima, pérdida o aumento de apetito, problemas de concentración

Depresión psicótica: aunado a los síntomas de la depresión mayor, se incluye distorsión de la realidad, alucinaciones y delirios.

Depresión atípica: este tipo de depresión es similar a la depresión mayor, con la diferencia de que el paciente tiene mejoras en su estado de ánimo ante situaciones positivas que han ocurrido o pueden ocurrir, recayendo cuando estas situaciones terminan. 10

Trastorno afectivo estacional: aparece en ciertas estaciones del año, especialmente otoño e invierno. Los síntomas son similares a los de la depresión mayor.

Depresión maníaca o trastorno bipolar: principalmente se presentan variaciones radicales en el estado de ánimo, de estados depresivos a manías, por ejemplo, pasar de estar muy feliz a muy molesto. Los síntomas depresivos vienen acompañados de sus opuestos con exceso.

Ciclotimia: una rama del trastorno bipolar pero más leve. Se presentan variaciones frecuentes en el estado de ánimo.”

¿Qué es la conducta?

La conducta es definida como cualquier actividad muscular, glandular o eléctrica de un organismo y esta actividad es observable, medible y registrable. Desde una perspectiva psicológica una conducta es definida como la manera de comportarse de una persona en una situación determinada o en general y relacionadas entre un estímulo y una respuesta que permitirán explicarla y predecirla. (Chavez y Tena, 2018).

La conducta es la respuesta que indica que el ser humano ha recibido un estímulo, esto podemos denominar que es la forma en la que se actúa hacia un determinado evento o situación.

POSTURA PSICOLÓGICA.

El modelo cognitivo conductual en casos de depresión, sugiere que la depresión son sesgos cognoscitivos y enumera tres dimensiones que se debe tener en cuenta en el proceso terapéutico que son conocidos como “la triada cognitiva de la depresión” y son: los pensamientos negativos acerca de si mismo, los pensamientos negativos del mundo o de las cosas que lo rodean, y los pensamientos acerca de su futuro. Dichos esquemas cognitivos automáticos, persistentes y negativos se activarán de modo incuestionable en situaciones que generen fuerte estrés.

La terapia cognitivo conductual ha demostrado ser efectiva en los casos de depresión y en el tratamiento en conducta suicida, puesto que se basa en la modificación de ideas irracionales que generan conductas de riesgo en el individuo.

TECNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de información en este caso, se utilizó el método de investigación deductivo e inductivo, la entrevista abierta, la historia clínica que permitió la recolección de información que brindaba el usuario en cada sesión y el inventario de depresión de Beck II y la escala de autoestima de Rosseberg.

Método de investigación.

Para esta investigación se empleó el estudio de caso en base al método deductivo e inductivo, por medio del método deductivo se procedió con realizar razonamiento lógico en las diferentes áreas analizadas, mientras que en inductivo se utilizó para llegar a las conclusiones en base a los datos obtenidos del usuario.

Técnicas aplicadas

Observación clínica.

Es un método central en el abordaje clínico, es un aspecto importante y de gran relevancia para recabar información sobre aspectos importantes que permitan tomar decisiones para el proceso diagnóstico y poder establecer una meta para un método terapéutico. (Ver Anexo B)

Entrevista.

Una entrevista en la psicología es una técnica en donde participan dos o más personas con el objetivo de obtener información relevante para realizar confirmar o descartar hipótesis. Para este caso se procedió a utilizar la entrevista abierta y no estructurada para que el individuo proporcione toda la información posible relevante de su salud emocional y su respectiva interpretación, mediante la aplicación de la misma se logró identificar antecedentes, acontecimientos actuales, signos y síntomas en el caso estudiado, en otras ocasiones se lo utilizo para recabar mayor información en cada una de las sesiones.

Historia clínica.

Se utilizó esta herramienta con el propósito de poder conseguir un diagnóstico objetivo en el cual se identificó el malestar significativo que motivo al usuario a asistir a consulta, historia personal, anamnesis, exploración del estado mental y así proceder con un plan de intervención adecuado a los síntomas identificados en la entrevista clínica. **(Ver Anexo A)**

Pruebas psicológicas aplicadas:

Pruebas psicométricas.

Son las herramientas que permiten la medición mediante indicadores que determinan rasgo o comportamiento de un individuo en los cuales se encuentran en función de resultados normales.

Inventario de depresión de Beck-II.

Se procedió con utilizar este instrumento para medir la presencia de síntomas depresivos y poder valorar la gravedad del trastorno depresivo en usuarios con problemas emocionales muy marcados. El cuestionario consta de 21 preguntas que brindan un rango de puntuación 11 entre 0 y 63, del cual su interpretación es: 21 Ansiedad muy baja, 22-35 Ansiedad moderada, y más de 36 – Ansiedad severa. (Secretaria de Salud, 2011)

Inventario de autoestima de Rossemberg.

Se utilizó este inventario con el objetivo de poder evaluar la autoestima, definiéndola como aquella actitud positiva y negativa presente en el individuo hacia su yo como una totalidad, en él se logró identificar su nivel de aceptación.

