

# UNEMI

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

INFORME DE INVESTIGACIÓN  
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

**MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN  
ATENCIÓN EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

TEMA:

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO DE TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE SIN  
SÍNTOMAS PSICÓTICOS EN COMORBILIDAD CON TRASTORNO DE  
PERSONALIDAD DEPENDIENTE ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD TIPO  
A CUATRO DE MAYO DE LA CIUDAD DE BABAHOYO, PROVINCIA DE LOS  
RIOS- ECUADOR.**

Autor:

Carlos Andrés Peñafiel Burgos

Director:

MIRANDA VERA WASHINGTON RAFAEL

*Milagro, 2025*

## Derechos de autor

**Sr. Dr.**  
**Fabrizio Guevara Viejó**  
Rector de la Universidad Estatal de Milagro  
Presente.

Yo, **Carlos Andrés Peñafiel Burgos**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Psicología clínica con mención en atención en emergencias y desastres**, como aporte a la Línea de Investigación **SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR HUMANO INTEGRAL** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, **6 de octubre del 2025**.



Validar únicamente en FirmaEC.  
Firmado electrónicamente por:  
**CARLOS ANDRÉS  
PENAFIEL BURGOS**

**Carlos Andrés Peñafiel Burgos**

**C.I: 0928732221**

## Aprobación del tutor del Trabajo de Titulación

Yo, MIRANDA VERA WASHINGTON RAFAEL, en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por **Carlos Andres Peñafiel Burgos**, cuyo tema es **ESTUDIO DE CASO CLÍNICO DE TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS EN COMORBILIDAD CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD DEPENDIENTE ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD TIPO A CUATRO DE MAYO DE LA CIUDAD DE BABAHOYO, PROVINCIA DE LOS RIOS- ECUADOR**, que aporta a la Línea de Investigación **SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR HUMANO INTEGRAL** previo a la obtención del Grado **Magíster en Psicología clínica con mención en atención en emergencias y desastres**. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, **6 de octubre del 2025**



Validar únicamente en FirmaEC.  
Firmado electrónicamente por:  
**WASHINGTON RAFAEL  
MIRANDA VERA**

MIRANDA VERA WASHINGTON RAFAEL

C.I:

# FACULTAD DE POSGRADO

## ACTA DE SUSTENTACIÓN

### MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los veintinueve días del mes de abril del dos mil veintiseis, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, PSICÓLOGO PEÑAFIEL BURGOS CARLOS ANDRES, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **ESTUDIO DE CASO CLÍNICO DE TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS EN COMORBILIDAD CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD DEPENDIENTE ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD TIPO A CUATRO DE MAYO DE LA CIUDAD DE BABAHOYO, PROVINCIA DE LOS RIOS- ECUADOR.**" , ante el Tribunal de Calificación integrado por: Máster HEREDIA GARCIA MARIA ISABEL, Presidente(a), Msc VALVERDE PERALTA GUSTAVO ELEODORO en calidad de Vocal; y, Mtr. ALCHUNDIA MENDOZA MARIA NOEMI que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	54.33
DEFENSA ORAL	37.67
<b>PROMEDIO</b>	<b>92.00</b>
<b>EQUIVALENTE</b>	<b>MUY BUENO</b>

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.



Máster HEREDIA GARCIA MARIA ISABEL  
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Msc VALVERDE PERALTA GUSTAVO ELEODORO  
VOCAL



Mtr. ALCHUNDIA MENDOZA MARIA NOEMI  
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



PSICÓLOGO PEÑAFIEL BURGOS CARLOS ANDRES  
MAGÍSTER

## DEDICATORIA

A Dios; por la vida y por lo que me ha dado.

A mi abuela Carmen; mi ejemplo de vida, por los valores inculcados y ejecutados en mi día a día.

A mi madre Lourdes, por su infinito amor y paciencia, por cada lección que me da, por todo el apoyo hacia mí.

*“Defiende lo que es correcto, incluso si tienes que hacerlo solo”*

*Proverbio Japonés.*

## AGRADECIMIENTOS

... A la Universidad Estatal de Milagro, por todo lo inculcado en este proceso. A cada docente por compartir sus conocimientos...

## CONTENIDO

RESUMEN.....	IX
ABSTRAC.....	X
INTRODUCCIÓN.....	- 1 -
Justificación.....	- 2 -
Preguntas de investigación.....	- 3 -
Objetivos de la investigación.....	- 3 -
<b>Objetivo general:</b> .....	- 3 -
<b>Objetivos específicos:</b> .....	- 4 -
MARCO TEÓRICO.....	- 4 -
Antecedentes .....	- 4 -
Descripción de los contenidos abordados en el marco teórico.....	- 5 -
Conceptualización de la depresión:.....	- 6 -
<b>Tabla 1</b> .....	-
	6 -
Trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos.....	- 8 -
<b>Tabla 2:</b> .....	- 9 -
Personalidad .....	- 9 -
Características de la personalidad.....	- 10 -
Trastornos de personalidad .....	- 11 -
Clasificación de los trastornos de personalidad .....	- 11 -
<b>Tabla 3</b> .....	- 11 -
Trastorno de personalidad dependiente.....	- 12 -
METODOLOGÍA.....	- 13 -
Anamnesis.....	- 13 -
Motivo de consulta.....	- 14 -
Análisis y descripción del problema.....	- 14 -
<b>Antecedentes.</b> .....	- 14 -
<b>Análisis del área personal.</b> .....	- 16 -

<b>Análisis del área familiar</b> .....	- 16 -
<b>Familiograma.</b> .....	- 16 -
.....	- 16 -
<b>Análisis del área amorosa- sexual.</b> .....	- 16 -
Fase diagnóstica. ....	- 17 -
<b>Ingreso a primera sesión.</b> .....	- 17 -
<b>Análisis funcional de la conducta</b> .....	- 17 -
Hipótesis de origen. ....	- 18 -
Hipótesis de mantenimiento. ....	- 19 -
<b>Ingreso a segunda sesión.</b> .....	- 19 -
<b>Ingreso a la tercera sesión.</b> .....	- 19 -
<b>Ingreso a cuarta sesión.</b> .....	- 20 -
Descripción de las pruebas y herramientas de evaluación. ....	- 20 -
<b>Entrevista clínica</b> .....	- 20 -
<b>Inventario de depresión de Beck-II.</b> .....	- 20 -
<b>Cuestionario Salamanca para el Screening de trastornos de la personalidad.</b> ...	- 20 -
<b>Análisis funcional de la conducta.</b> .....	- 21 -
<b>Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar FF- SIL.</b> .....	- 22 -
Diagnóstico.....	- 23 -
Diagnóstico diferencial. ....	- 23 -
<b>Tabla 4.</b> .....	- 25 -
Plan de intervención. ....	- 25 -
Análisis de resultados.....	- 27 -
<b>Perfil de la efectividad del caso clínico:</b> .....	- 29 -
Antes: la llegada a la consulta psicológica.....	- 29 -
Durante: el proceso terapéutico y el diagnóstico: .....	- 29 -
Después: resultados y efectividad del plan de intervención.....	- 30 -
Reducción de la sintomatología depresiva y aumento de la funcionalidad: .....	- 30 -

Identificación y reestructuración de pensamientos irracionales.....	- 31 -
Adquisición de estrategias de afrontamiento y autoeficacia: .....	- 31 -
CONCLUSIONES.....	- 32 -
BIBLIÓGRAFIA.....	- 33 -
ANEXOS.....	- 35 -

## RESUMEN.

El presente estudio de caso se realizó en el centro de salud tipo A cuatro de mayo de la ciudad de Babahoyo, provincia de los Ríos- Ecuador, con el objetivo de realizar un estudio de caso sobre las consecuencias y la comorbilidad del trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos con el trastorno de personalidad dependiente en una persona de sexo femenino de 35 años

La metodología utilizada para este estudio de caso es la de descripción de casos de una persona de 34 años, sexo femenino que fue intervenida con el enfoque cognitivo conductual de A. Beck con las herramientas cognitivas y tecnología conductual.

En lo que corresponde a los procedimientos de investigación para el presente estudio de caso, se utilizó del enfoque cualitativo el método biográfico, ya que los datos que se utilizó en esta investigación se obtienen de los registros de sesiones y las atenciones que se encuentran en el sistema de registro de atenciones médicas del Ministerio de Salud Pública PRASS-RDACCA.

Como procedimiento para la intervención del caso, se aplicaron herramientas del enfoque cognitivo conductual, incluyendo la exploración de la sintomatología y la elaboración de un plan de intervención centrado en las problemáticas específicas de la usuaria, tal como se describen en este estudio de caso.

Como resultados principales, el plan de intervención demostró una alta efectividad al lograr una reducción significativa de la sintomatología depresiva inicial y el control de la ideación suicida. Mediante la técnica de reestructuración cognitiva y la activación conductual, la usuaria adquirió estrategias de afrontamiento y autoeficacia, transitando de una dependencia afectiva emocional a mostrar autonomía en tomar decisiones importantes en su vida. Se concluye que el enfoque cognitivo conductual es altamente eficaz para el manejo de la comorbilidad descrita, permitiendo a la usuaria cerrar su ciclo de violencia intrafamiliar y establecer límites saludables.

### **Palabras claves:**

Trastorno depresivo grave; trastorno de personalidad dependiente; cognitivo conductual

## ABSTRAC

The present case study was conducted at the "Cuatro de Mayo" Type A Health Center in the city of Babahoyo, Los Ríos Province, Ecuador. The objective was to examine the consequences and comorbidity of severe depressive disorder without psychotic symptoms and dependent personality disorder in a 35-year-old female.

The methodology employed for this case study consists of a clinical case description of a 34-year-old female who was treated using Aaron Beck's cognitive-behavioral approach, utilizing cognitive tools and behavioral techniques.

Regarding the research procedures, a qualitative approach with a biographical method was used. The data for this study were obtained from session records and clinical notes stored in the Ministry of Public Health's medical records system (PRASS-RDACCA).

As part of the clinical intervention procedure, tools from the cognitive-behavioral approach were applied, including the exploration of symptomatology and the development of an intervention plan centered on the user's specific issues, as described in this study.

The main results demonstrated that the intervention plan was highly effective, achieving a significant reduction in initial depressive symptoms and the control of suicidal ideation. Through cognitive restructuring and behavioral activation techniques, the user acquired coping strategies and self-efficacy, transitioning from emotional-affective dependence to demonstrating autonomy in making significant life decisions. It is concluded that the cognitive-behavioral approach is highly effective for managing the described comorbidity, allowing the user to end the cycle of domestic violence and establish healthy boundaries.

**Keywords:** Severe depressive disorder; dependent personality disorder; cognitive-behavioral.

## INTRODUCCIÓN.

El presente proyecto de investigación tiene como fin de realizar un estudio de caso sobre las consecuencias del trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos en una persona de sexo femenino con trastorno de personalidad dependiente que ha sido atendida en el centro de salud tipo A Cuatro Mayo, de la ciudad de Babahoyo, provincia de los Ríos, en Ecuador.

El centro de salud descrito brinda atención preventiva y curativa a una población aproximada de 39.989 habitantes según los reportes obtenidos por el área de admisión y estadística en el año 2023, cuenta en su cartera de servicios de salud mental las atenciones psicológicas bajo las modalidades de ambulatorio básico y ambulatorio intensivo.

El centro de salud en la actualidad atiende una población total asignada de 49.352 para el año 2024, cuenta con las especialidades de medicina, medicina familiar comunitaria, psicología en modalidad de atención ambulatorio.

La metodología utilizada para este estudio de caso es la de descripción de casos de una persona de 34 años, sexo femenino que fue intervenida con el enfoque cognitivo conductual de A. Beck con las herramientas cognitivas y tecnología conductual.

Se debe señalar que los datos sociodemográficos de la usuaria se encuentran protegidas, asignándole un seudónimo, se le entregó un consentimiento informado donde se explicó los objetivos de esta investigación.

En primera instancia se procedió con registrar los datos de la paciente, se realizó un análisis funcional de la conducta, antecedentes del problema, también se procedió con la formulación del caso donde se presentaron los factores precipitantes y predisponentes que generaron los problemas de salud mental descritos en este estudio de caso.

Como herramientas de intervención se utilizó la entrevista abierta, el Inventario de depresión de Beck-II, cuestionario de evaluación de funcionamiento familiar FF- SIL registro de conducta, el cuestionario de Salamanca para el screening de trastornos de personalidad.