En él se le entrego al paciente un cuestionario que consta de 10 ítems, Cada uno de ellos es un signo de autoestima y autosatisfacción. La mitad de las oraciones son positivas, las otras cinco son negativas

RESULTADOS OBTENIDOS

Paciente JA. ED. LO. MOS de 27 años de edad reside en la ciudad de Babahoyo vive junto a sus padres, de Estado civil soltero, termino su carrera profesional en la Universidad Católica de Guayaquil, de profesión Ingeniero civil, actualmente tiene una relación de noviazgo, en la cual no tiene ningún hijo, y se crio dentro de una familia nuclear.

Motivo de consulta

Usuario ingresa a sesión psicológica por primera vez debido a que la madre y su actual novia le aconsejaron que acuda a un profesional por los problemas que presenta en el trabajo, los problemas familiares y por los problemas personales que manifiesta que han afectado sus quehaceres cotidianos, durante varias semanas ha venido presentado síntomas de tristeza, dificultad para dormir, aislamiento, llanto, pérdida de apetito.

Antecedentes.

Usuario proviene de familia nuclear, es el mayor de tres hermanos, es ingeniero civil, actualmente es servidor público municipal.

Usuario indica que su padre alquila departamentos toda su vida, pero en su infancia un inquilino abusó sexualmente por reiteradas ocasiones, nunca habló de lo sucedido hasta su etapa adulta, refiere que victimario falleció sin ser enjuiciado por el delito.

En su adolescencia fue una persona con buenas calificaciones, pero evitaba actividades sociales, prefería estar la mayor parte del tiempo solo, recuerda que odiaba verse en el espejo, no se sentía a gusto con su imagen corporal, recuerda que había días que lloraba con mucha desesperación por recordar eventos fuertes en su infancia producto del abuso sexual, incluso sentía muchos deseos de querer matar al victimario por el daño causado, refiere que no tuvo amigos en la secundaria.

A partir de los 19 años usuario empieza a realizarse cortes en las piernas porque eso le hacía sentir algo mejor, prefería mucho estar solo y aislado de la familia, quienes ya empezaron a mostrar preocupación al observar que solo quería estar acostado sin querer hacer algo, y en ciertas ocasiones lo encontraron llorando en su cuarto y sin poder expresar lo que pasaba.

Ingresa al preuniversitario en la universidad católica de la ciudad de Guayaquil por presión de sus padres a los 19 años, refiere que aprobó el pre solo porque sus padres insistían que lo haga, aunque refiere que le llamaba mucho la atención el diseño y el dibujo técnico.

A partir del séptimo semestre, sus padres encuentran a su hijo en el baño con laceraciones en sus piernas y lo llevan de urgencia al hospital, en ese momento recién sus padres se enteran que en su etapa de infancia fue abusado sexualmente, pero ellos reclaman al usuario por qué no informó de la situación y discutieron muy fuerte con su padre, mientras su madre solo esperaba a que se vaya su padre al dormitorio para tratar de conversar con su hijo, pero por las peleas con su padre no tenía deseos de hablar del pasado.

En el último semestre de su carrera conoce a quien es su novia, quien refiere que ha sido una persona que lo ha ayudado en gran medida, puesto que sentía que podía hablar de ciertas cosas con algo de confianza. Usuario argumenta que en el momento que le contó lo vivido en su infancia, ella le sugirió que acuda a un profesional en salud mental porque consideraba urgente el tratamiento.

Usuario se incorpora como Ingeniero en el año 2020, pero refiere que el evento fue como si fuere un evento más en la vida.

En el 2021 por una discusión con su novia, usuario ingiere una cantidad alta de aspirina (no recuerda la cantidad), por lo que perdió la conciencia y fue llevado por sus padres al hospital General de la ciudad de Babahoyo, desde ese momento siente que por primera vez su padre muestra algo de preocupación por su bienestar, en el hospital recibe atención psicológica y en ese momento le informan a sus padres de su problema emocional y le sugieren atención en psicología pero rechaza porque sintió mucha desconfianza en hablar de estos temas, refiere haber mentido en el problema que sucedía.

En una conversación con su novia, usuario manifiesta tener disconformidad hacia la vida debido a la frustración de no poder terminar bien sus actividades dentro de su trabajo, refiere que fue una discusión en donde él expresó mucho odio hacia su yo, refiriéndose como una persona sin talento, sin futuro, un fracaso en todo lo que quiere hacer.

Análisis del área familiar.

Proviene de una familia nuclear, tres hermanos, la relación con cada uno de ellos es algo distante porque cada uno pasa ocupado en sus proyectos, son muy pocos los eventos familiares, refiere usuario que a partir de que todos se hicieron mayores de edad, todo eso

quedó aplazado, sus padres discuten mucho, pero están juntos. La comunicación entre los miembros de su familia es distante, tienden a no ser expresivos, su padre ejerce una figura de líder autoritario mientras su madre tiene un rol sumiso en la familia.

Análisis del área social.

Usuario manifiesta no haber tenido amistades en su etapa de colegio, pero en la universidad solo tenía dos amigos con los que no salía mucho, en el último semestre conoce a su pareja sentimental y es con ella con quien empieza a salir o a concurrir a lugares públicos como restaurantes o bares. Su adolescencia es descrita como una época solitaria, no tenía amistades con quien hablar, pero tenía buen rendimiento académico, pero sin generar alguna motivación o interés.

Análisis del área amorosa sexual.

Usuario se define como heterosexual, refiere sentirse atraído hacia el sexo femenino, en su adolescencia era muy tímido para hablar con mujeres, en la universidad conoce a su pareja, refiere haber tenido dos novias por redes sociales (Facebook) pero jamás las conoció en persona, actualmente tiene una novia con quien siente mucha confianza, refiere tener mucho miedo a que ella se vaya de su vida debido a que siente que puede hablar de todo con ella sin temor. Actualmente tienen un año y cuatro meses de relación.

Análisis del área personal

Usuario manifiesta pensamientos negativos de sí mismo (autocríticas, cuestionamientos de sus habilidades y destrezas, disconformidad de su imagen corporal), pensamientos negativos de lo que se encuentra a su alrededor (percepción de ser solitario, percepción de que nadie lo escucha o lo entiende), pensamientos negativos de su futuro (no siente que pueda tener trabajo estable o cumplir metas), autoestima y autovaloración infravaloradas, ideas relacionadas con la muerte, un intento autolítico, cortes en las piernas, llanto por recuerdos dolorosos.

Fase diagnóstica

Ingreso a primera sesión.

Fecha: 3 de octubre del 2022.

Duración: 45 minutos

Objetivo de la sesión: análisis de demanda, exploración de síntomas y explicación del modelo psicoterapéutico.

Materiales: Hoja de apuntes, esferográfico, entrevista abierta, psicometría (inventario de depresión de Beck, inventario de autoestima de Rossemberg).

Observaciones a analizar: Historia del problema que se planteó mediante la elaboración de una entrevista abierta e identificación y exploración de síntomas emocionales, cognitivos, conductuales.

Síntomas emocionales	Síntomas conductuales	Síntomas cognitivos
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tristeza ➤ Desesperanza ➤ Pesimismo ➤ Impotencia ➤ Culpas 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Perdida de intereses ➤ Dificultad para concentrarse ➤ Deseo de dormir más de la cuenta ➤ Deseo de comer menos. ➤ Cortes en las piernas (cutting) ➤ Ingesta de medicamentos para causar la muerte (aspirina) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pensamientos de muerte ➤ Pensamientos negativos acerca de su vida ➤ Pensamientos de fracasos ➤ Ideas distorsionadas sobre su yo.

Hipótesis:

Posible caso de depresión mayor

- Aplicación de inventario de depresión de Beck para confirmación de hipótesis; resultado: 38 (depresión grave).
- Análisis de ubicación temporal- espacial de usuario: predomina eventos pasados traumáticos, desconexión de su presente, ausencia de proyección de metas a corto, mediano y largo plazo.
- Aplicación de escala de autoestima de Rossemberg, con resultado 18; autoestima baja

Se solicita a usuario que registre pensamientos, las emociones que manifiesta y las consecuencias de aquellas ideas en un cuaderno, previamente a esto se le ha explicado como identificar eventos, pensamientos y sentimientos.

Ingreso a segunda sesión.

Fecha: 10 de octubre del 2022.

Duración: 45 minutos

Objetivo de la sesión: análisis factores asociados al inicio y/o mantenimiento del problema

Materiales a utilizar: Hoja de apuntes, esferográfico, entrevista abierta

Mediante la entrevista se estableció con el usuario sintonía psicológica con el uso del rapport, donde el paciente se expresó abiertamente sobre su problemática manifestando acontecimientos vitales estresantes, cambios vitales, factores de riesgo suicida, antecedentes personales, familiares, sociales, sentimentales y pensamientos recurrente que invaden su mente y mediante esto se aplicó la técnica de como los pensamientos crean emociones y a como identificar los pensamientos negativos.

Ingreso a tercera sesión.

Fecha: 17 de octubre del 2022.

Duración: 45 minutos

Objetivo de la sesión: Se aplicó instrumentos psicoterapéuticos para recopilar información que apoye al diagnóstico presuntivo e identificar el nivel de depresión del paciente, también se empleó técnica para desvalorizar ideas negativas

Materiales: Hoja de apuntes, esferográfico, entrevista abierta

En base a los registros de conducta y a la información obtenida se procede con la identificación de estilos de afrontamiento ante algún problema, También se aplicó las técnicas (buscando evidencia y técnica de retribución) donde se logró devaluar los pensamientos automáticos que influían en su conducta, y se obtuvo una concientización en el paciente de como estos impactan de manera negativa en su vida.

Ingreso a cuarta sesión.

Fecha: 24 de octubre del 2022.

Objetivo de la sesión: explicación de problema y devolución de resultados

Materiales: Hoja de apuntes, esferográfico, entrevista abierta

Duración: 45 minutos

Se procede a explicar al paciente los resultados obtenidos en la fase diagnóstica. Se explica sobre los trastornos emocionales y su impacto en la conducta, se establece que se siga realizando las técnicas de intervención, logrando así dejar un pensamiento alternativo.