## **Modalidades de la atención de los servicios de salud mental.**

### **• Modalidad Ambulatoria**

Tienen como objetivo evaluar, diagnosticar y proporcionar tratamiento ambulatorio conforme a las necesidades y evaluación en salud mental realizada por el profesional. Cuando en este nivel se detecte o se presenten situaciones de mayor complejidad se realizará la referencia al ambulatorio intensivo. En esta modalidad, el profesional de salud mental puede realizar las interconsultas con el área de medicina o medicina familiar comunitaria en el caso que se requiera, y se puede realizar la referencia a los hospitales de segundo y tercer nivel a nivel nacional si el caso requiere atención especializada o tratamiento farmacológico. Para el presente estudio de caso se procede con realizar la atención en la modalidad “ambulatoria”,

### **• Modalidad Ambulatorio Intensivo**

Brinda tratamiento ambulatorio intensivo a personas que presentan trastornos mentales graves y/o consumo problemático de alcohol y otras drogas en un período de tratamiento diario o casi diario durante el día. Este espacio terapéutico proporciona tratamiento individual, familiar, grupal, multifamiliar, ocupacional y terapias complementarias.

El profesional de salud mental (psicología) se encarga de las atenciones individuales y grupales según las problemáticas atendidas, realiza también las intervenciones familiares e intrafamiliares, realiza las referencias y derivaciones a otras especialidades médicas que requieran los usuarios.

### **Justificación.**

El trastorno depresivo grave o trastorno depresivo mayor es un trastorno mental que puede ser debilitante y afectar significativamente la calidad de vida de las personas que las padecen. En el Ecuador es una problemática de salud importante y se estima que afecta alrededor del 5,6% de la población según los datos del Ministerio de Salud Pública (2017).

El gobierno del Ecuador ha implementado algunos esfuerzos para prevenir e intervenir en los casos de depresión y poder mejorar el acceso al tratamiento farmacológico y psicológico. En el Ministerio de Salud Pública (2014), lanzó el plan

nacional de salud mental que tiene como objetivo mejorar la atención y reducir las conductas suicidas.

A pesar de la prevalencia de la depresión grave, todavía hay mucho que se desconoce sobre sus causas y tratamiento en el personal sanitario y la comunidad, mucho menos de la relación de los trastornos de personalidad en los trastornos depresivos, en muchas situaciones el acceso a un tratamiento integral se ve limitado a factores como falta de recursos, personal capacitado en trastornos emocionales y la estimación de los trastornos mentales, por lo tanto se considera importante investigar sobre la depresión grave para mejorar la comprensión de sus causas, factores de riesgo así como abordar los trastornos comórbidos que se generan a consecuencia de los trastornos depresivos.

Una investigación sobre el trastorno depresivo grave y su comorbilidad con los trastornos de personalidad puede contribuir a la literatura existente y puede tener implicaciones importantes para la práctica clínica y la política de salud mental. Al mejorar nuestra comprensión de la depresión grave, se pueden desarrollar mejores formas de prevenir, diagnosticar y tratar trastornos emocionales, lo que puede no solo mejorar la calidad de vida de las personas, sino que sirva para generar mejores herramientas terapéuticas para los profesionales de psicología.

### **Preguntas de investigación.**

- ¿Cómo se manifiesta las características del trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos y su comorbilidad con el trastorno de personalidad dependiente en el relato de vida de la paciente?
- ¿De qué manera la comorbilidad entre el trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos y el trastorno de personalidad dependiente ha influido en la calidad de vida de la paciente?
- ¿Cómo afecta la calidad de vida de una persona el trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos y su comorbilidad con el trastorno de personalidad dependiente?

### **Objetivos de la investigación.**

#### **Objetivo general:**

- Realizar un estudio de caso que permita analizar las características del trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos y explorar la comorbilidad

con un trastorno de personalidad a través de la historia clínica y el relato de vida de usuaria de sexo femenino.

### **Objetivos específicos:**

- Analizar la sintomatología del trastorno depresivo grave y su relación con el trastorno de personalidad dependiente el caso de la paciente.
- Diseñar un plan de intervención con enfoque cognitivo conductual para el tratamiento del trastorno depresivo grave.
- Evaluar la efectividad del plan de intervención cognitivo conductual en la reducción de la sintomatología depresiva grave y en la modificación funcional de los rasgos de personalidad dependiente en la usuaria

## **MARCO TEÓRICO.**

### **Antecedentes**

Los trastornos depresivos graves sin síntomas psicóticos y la morbilidad con los trastornos de personalidad fueron estudiados por García Mejía (2021), bajo el título: “estudio de caso clínico: intervención cognitivo conductual de un caso depresivo recurrente con rasgos de personalidad dependiente”, donde su propósito de investigación fue la de mostrar la eficacia de la intervención cognitivo conductual en los trastornos depresivos con pacientes con rasgos de personalidad dependiente.

Mientras que el trabajo de Galeano (2019), bajo el título “Estudio de caso clínico en una paciente con trastorno de personalidad dependiente, comórbido con trastorno depresivo mayor”, donde su objetivo fue demostrar a través de la terapia cognitivo conductual poder describir el abordaje de la psicoterapia en un caso de depresión mayor comórbido con un trastorno de personalidad dependiente.

El trabajo realizado por Buendía (2018), se realizó un estudio de caso a una persona con trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos, se trabajó con el enfoque cognitivo conductual, en donde se realizó análisis funcional de la conducta para obtener información de la problemática y desarrollar un modelo de intervención.

En el Ecuador, se desconoce resultados de investigaciones en el tema relacionado con un estudio de caso clínico de trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos en comorbilidad con trastorno de personalidad dependiente. El presente estudio de

caso se erige como un aporte importante al problema de los trastornos depresivos en el Ecuador y su impacto en la sociedad ecuatoriana.

### **Descripción de los contenidos abordados en el marco teórico.**

**Depresión:** trastorno del humor compuesto por un conjunto de síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo (tristeza patológica, desesperanza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar), y se puede presentar también síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos. Podría hablarse, por tanto, de una afectación global del funcionamiento personal, con especial énfasis en la esfera afectiva. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

**Trastorno de personalidad dependiente:** necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva a un comportamiento sumiso y de apego exagerado y miedo a la separación, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos de la vida del sujeto. (APA., 2014)

**Comorbilidad:** término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que se generan en la misma persona, puede ocurrir al mismo tiempo o a consecuencia de una patología. (NIH, 2022).

Se conoce que la depresión es uno de los trastornos emocionales más antiguos de que se tiene conocimiento, dentro de los registros históricos sobre esta problemática, se conocía a los rasgos depresivos como melancolía.