Situaciones detectadas hallazgo:

La intervención psicológica con un paciente de sexo masculino asiste a consulta por sugerencia de su mamá y novia, se observa al paciente orientado en tiempo y espacio, durante la entrevista, el refiere “En estos últimos días me siento triste, solo, nadie me entiende, no sirvo para nada, no tengo deseo de vivir, y desde hace meses no puedo controlar el deseo de llorar debido a que nada de lo que hago me sale bien, ni siquiera puedo realizar bien mis actividades en mi trabajo, soy un fracaso total por eso tarde o temprano mi novia me abandonará”

En la formulación del caso se logró evidenciar que el evento precipitante comenzó desde la discusión que tuvo con su novia por el cual decidió ingerir muchas pastillas para acabar con su vida, como factor predisponente a la persistencia del cuadro patológico ha sido el abuso sexual en su infancia y el aislamiento social.

Dentro de la anamnesis del paciente se observa que el periodo de gestación duro 9 meses, parto eutócico, recibió lactancia materna hasta sus 2 años de vida, estructuró la marcha al 1 año 4 meses, expresó sus primeras palabras (Monosílabos) a los 10 meses, control de esfínteres a los 3 años de edad, funciones de autonomía a los 4 años, no menciona antecedentes médicos graves en la infancia, en lo que refiere al rendimiento académico fue un estudiante de buen rendimiento académico en los diversos niveles de estudio (educación inicial, media y superior), a pesar de considerarse de pocos amigos, usuario refiere ser aislado de grupos sociales en colegio, pocos amigos en la universidad, en la actualidad presenta dificultad para conciliar el sueño, llanto con frecuencia y sobre todo aislamiento.

Usuario de sexo masculino asiste a consulta de acorde a su género y oportuno a la ocasión es de contextura somatotipo mesomorfo, de aproximadamente 1,71 m, presenta una actitud colaborativa, etnia mestiza, orientado en tiempo, espacio y persona presenta dificultad para concentrarse, se pudo observar, sentimientos de tristeza y soledad, pensamientos pesimistas respecto a su futuro, baja valoración propia, culpa excesiva e ideas suicidas. Los resultados de las pruebas psicométricas aplicadas refieren:

Resultados del Inventario de Depresión de Beck

El resultado obtenido al usuario de 27 años evidenció que presenta los síntomas depresivos marcados de la depresión, con la gravedad de que se encuentran presentes ideas asociadas con la muerte (marca la opción “querría matarme), a la vez que se realiza cortes en las piernas, el resultado cuantitativo clasifica al usuario con puntaje total de 38 (depresión grave).

Resultados de la escala de autoestima de Rossemberg.

Los resultados de la escala de autoestima de Rossemberg aplicado al usuario evidencian una percepción negativa de sí mismo, percepción de fracaso, idea marcada de no tener habilidades y destrezas, confirmando un fuerte precedente de malestar emocional de sí mismo y de su futuro, el resultado cuantitativo obtenido es de 18 (baja autoestima).

Diagnóstico estructural.

Los resultados obtenidos por medio de las técnicas de intervención y las herramientas psicológicas aplicadas; y en referencia a lo que se establece en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, quinta edición DSM- V y por el CIE 10, evidencio que usuario cumple con los criterios clínicos del trastorno depresivo grave, clasificada de la siguiente manera:

Tabla 1. *Diagnostico estructural según el DSM V y CIE10*

DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL	
DSM- V	296.23
CIE 10	F32.2

Determinando que usuario de 27 años presenta Trastorno depresivo grave, usuario muestra síntomas marcados de depresión, ideas negativas de sí mismo, de las cosas que lo rodean y percepción negativa de su futuro, eventos fuertes vividos en su infancia, marcada disminución de intereses y actividades sociales y personales a lo largo de su vida, presencia de ideas suicidas por eventos del pasado.

Soluciones planteadas.

De acuerdo con los datos obtenidos en la fase diagnóstica al usuario, se procedió a utilizar el enfoque cognitivo conductual para la modificación de los pensamientos irracionales que generan malestar psicológico.

Con la información obtenida en las sesiones y en la aplicación de psicometría, se procedió con la elaboración del esquema terapéutico que se detalla a continuación:

ESQUEMA TERAPEUTICO

Categoría	Objetivo	Técnica	Sesiones	Resultados esperados
Área cognitiva/ Emocional	Modificación de pensamientos rígidos que generan autoestima infravalorada, sentimientos de tristeza y percepción de fracaso y soledad	<ol style="list-style-type: none">1. Como los pensamientos crean emociones2. Identificar los pensamientos negativos3. Buscando evidencia4. Técnica de retribución5. Pensamiento alternativo	4	Estas técnicas son para que el paciente identifique pensamientos negativos que están provocando malestar emocional y de esa manera él pueda generar estrategias de afrontamiento.
Conductual	Desarrollar habilidades sociales y personales y generar perspectivas positivas en el individuo que le permitan salir de su estado de aislamiento	<ul style="list-style-type: none">• Programación de actividades• Role playing	4	Elaborar una planificación para modificar las conductas que impulsan al aislamiento y la pérdida de interés con un nuevo enfoque y objetivos a cumplir en un periodo de tiempo, y se empiece a generar actividades sociales A través de esta técnica el paciente aprenderá la forma de como comunicar sus emociones en su entorno familiar.

Tabla 2. *Esquema terapéutico*

CONCLUSIONES

De acuerdo con la información obtenida en este estudio de caso, se procedió con proceso de intervención psicológica usuario de 27 años de sexo masculino, en base a dicha situación se establecieron las siguientes conclusiones del caso:

- Paciente ha tenido problemas emocionales desde su infancia debido a situación de abuso sexual de parte de adulto mayor, quien falleció tiempo después de evento violento, jamás había confrontado con familiares sobre dicho evento.
- Los eventos posteriores generaron pensamientos negativos de sí mismo, de las cosas que lo rodean y pensamientos relacionados con su futuro, desvalorización como personan, percepción de fracaso, sentimientos de tristeza y soledad marcadas, hicieron que usuario empiece a visualizar la muerte como un mecanismo de salida.
- En la fase diagnóstica se procedió con aplicación de inventario de depresión de Beck para identificar los síntomas presentes de la depresión y poder tener mejores herramientas para la clasificación, mientras que, en la escala de autoestima de Rosseberg, el resultado obtenido fue de 12, que da como resultad que usuario tiene autoestima infra valorada.
- Con los datos obtenidos y registrados en su historia clínica, se llega a la conclusión que usuario manifiesta los síntomas clínicos del trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2), clasificación detallada en el CIE 10.
- En la fase diagnóstica, se procedió al análisis del área familiar, del área personal, del área escolar, del área amorosa sexual para recopilar la mayor información relevante que ayudara a la identificación de pensamientos rígidos que generen problemas emocionales.
- En el área familiar usuario proviene de familia nuclear, se evidencia ausencia de actividades familiares, se evidencia poca comunicación entre sus miembros debido a las actividades que cumplen cada miembro de la familia, su padre es autoritario y su madre es sumisa.
- Mientras que en su área social usuario ha sido aislado desde la secundaria, tenía buen rendimiento académico tanto en colegio y en universidad, pero no tenía amistades con quien realizar actividades sociales, en la universidad refiere haber hecho amistades y ahí conoce a su novia.

- Para la intervención psicológica se procede a utilizar el enfoque cognitivo conductual para la modificación de pensamientos irracionales, parte de la psicoterapia cognitivo conductual se trabaja la esfera cognitiva, emocional y conductual.
- Las herramientas utilizadas en esta intervención fueron la técnica de reestructuración cognitiva para la modificación de pensamientos, la técnica de rol playing para exposición de como expresar sus emociones y la programación de actividades que permite la planificación de una serie de sociales.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que usuario pueda desarrollar habilidades sociales y familiares, puesto a que la depresión es un trastorno que vuelve al individuo un “ser solitario”, la perspectiva negativa de sí mismo genera un conjunto de pensamientos que distorsionan su yo, sus relaciones sociales y su proyección hacia el futuro, y se pueda generar mejores estrategias de afrontamiento en momentos difíciles y tenga soporte familiar, personal y social para poder sobrellevar las ideas irracionales en el momento que se puedan presentar para poder ir así mejorando su calidad de vida.

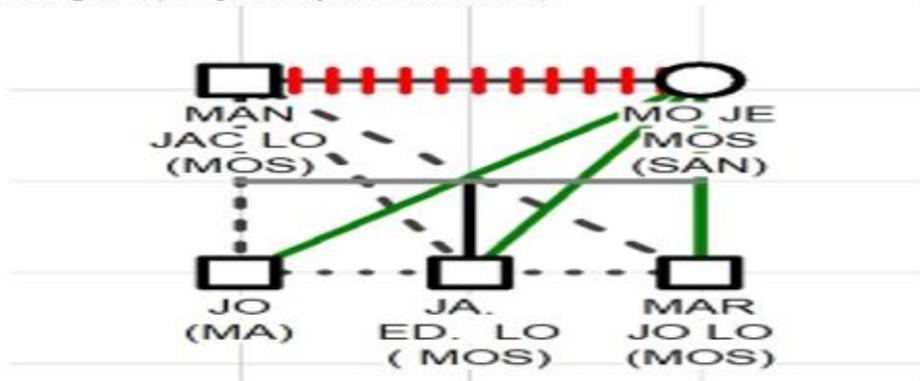
BIBLIOGRAFÍA

- Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. (marzo de 2015). Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>
- AARON BECK, J. R. (1976). *Tratamiento cognitivo conductual para la depresión*. Nueva York: Desclée de Brower.
- American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Mexico: Panamericana.
- Americanos, O. d., & OEA. (2019). *Desigualdad e Inclusión Social en las Américas*. Obtenido de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiJ34CT4db9AhUbQjABHRVFAJsQFnoECDAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.oas.org%2Fdocs%2Fdesigualdad%2Flibro-desigualdad.pdf&usg=AOvVaw1UVDM7G9Lcpge_H6T370ef
- Consejo general de colegio oficial de Psicólogos. (2013). *Inventario de depresión de Beck-II Version Española*. Obtenido de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Daniel Silva; Benjamin Vicente; Sandra Saldivia. (2013). *Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional*. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001000006
- Durkheim., E. (1960). *El suicidio*. Mexico: Planeta.
- Francisco Gonzales, Guido Aguinaga. (2018). *Incorporación de Guías Prácticas clínicas en el Sistema de salud ecuatoriano como estrategia para mejorar la salud y la educación médica*. Quito: MSP.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (diciembre de 2022). *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
- Karla Chavez Mendoza, Edgar Antonio Tena Suck. (2018). *Depresión, Manual de intervención grupal en habilidades sociales*. Manual Moderno.
- León Tarazona, C. N. (2021). *La depresión en tiempos de covid-19: análisis del impacto de*. Surco: UMCH – Universidad Marcelino Champagnat.
- Madrid, C. d. (2019). *Depresión y conducta suicida*. Obtenido de <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/depresion-conducta-suicida>
- Mayo Clinic. (2023). *Mayo Clinic*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/mental-health/art-20044098>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Guía de intervención en trastornos depresivos*. Quito: MSP.