Dentro del marco histórico de la depresión que se encuentra en las investigaciones de Zarragoitia (2011), refiere que Santo tomas de Aquino entre los años 1225 a 1274, ya consideraba a la melancolía como una consecuencia de una fuerza astral o demoníaca, y por el pecado de la pereza, en la que el tratamiento en la época descrita era por medio de castigos, azotes, exorcismos y baño con plantas medicinales.

Para González L, S., Pineda A., & Gaxiola. (2018), la depresión es un estado afectivo y holístico que se compone por las áreas afectivas, somáticas, cognitivas y conductuales, siendo la parte afectiva la más importante debido a que esta va a determinar el origen y desarrollo del trastorno depresivo hacia las demás áreas.

Lo que se argumenta en Navarra (2022), la duración de un periodo depresivo puede estar presente en una persona desde varias semanas a varios meses, incluso hasta años sin recibir ayuda profesional.

Los escritos de (Beck, Rush, & Shaw, 1983), explica que los trastornos depresivos al estar relacionados con los componentes afectivos, conductuales y somáticos pueden llevar a tener en las personas problemas desadaptativos en sus áreas personales, sociales, familiares, sentimentales, por ende, el pensamiento emocional se encuentra regido por creencias rígidas formadas a partir de las experiencias adquiridas a lo largo de su ciclo de vida.

### **Conceptualización de la depresión:**

La depresión para Chávez & Tena (2018), la describen como un trastorno del estado de ánimo que puede ser transitorio o permanente que se caracteriza por presentar sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de los acontecimientos de la vida diaria (anhedonia), de las cuales puede estar acompañados por síntomas ansiosos.

Para Cañón (2018), define a c pérdida de intereses sociales y problemas en las esferas laborales y familiares, presencia de ideas suicidas y otros síntomas somáticos (Chávez & Tena, 2018).

Para la Asociación Americana de Psicología (APA., 2014), se explica que el trastorno depresivo afecta de diversas formas y con diversos síntomas a las personas, en las cuales se origina por una mezcla de factores biológicos, psicológicos, ambientales y sociales, causando una tristeza profunda, problemas para adaptarse a sus actividades y que pueden perdurar por varios días. También Zarragoitía (2011) explica que el punto de la depresión es la tristeza intensificada, involucrando a la persona hasta tener la capacidad de alterar las relaciones interpersonales, así como las intrapersonales.

Se justifica el uso del CIE 10 debido a que, en el sistema de salud público del Ecuador, a la fecha de haber realizado esta investigación, no se utiliza el CIE 11 como criterio de clasificación y diagnóstico.

La lista que emplea la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE 10, 2000), el trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos se encuentra dentro de los trastornos del humor afectivos que se presentan a continuación:

### **Tabla 1**

*Clasificación de los trastornos depresivos según el cie 10*

<b>Trastornos del humor (afectivos) asociados a la depresión según el CIE 11</b>	
	F32.0 Episodio depresivo leve
	F32.1 Episodio depresivo moderado

<p><b>F32 Episodio depresivo</b></p>	<p>F32.2 episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos</p> <p>F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.</p> <p>F32.8 Otros episodios depresivos.</p> <p>F32.9 Episodio depresivo sin especificación</p>
<p><b>F33 trastorno depresivo Recurrente</b></p>	<p>F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve</p> <p>F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.</p> <p>F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.</p> <p>F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.</p> <p>F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.</p> <p>F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes actualmente en remisión.</p> <p>F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificar.</p>
<p><b>F34 Trastornos del Humor</b></p>	<p>F34.0 ciclotimia</p> <p>F34.1 Distimia.</p> <p>F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos persistentes).</p> <p>F34.9 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes sin especificación.</p>

La lista que se emplea en (CIE 10, 2000), existen una lista de diez síntomas depresivo y los clasifica en leve, moderado y grave; estas están sub clasificadas con o sin

trastornos psicóticos, de los cuales debe presentar al menos dos de los tres síntomas considerados como principales de la depresión como tristeza patológica, pérdida de intereses y de tener la capacidad de disfrutar, apatía o hipo abulia, con un tiempo de duración de al menos dos semanas, en base a esta clasificación se utilizará para este estudio de caso la codificación de F32.2 Episodio Depresivo Grave sin síntomas psicóticos.

Para una mejor comprensión del trastorno depresivo, el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V (APA., 2014), muestra una lista de síntomas que deben aparecer por lo menos 5 de ellos, y son los siguientes:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o en casi todas las actividades la mayor parte del día
3. Aumento o pérdida significativa de peso, o disminución o aumento de apetito.
4. Insomnio (o a menudo insomnio de mantenimiento del suelo) o hipersomnía.
5. Agitación o retardo psicomotor observado por otros (no informado por el mismo paciente).
6. Fatiga o pérdida de energía
7. Sentimiento de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada
8. Capacidad disminuida para pensar o concentrarse; indecisión.
9. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intentos suicidas o elaboración de plan para quitarse la vida.

### **Trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos.**

Para (Pérez, 2017), el trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos es un trastorno emocional que está caracterizado por una profunda tristeza y una significativa pérdida de intereses, que se relacionan con características emocionales, físicos, cognitivos y el comportamiento, estas características se son el llanto, la irritabilidad, fatiga, aplanamiento social, anhedonia, pensamientos de inutilidad y culpabilidad, y en donde se encuentra muy marcado la baja autoestima y baja autovaloración, parte de la gravedad de este trastorno es la presencia de ideas o conducta suicida.

Para (Rosero & Valarezo, 2011), el trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos es uno de los trastornos emocionales más comunes a nivel mundial, se estima que la

prevalencia de este trastorno en la población mundial se encuentra entre el 2 al 5% en hombres y en el 6 a 12% en las mujeres.

El trastorno depresivo grave puede aparecer por primera vez a cualquier edad, pero es muy frecuente en la etapa adulta joven. En los adolescentes es un factor de riesgo y de fracaso académico, abuso de sustancias psicoactivas y comportamiento suicida. (Elia, 2019).

Para la OMS (2023), el trastorno depresivo grave puede volverse crónica y tiende a disminuir la capacidad de trabajar, estudiar, socializar o ejecutar de forma oportuna sus actividades cotidianas, y aquellas personas con este trastorno requieren tratamiento farmacológico y psicológico de forma inmediata.