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos; Guía Práctica Clínica (GPC)*. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud- MAIS*. Quito: Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud.
- Ojeda-Casares, H. (2021). *COVID-19 y salud mental: mensajes clave*. Caracas: OPS.
- OMS, O. M. (03 de 2022). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (marzo de 2022). Obtenido de <https://www.paho.org/es/hearts-americas/hearts-americas-cursos-virtuales>
- Patricio Herrera; Antonio Betancourt. (2000). *Factores familiares de riesgo en el intento suicida*. La Habana: Revista cubana de medicina integral.
- PUCE, C. (2022). *Univercidad Central del Ecuador*. Obtenido de <https://conexion.puce.edu.ec/emilio-salao-el-suicidio-es-una-denuncia-sobre-la-ausencia/>
- Rial Triñares, Mario Álvarez. (2017). *¿Como manejar la depresión?* Madrid: Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad.
- Rodriguez, A. G. (2013). *El suicidio, conceptos actuales*. Mexico: Pearsons.
- Salud, S. d. (2011).
- Steinmetz, L. C. (2019). *Perfil de métodos en intentos de suicidio: tendencias e implicancias para la prevención. Jujuy, noroeste de Argentina*. Cordova : Universidad de Cordoba.
- Universidad de Buenos Aires. (noviembre de 2018). *Psicomteria en trastornos emocionales*. Obtenido de https://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0CAMQw7AJahcKEwiA7p2T3_X8AhUAAAAAHQAAAAAQBAA&url=https%3A%2F%2Fwww.psi.uba.ar%2Facademica%2Fcarrerasdegrado%2Fpsicologia%2Fsitios_catedras%2Fobligatorias%2F070_psicoterapias1
- Universidad Internacional de La Rioja. (octubre de 2022). *Universidad Internacional de La Rioja*. Obtenido de <https://www.unir.net/salud/revista/entrevista-psicologica/>
- Verdesoto, J. E. (2018). *Gestión administrativa en el Centro de Salud Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo*. Babahoyo: Universidad Técnica de Babahoyo.

distante, tienden a no ser expresivos, su padre ejerce una figura de líder autoritario mientras su madre tiene un rol sumiso en la familia.

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).



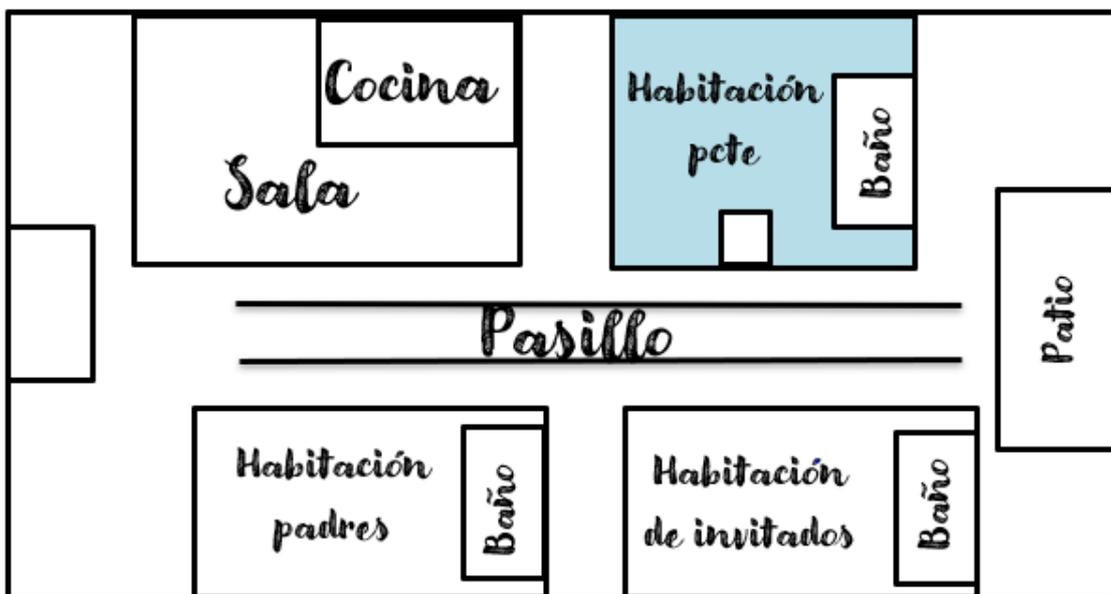
b. Tipo de familia.

Familia Nuclear

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

No existe antecedentes clínicos en familia paterna y materna

5. TIPOLOGÍA HABITACIONAL



6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades. Embarazo saludable sin complicaciones, parto eutócico, recibió lactancia materna hasta los 2 años, expuso sus primeras palabras (monosílabos) a los 10 meses de nacido, dio sus primeros pasos al año 4 meses de edad, logro controlar sus esfínteres a los 3 años de edad.

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

El paciente refiere que fue un estudiante de buen rendimiento académico en los diversos niveles de estudio (educación inicial, media y superior), a pesar de considerarse de pocos amigos, usuario refiere ser aislado de grupos sociales en colegio, pocos amigos en la universidad. Ingeniero civil graduado por la Universidad Católica de Guayaquil

6.3. HISTORIA LABORAL

El paciente trabaja en Municipio de Samborondón, encargado de diseño de obras públicas.

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

Paciente manifiesta no haber tenido amistades en su etapa de colegio, pero en la universidad solo tenía dos amigos con los que no salía mucho, en el último semestre conoce a su pareja sentimental y es con ella con quien empieza a salir a lugares públicos como restaurantes. Su adolescencia es descrita como una época solitaria, no tenía amistades con quien hablar, pero tenía buen rendimiento académico, pero sin generar alguna motivación o interés

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

Dedica su tiempo libre a revisar redes sociales, explorar en internet, escuchar música, leer libros referentes a su área de estudio y de forma poco frecuente realiza actividad física.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

Paciente se define como heterosexual, refiere sentirse atraído hacia el sexo femenino, en su adolescencia era muy tímido para hablar con mujeres, en la universidad conoce a su pareja, refiere haber tenido dos novias por redes sociales (Facebook) pero jamás las conoció en persona, actualmente tiene una novia con quien siente mucha confianza, refiere tener mucho miedo a que ella se vaya de su vida debido a que siente que puede hablar de todo con ella sin temor. Actualmente tienen un año y cuatro meses de relación.

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

No consumen ningún tipo de sustancia perjudicial para su salud

6.8 ALIMENTACIÓN Y SUEÑO.

Dificultad para dormir, refiere dormir menos de 5 horas, se despierta con frecuencia, disminución de apetito.

6.8. HISTORIA MÉDICA

No refiere enfermedades médicas

6.9. HISTORIA LEGAL

No refiere problemáticas concernientes al ámbito legal

6.10. PROYECTO DE VIDA

Desearía en algún momento poder llegar a tener una familia junto a su novia, especializarse en el ámbito de su profesión, y poder realizar sus actividades sin tener que dejar todo inconcluso para poder ir cumpliendo metas.

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

Paciente de somatotipo endomorfo, presenta vestimenta de acuerdo a su género, tiene un lenguaje fluido un poco enlentecido, es de contextura gruesa, estatura de alrededor 1.72m, etnia mestiza, muestra una actitud colaborativa al momento de la entrevista, se observan signos de decaimiento, y ojeras marcadas en su rostro producto de su dificultad para dormir.

7.1. ORIENTACIÓN

No presenta dificultades para situarse en tiempo y espacio

7.2. ATENCIÓN

Presenta dificultades para concentrarse en las actividades del trabajo y hogar.

7.3. MEMORIA

No refiere problemáticas al momento de evocar, retener y asimilar información

7.4. PENSAMIENTO

Presenta pensamientos pesimistas respecto a su futuro, baja valoración propia, culpa excesiva e ideas suicidas.

7.5. LENGUAJE

El paciente se expresa oralmente de forma lenta, con poca firmeza y un tono de voz bajo.

7.6. PSICOMOTRICIDAD

No refiere problemáticas referentes a la psicomotricidad

7.7. SENSOPERCEPCION

No refiere dificultades respecto a la sensopercepción

7.8. AFECTIVIDAD

El paciente se mostraba poco afectivo con su novia y personas cercana de su entorno familiar.

7.9. JUICIO DE REALIDAD

No refiere problemáticas

7.10. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

No presenta conciencia de su padecimiento, de tal manera que acude de forma voluntaria a atención psicológica

7.11. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

Abuso sexual en su infancia, cortes en las piernas a los 19 años, Ingesta de pastillas para terminar con su vida y aislamiento de actividades sociales

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK- II - DEPRESION GRAVE (38); ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSSEMBERG- BAJA AUTOESTIMA (18).

10. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO



Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none">• Pensamientos de muerte• Pensamientos negativos acerca de su vida• Pensamientos de fracasos• Ideas distorsionadas sobre su yo	Trastorno de depresión mayor con episodio grave sin síntomas psicóticos (F32.2)
Afectivo	<ul style="list-style-type: none">• Tristeza• Desesperanza• Pesimismo• Impotencia• Culpas• Rencores	Trastorno de depresión mayor con episodio grave sin síntomas psicóticos (F32.2)
Pensamiento	<ul style="list-style-type: none">• Percepción de fracaso• Autocríticas• Disminución de logros• Ideas de suicidio	Trastorno de depresión mayor con episodio grave sin síntomas psicóticos (F32.2)
Conducta social - escolar	<ul style="list-style-type: none">• Dificultades en el rendimiento laboral• Desinterés por la interacción social	Trastorno de depresión mayor con episodio grave sin síntomas psicóticos (F32.2)
Somática	<ul style="list-style-type: none">• Insomnio• Pérdida de peso	Trastorno de depresión mayor con episodio grave sin síntomas psicóticos (F32.2)

Factores predisponentes:

Abuso sexual en la infancia, aislamiento social.