Para el presente estudio de caso, se toma en consideración los criterios que se encuentran establecidos según el (CIE 10, 2000), mostrados a continuación en la siguiente tabla:

**Tabla 2:**

*Criterios de gravedad de un episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos según el CIE- 10*

<b>Episodio Depresivo Grave Sin Síntomas Psicóticos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Deben estar presentes los criterios generales, los tres síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de ocho síntomas en total</li><li>• Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes; en especial la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad.</li><li>• Son comunes las ideas y las acciones suicidas, y se presentan síntomas somáticos importantes</li><li>• El episodio grave sin síntomas psicóticos incluye episodios aislados de depresión mayor y de depresión vital, pero excluye alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo</li></ul>

**Personalidad**

La definición de personalidad es un apartado complejo de definir puesto que cada autor tiene un diferente enfoque de definición, a esto se suma como categoría subjetiva de la construcción de la personalidad el cómo los sujetos se desenvuelven en su contexto socio- cultural.

La personalidad es definida por Allport (1984) como se citó en Condori (2019) como “una organización dinámica dentro de un individuo de aquello sistema psicofísico que determinan su conducta y su pensamiento característicos”.

Para Bermúdez (2013) como se citó en Córdoba (2020), la define como “una organización relativamente estable de características estructurales y funcionales, innata y adquirida bajo las condiciones de su desarrollo, que conformar la conducta que cada individuo afronta las distintas situaciones”.

Para Montaña, Palacios & Gantiva (2009) como se citó en Córdoba & Martínez (2020), definieron a la personalidad como “una organización estable y perdurable del carácter, temperamento, el intelecto y el físico de la persona” (p.92). Esto genera que las personas se puedan adaptar a diferentes estímulos del ambiente y comportarse de acuerdo con las circunstancias en las que se encuentren.

Para Gonzáles (2006), la personalidad es la organización e integración más compleja y estable de contenidos y funciones psicológicas que intervienen en la regulación del comportamiento y en las esferas más relevantes del sujeto; así mismo la considera como el nivel de mayor integridad y complejidad en la regulación del comportamiento.

Para Bandura (1977), como se citó en Montaña & Palacios (2009), la personalidad es definida como la interacción entre cognición, aprendizaje y ambiente, teniendo una función importante en las expectativas internas del sujeto, debido a que el ambiente influye en la manera de comportarse, modificando las expectativas ante cualquier situación en respecto a su manera de comportarse, teniendo como referencia que las personas se adaptan a criterios que son únicos a la hora de calificar un comportamiento en diversas situaciones.

### **Características de la personalidad.**

Para Gonzáles (2006), las características esenciales de la personalidad son las siguientes:

- Es singular e irrepetible.
- Es estable, pero no estática.
- Su núcleo es la esfera motivacional
- Pasa de la unidad de lo afectivo a lo cognitivo
- Permite la conformación de una identidad y autoconciencia.

## Trastornos de personalidad

Los trastornos de personalidad son definidos por la APA (2014), como un grupo de trastornos mentales que se caracterizan por patrones persistentes de pensamientos, sentimientos y de comportamiento desadaptativos e inflexibles que afectan significativamente la forma en la que una persona percibe al mundo, la manera en la que se relaciona con sus pares y su comportamiento en la vida diaria.

Durante el siglo XIX, se tenía como concepto a los trastornos de personalidad como “personalidad anormal o psicopatía”, era entendida como una afectación moral, degeneración o locura moral, en la que el individuo tenía principios y valores que no encajaban en la sociedad (Schneider, 1980).

En la actualidad, se entiende como trastorno de personalidad como un patrón estable, permanente e inflexible de conductas desadaptativas, que se originan como consecuencia de una respuesta desfavorable al estrés que se deriva de situaciones cotidianas o comunes que todas las personas pasan en algún momento de su vida; un patrón de comportamientos que se desvía notablemente de los cánones culturales de alguna región. (Hales, 1995).

El comportamiento de las personas que experimentan estos trastornos de personalidad se aparta de cualquier expectativa cultural del sujeto y esta encaja en limitaciones en las áreas laboral, personal, social, familiar, amorosa sexual, en muchos casos siendo estos patrones de conducta y comportamiento perjudiciales y derivan a un malestar clínicamente significativo. (APA., 2014).

### Clasificación de los trastornos de personalidad

La clasificación que se encuentra en DSM-V (APA., 2014) sobre los trastornos de personalidad se las clasifica en tres grupos, de la siguiente manera:

**Tabla 3**

*Clasificación de los trastornos de personalidad según el DSM-V.*

<b>CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SEGÚN EL DSM-V</b>		
<b>GRUPO A</b> (TRASTORNOS EXCÉNTRICOS O RAROS)	<b>GRUPO B</b> (TRASTORNOS DRAMÁTICOS, EMOCIONALES O ERRÁTICOS)	<b>GRUPO C</b> (TRASTORNOS ANSIOSOS O TEMEROSOS)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno esquizoide</li> <li>• Trastorno esquizotípico</li> <li>• Trastorno paranoide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno límite</li> <li>• Trastorno narcisista</li> <li>• Trastorno histriónico</li> <li>• Trastorno antisocial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno dependiente de la personalidad</li> <li>• Trastorno obsesivo-compulsivo.</li> <li>• Trastorno de personalidad por evitación</li> </ul>
--	---	---

### **Trastorno de personalidad dependiente**

El trastorno de personalidad dependiente según lo que se establece en el DSM-V (APA., 2014), refiere a un patrón de comportamiento en donde se evidencia una fuerte necesidad dominante y excesiva de que cuiden a la persona, lo que lleva a tener un comportamiento sumiso y de apego exagerado y un fuerte miedo a la separación.

Para su diagnóstico, el DSM-V (APA., 2014) refiere que deben existir por lo menos 5 más criterios para certificar su existencia en una persona, entre los que se encuentran:

1. Le cuesta tomar consejos de la cotidianidad sin el consejo o aprobación de otras personas.
2. Necesita a los demás para asumir responsabilidades en ámbitos importantes de su vida.
3. Tiene dificultad para expresar desacuerdos o puntos de vista diferentes por temor a perder su apoyo o a ser castigado.
4. Presenta dificultad para iniciar proyectos personales o realizar actividades por su cuenta por desconfianza.
5. Realiza acciones o se encuentra en situaciones desagradables para el individuo para obtener aceptación de los demás.
6. Temor o rechazo a la soledad.
7. Al finalizar una relación busca con urgencia otra relación o busca con urgencia a su pareja.
8. Preocupación no realista hacia el temor de ser abandonado/a de la relación.