9.1. Evento precipitante:

Discusión con su novia, intento suicida por medio de ingesta de medicamentos.

9.2. Tiempo de evolución:

11. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

Trastorno depresivo Grave sin síntomas psicóticos (F322)

12. PRONÓSTICO

Positivo

13. RECOMENDACIONES

- ✚ Acudir a terapia psicológica
- ✚ Fortalecer relaciones interpersonales
- ✚ Realizar actividad física
- ✚ Mantener una alimentación equilibrada
- ✚ Destinar el tiempo libre a actividades constructivas (Lectura, escritura, arte, etc.

6. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Categoría	Objetivo	Técnica	Sesi ones	Resultados esperados
Área cognitiva/ Emocional	Modificación de pensamientos rígidos que generan autoestima infravalorada, sentimientos de tristeza y percepción de fracaso y soledad	<ul style="list-style-type: none"> • Como los pensamientos crean emociones • Identificar los pensamientos negativos • Buscando evidencia • Técnica de retribución • Pensamiento alternativo 	4	Estas técnicas son para que el paciente identifique pensamientos negativos que están provocando malestar emocional y de esa manera él pueda generar estrategias de afrontamiento.
Conductual	Desarrollar habilidades sociales y personales y generar perspectivas positivas en el individuo que le permitan salir de su estado de aislamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Programación de actividades • Role playing 	4	Elaborar una planificación para modificar las conductas que impulsan al aislamiento y la pérdida de interés con un nuevo enfoque y objetivos a cumplir en un periodo de tiempo, y se empiece a generar actividades sociales A través de esta técnica el paciente aprenderá la forma de como comunicar sus emociones en su entorno familiar.

ANEXO B. Observación clínica

Fecha: 03 de octubre

Tipo de Observación: Observación Directa

Observador: Odalis Llerena Ponce

1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Nombre: JA.ED.LO.MOS

Sexo: Masculino **Edad:** 27

Lugar y fecha de nacimiento: Babahoyo, 05/12/1995 **Instrucción:** 3er nivel

2. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACION

I. DESCRIPCIÓN DE LA VESTIMENTA Y FENOMENOLOGIA

Paciente de sexo masculino, vestimenta acorde a su género, de contextura gruesa estatura alta, de aproximadamente 1,71 m, tez trigueña presenta un aseo y cuidado personal adecuada y aparenta su edad cronológica. Al momento de ingresar lo hace de manera tranquila, vestía con un pantalón oscuro y camisa negra, su expresión facial demuestra sosiego, tiene una actitud colaborativa, se encuentra orientado en tiempo, lugar y espacio, su expresión facial se encuentra decaída, ojeras enmarcan sus ojos debido a la dificultad que presenta para dormir.

II. DESCRIPCIÓN DEL ENTORNO

El lugar en el que se procedió a la entrevista con el paciente era un consultorio psicológico el cual contaba con la iluminación adecuada, sillón cómodo para el paciente, aire acondicionado, no existió ninguna interrupción en ella, debido a que no había ruido que pueda causar distracciones.

III. DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA

Durante la sesión se mostro al inicio un poco nervioso, debido a que hace mucho tiempo atrás no había buscado acudir con un profesional de salud mental, a medida que las preguntas fueron planteadas, comenzó su predisposición para responder de forma segura y con mas confianza, sus gestos mostraban más serenidad, habían ciertos temas en los que su voz se quebraba, pero al final termino contando la mayor parte de su problemática y después de esto se fue mas tranquilo y con determinación de enfrentar esta situación con actitud positiva.

ANEXO C. Inventario de depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

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

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

1

- 4) .
- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 - No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 - Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5) .
- No me siento especialmente culpable.
 - Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - Me siento culpable constantemente.
- 6) .
- No creo que esté siendo castigado.
 - Me siento como si fuese a ser castigado.
 - Espero ser castigado.
 - Siento que estoy siendo castigado.
- 7) .
- No estoy decepcionado de mí mismo.
 - Estoy decepcionado de mí mismo.
 - Me da vergüenza de mí mismo.
 - Me detesto.
- 8) .
- No me considero peor que cualquier otro.
 - Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 - Continualmente me culpo por mis faltas.
 - Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) .
- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 - Desearía suicidarme.
 - Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10).
- No lloro más de lo que solía llorar.
 - Ahora lloro más que antes.
 - Lloro continuamente.
 - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11).
- No estoy más irritado de lo normal en mí.
 - Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 - Me siento irritado continuamente.
 - No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
- 12).
- No he perdido el interés por los demás.
 - Estoy menos interesado en los demás que antes.
 - He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 - He perdido todo el interés por los demás.
- 13).
- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 - Evito tomar decisiones más que antes.
 - Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 - Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

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

18).

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

4

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación	Nivel de depresión*
1-10	Estos altibajos son considerados normales.
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20	Estados de depresión intermitentes.
21-30	Depresión moderada.
31-40	Depresión grave.
+ 40	Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

Resultado = 38
Depresión grave

ANEXO D. Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE) (Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	<u>1</u>	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	<u>3</u>	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	<u>1</u>	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	<u>1</u>	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	<u>3</u>	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	<u>1</u>	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	<u>1</u>	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	<u>1</u>	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	<u>3</u>	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	<u>3</u>	4

Resultado: 18
Autoestima baja