Para Martínez (2011), en este trastorno de personalidad existen tres subtipos diferentes los cuales son, el compulsivo, el pasivo agresivo y el dependiente- evitativo, parte de este estudio reconoce que muchas personas con este diagnóstico son desorganizadas con el fin de buscar que otras personas les ayuden a organizar sus vidas e inclusive a apoyarles en la toma de decisiones en su vida, y pueden llegar al consumo de drogas para lograr la atención de los demás.

## **METODOLOGÍA.**

Para este estudio de caso, se seleccionó un diseño biográfico narrativo documental con la finalidad de explorar la problemática a través de los datos existentes, este diseño permite la recolección de la información a partir de los registros de las sesiones clínicas en el sistema PRASS- RDACCA del Ministerio de salud pública del Ecuador, los cuales detallan el motivo de consulta, antecedentes y herramientas utilizadas, se trata de un estudio no experimental, ya que no se manipulan variables, en cambio el análisis se basa en la descripción detallada de los datos obtenidos.

Por su temporalidad, este estudio de caso es de corte transversal, dado que la información se recolecta un solo momento.

En lo que corresponde a los procedimientos de investigación para el presente estudio de caso, se utilizó un enfoque cualitativo, basado en el método biográfico, ya que los datos que se utilizaron en esta investigación se obtienen de los registros de sesiones y las atenciones que se encuentran en el sistema de registro de atenciones médicas del Ministerio de Salud Pública PRASS-RDACCA.

### **Anamnesis.**

#### **Datos generales:**

**Nombre:** Va. Ro. La. Ma.

**Edad:** 34 años.

**Fecha de Nacimiento:** 26/02/1988.

**Sexo:** Mujer.

**Estado Civil:** Casada.

**Número de hijos:** 2 (un hombre y una mujer).

**Escolaridad:** Superior completa (ingeniera).

**Tipo de familia:** Nuclear

Usuaria acude al Servicio ambulatorio intensivo sin acompañante solicitando servicios de psicología, al momento de acudir, se la observa llorando y se encuentra impaciente.

### **Motivo de consulta.**

Al momento de ingresar a psicología se encuentra ubicada en tiempo espacio, se evidencia alteraciones del comportamiento (marcada tristeza e intranquilidad), refiere que necesita atención psicología por tener problemas sentimentales con su esposo, refiere que todos los días existen agresiones físicas y verbales y después de unas horas el trata de pedir disculpas; también refiere que no siente ganas de vivir debido a los fuertes problemas que tiene con su esposo y ya ha tenido tres intentos de quitarse la vida con la ingesta de gasolina y dos veces ha tomado analgésicos.

### **Análisis y descripción del problema.**

#### **Antecedentes.**

Usuaria proviene de familia nuclear, es la segunda de tres hermanos, es única mujer, inicia su relación con su actual esposo a la edad de 16 años (refiere que es su única pareja sentimental), deciden formalizar su relación a la edad de 23 años, mientras realizaba sus estudios de tercer nivel, a los 25 años se incorpora como ingeniera al igual que su esposo. En las sesiones refiere que su esposo empieza a tener cambios de comportamiento, en las cuales era más posesivo, muy desconfiado y le hacía problemas por alguna situación en la que no se sentía cómodo, por lo que optaba por no contradecir alguna opinión o punto de vista para evitar reacciones negativas, a sus 27 años como evento para normativo, refiere haber visto mensajes de texto en el teléfono de su esposo de una mujer a quien le negaba que jamás pasó nada entre ella, tiempo después varios conocidos le habían comentado que habían visto salir de casa de una mujer que era casada, situación que generó su primera separación que duró apenas 6 días, puesto a que se sentía muy desesperada por la ausencia de su marido, regresa a la casa pidiendo disculpas por el momento que hizo pasar, pero desde ese momento refiere que la confianza hacia su esposo había disminuido, refiere que deciden tener hijos, al tiempo de 6 meses de haber nacido su segunda hija, le llega la noticia de otra infidelidad de su esposo con una conocida del lugar de residencia, razón por la que se vuelve a separar por casi tres semanas, en ese tiempo

de separación sentía mucha desesperación por saber cómo se encontraba, por lo que decide buscarlo para regresar, sin embargo al mes de haber regresado se intensifican las peleas en el hogar, los hijos visualizaban golpes e insultos de su padre hacia usuaria, y en una discusión, ella decide tomar un vaso lleno de gasolina, por lo que fue intervenida de urgencia en el Hospital, desde ese momento sentía que ya no quería estar con su esposo, pero no tenía el coraje y la fortaleza para finalizar la relación. Refiere que tiempo después del evento ella decide embarazarse de su esposo con la idea de que “no abandone el hogar de nuevo”, por lo que la noticia del embarazo no fue bien recibida por su esposo, por lo que usuaria manifiesta que desde ese momento empieza a sentir odio, pero no tenía la fortaleza para separarse, a los 6 meses de gestación se enteran por lo médicos que su hijo tiene una condición de malformación, y por ende las probabilidades de vida eran mínimas, situación que genera una fuerte crisis emocional, puesto que su hijo era el vínculo de cercanía sentimental hacia su esposo, su hijo nace el 10 de marzo del 2019, pero fallece el 19 de marzo por complicaciones de salud, dejando a la usuaria con un fuerte dolor emocional, generando que tome una cantidad grande de analgésicos (paracetamol), situación que fue atendida en el hospital de la localidad.

El tiempo transcurre y refiere que después de la muerte de su hijo, el esposo cambia por un tiempo, siendo algo cariñoso y las peleas habían disminuido, pero en la usuaria se empiezan a presentar pensamientos de muerte, refiere que sentía que su vida no valía nada, que no sentía amor por su esposo y solo estaba con él por sus hijos, tiempo después se vuelve a enterar de otra infidelidad y por ese motivo ingiere 7 pastillas de paracetamol, vuelve a ser atendida en el hospital, pero en ese tiempo acude por primera vez a donde un psicólogo pero refiere que abandona el tratamiento por sentir mucha desconfianza.

Cada 19 de marzo era una fecha muy dolorosa para la usuaria, puesto a que todavía guardaba la ropa y juguetes que le habían comprado y se encerraba en ese dormitorio para llorar por la muerte de su hijo, en vista de las problemáticas presentadas, su madre le explica sobre la necesidad de que acuda a un psicólogo para superar el dolor emocional que la agobia, por lo que acude bajo su propia voluntad al centro de salud Cuatro de Mayo de la ciudad de Babahoyo al servicio ambulatorio intensivo, puesto a que en el trabajo ya tenía 3 observaciones debido a su bajo rendimiento laboral, su jefe le aconsejó que acuda a un psicólogo, puesto que su malestar

emocional era muy notorio. Antes de ingresar a psicología, usuaria refiere que ya no quería estar más en su casa, los problemas con su esposo eran muy fuertes, las peleas cada vez más frecuentes y en presencia de sus hijos, sentía que su vida ya no tenía valor y que cada día era una lucha para estar viva.

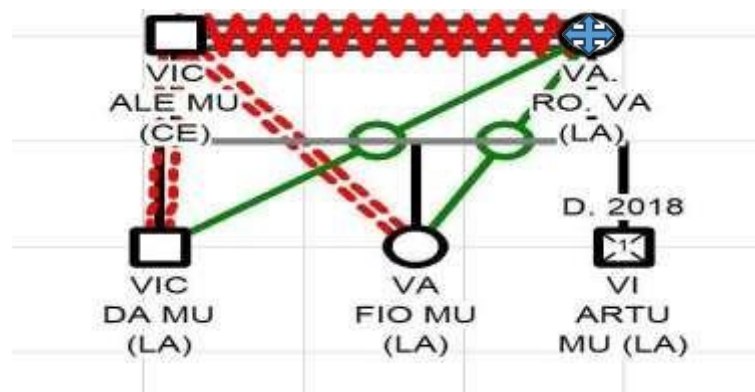
### **Análisis del área personal.**

Se evidencia una autoestima y autovaloración infravalorada, se evidencia inseguridades para tomar decisiones importantes en su vida, necesita de la aprobación y aceptación de otras personas para sentirse bien consigo mismo (Identidad situada en lo externo), vulnerabilidad ante cualquier crítica. Se aplica el cuestionario Salamanca para el screening de trastornos de personalidad.

### **Análisis del área familiar.**

Proviene de familia nuclear, tiene dos hijos, se evidencia dificultad para tomar decisiones importantes en la familia, predomina la violencia física y verbal entre los miembros del hogar, ausencia de manifestaciones de cariño y afecto, no se respetan intereses personales, ausencia de actividades agradables en familia, se aplica para evaluar esta área el cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar FF- SIL.

### **Familiograma.**



### **Análisis del área amorosa- sexual.**

Primera y única relación de usuaria, inicia su relación sentimental a los 16 años, y a los 23 formaliza su relación, a esa edad deciden vivir juntos, esposo ha sido infiel por tres ocasiones, generando fuertes problemas en la familia, refiere que actualmente siente odio, pero tiene problemas para tomar decisiones para separarse.

## **Fase diagnóstica.**

### **Ingreso a primera sesión.**

**Fecha:** 08/04/2025

**Objetivo de la sesión:** análisis de demanda y exploración de síntomas.

**Materiales utilizados:** Hoja de apuntes, esferográfico, entrevista abierta, psicometría (BDI-II)

**Puntos para evaluar:** identificación y exploración de síntomas emocionales, conductuales y cognitivos, Anamnesis.

### **Análisis funcional de la conducta**

#### **Antecedentes.**

##### **Predisponentes:**

- Única relación sentimental que ha mantenido la usuaria a lo largo de su vida no ha tenido más relaciones sentimentales.
- necesidad de aprobación de acciones de familiares y esposo.
- no expresar ideas o pensamientos por temor a críticas
- sumisión en toda su vida
- muerte de su hijo a los días de nacer (2019)
- infidelidad de esposo por 4 ocasiones
- 3 intentos suicidas por problemas con esposo (ingesta de gasolina, dos veces ha tomado pastillas (analgésicos)

##### **Precipitantes:**

- insultos y agresiones en las mañanas en vista de sus hijos
- llamados de atención en el trabajo por falta de rendimiento

#### **Respuestas.**

##### **Fisiológicas:**

- pérdida de apetito considerable
- dificultad para dormir por lo menos 5 horas
- agitación
- irritabilidad

- dolor de cabeza

**Cognitivos:**

- sentirse inútil y sin logros
- desvalorización
- autocríticas
- no poder concentrarse en el trabajo por recuerdos del pasado
- ideas suicidas
- temor a que esposo la abandone
- temor a que su esposo le regañe
- esperanza a que su esposo cambie su manera de ser hacia ella.

**Motores:**

- llamadas de atención en el trabajo
- disminución de actividades personales y familiares
- disminución de actividades físicas y recreativas

**Consecuencias:**

- llamados de atención del jefe de área
- aislamiento
- evitación
- querer morir para dejar de sufrir

**Hipótesis de origen.**

Relación conflictiva con esposo, muerte de su hijo en el año 2019, disfuncionalidad familiar debido a las múltiples situaciones de infidelidad y tres intentos suicidas sumados a los rasgos personalógicos patológicos desarrollados en su ciclo de vida, han generado trastornos emocionales y dependencia afectiva emocional

### **Hipótesis de mantenimiento.**

Las dificultades presentadas para afrontar eventos adversos, más las dificultades para expresar ideas u opiniones por temor a recibir daño físico o psicológico; rencores que se han mantenido en el tiempo sin poder expresarlo.

se procede con aplicación de psicometría y análisis temporal de usuaria:

- Aplicación de Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II).
- Ubicación temporal espacial: usuaria se encuentra ubicada en el pasado (muerte de hijo, recuerdos de infidelidad).

Por las situaciones que se presentan en la primera sesión, se establece un acuerdo para que la siguiente sesión acuda un familiar de confianza para realizar un acuerdo para evitar cualquier acción autolítica, se procede con interconsulta al área de medicina familiar para referir caso a psiquiatría en el Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo, se explica la importancia de registro de pensamientos para conocer sus creencias rígidas.

### **Ingreso a segunda sesión.**

**Fecha:** 15/04/2025

**Objetivos de la sesión:** analizar los factores de riesgo asociados al inicio y mantenimiento del problema, incluyendo acontecimientos vitales estresantes, cambios relevantes y la evaluación de factores relacionados con la conducta suicida y los rasgos de personalidad

**Puntos analizados:** acontecimientos vitales estresantes, cambios relevantes, evaluación de factores en relación con la conducta suicida, evaluación de rasgos psicológicos.

**Materiales:** Hoja de apuntes, cuestionario Salamanca para el screening de trastornos de la personalidad.

### **Ingreso a la tercera sesión.**

**Fecha:** 22/04/2025.

**Objetivo de la sesión:** evaluar características de afrontamiento y valoración de funcionamiento familiar.

**Puntos analizados:** se procede con revisar registros de conducta y pensamientos, y en base a la información obtenida se procede con el análisis de sus estilos de afrontamiento ante los problemas presentes, si percibe que cuenta con redes de

apoyo, se utiliza para evaluar su percepción familiar con la aplicación del cuestionario para evaluación del funcionamiento familiar FF- SIL.

### **Ingreso a cuarta sesión.**

**Fecha:** 29/04/2025

**Objetivo de la sesión:** devolución de resultados.

**Materiales:** hoja de apuntes, entrevista abierta.

**Puntos analizados:** se procede con la explicación de los resultados obtenidos en la fase diagnóstica, y se explican los procedimientos que se utilizará en la fase de intervención.

### **Descripción de las pruebas y herramientas de evaluación.**

Para obtener información relevante que sirva para la formulación diagnóstica, se utilizó la entrevista abierta, el inventario de depresión de Beck- II, el cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar FF- SIL, y el cuestionario Salamanca para el Screening de trastornos de personalidad.

#### **Entrevista clínica.**

La entrevista clínica es una técnica de recopilación de información utilizada en la psicología, y su objetivo es la obtención de datos relevantes, en el presente estudio de caso se utilizó la entrevista abierta para obtener datos cualitativos del problema que aqueja a la usuaria.

La utilización de esta herramienta permitió identificar los signos y síntomas presentados en la anamnesis.

#### **Inventario de depresión de Beck-II.**

El inventario de depresión de Beck; segunda versión, es un instrumento que consta de 21 ítems, y su propósito es evaluar la gravedad de la sintomatología de la depresión en adultos y adolescentes con una edad mínima de trece años. En cada uno de los ítems, el usuario debe elegir una de las alternativas que se encuentran ordenadas desde la menor hasta la mayor gravedad de los síntomas.

#### **Cuestionario Salamanca para el Screening de trastornos de la personalidad.**

El cuestionario de Salamanca se utilizó como un instrumento auxiliar y orientador para la exploración cualitativa de la sintomatología de la paciente. El objetivo no fue obtener un puntaje o un diagnóstico concluyente, sino que sus 22 ítems sirvieron como una guía para la entrevista clínica y para la recolección de información relevante sobre las características de los trastornos de la personalidad. De esta forma, las

respuestas de la paciente facilitaron la identificación de áreas problemáticas que fueron exploradas a mayor profundidad a través de la historia de vida redactada y el análisis de la historia clínica, lo cual es coherente con el enfoque narrativo y biográfico de este estudio de caso.

### **Análisis funcional de la conducta.**

El análisis funcional de la conducta es una herramienta muy importante que permite al psicólogo identificar las conductas que generan problemas en el usuario sin dejar de lado el contexto en que se desarrolla y las consecuencias, esta herramienta permite organizar la información más relevante en la se analiza los antecedentes y consecuencias de la conducta, a su vez permite formular hipótesis para comprender el Génesis del problema presentado.

Los resultados obtenidos en el análisis funcional fueron los siguientes:

### **Análisis funcional de la conducta.**

#### **Antecedentes.**

##### **Predisponentes:**

- Única relación sentimental que ha mantenido la usuaria a lo largo de su vida no ha tenido más relaciones sentimentales.
- necesidad de aprobación de acciones de familiares y esposo.
- no expresar ideas o pensamientos por temor a críticas
- sumisión en toda su vida
- muerte de su hijo a los días de nacer (2019)
- infidelidad de esposo por 4 ocasiones
- 3 intentos suicidas por problemas con esposo (ingesta de gasolina, dos veces ha tomado pastillas (analgésicos)

##### **Precipitantes:**

- insultos y agresiones en las mañanas en vista de sus hijos
- llamados de atención en el trabajo por falta de rendimiento

#### **Respuestas.**

##### **Fisiológicas:**

- pérdida de apetito considerable
- dificultad para dormir por lo menos 5 horas
- agitación

- irritabilidad
- dolor de cabeza

**Cognitivos:**

- sentirse inútil y sin logros
- desvalorización
- autocríticas
- no poder concentrarse en el trabajo por recuerdos del pasado
- ideas suicidas
- temor a que esposo la abandone
- temor a que su esposo le regañe
- esperanza a que su esposo cambie su manera de ser hacia ella.

**Motores:**

- llamadas de atención en el trabajo
- disminución de actividades personales y familiares
- disminución de actividades físicas y recreativas

**Consecuencias:**

- llamados de atención del jefe de área
- aislamiento
- evitación
- querer morir para dejar de sufrir

**Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar FF- SIL.**

El cuestionario de funcionamiento familiar FF- SIL es un instrumento que genera pistas para centrar la problemática dentro del núcleo familiar. Para su elaboración fueron seleccionados siete procesos implicados en las relaciones intrafamiliares que son: roles, armonía, cohesión, afectividad, comunicación adaptabilidad, permeabilidad que dieron lugar a los catorce ítems que forman el cuestionario. Para su calificación se procede a dar puntos según la opción seleccionada en la escala de la siguiente manera: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y casi siempre (5 puntos). La sumatoria de estos puntos dan como resultado un diagnóstico de funcionamiento intrafamiliar.

### **Diagnóstico.**

Los resultados que se obtuvieron en la fase diagnóstica más la interpretación de las escalas aplicadas en este estudio de caso, nos dan como resultado que la usuaria presenta los criterios diagnósticos del trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2), mientras que en DSM-V lo refiere como trastorno de depresión mayor (293.23), en donde refiere sentirse triste la mayor parte del día, con una marcada anhedonia, percepción de fracaso y de castigo, teniendo en cuenta que ha tenido tres intentos suicidas y se encuentra en una situación en donde piensa en la muerte como una salida de sus problemas, parte del resultado se confirma con la aplicación del inventario de depresión de Beck, en donde obtiene un resultado 46 (depresión grave). En las entrevistas que se realizó, se pudo evidenciar que dentro de su estructura personalógica muestra dificultad para tomar decisiones relevantes en su vida, manifiesta temor a que su esposo la abandone, a pesar que existía evidencia de varias infidelidades, las autocríticas y percepciones distorsionadas de su yo hacen que su autoestima y autovaloración se encuentren infravaloradas, también se evidencio que su autoestima y autovaloración depende mucho de la opinión de las personas, dando como resultado los síntomas diagnósticos del trastorno de personalidad dependiente (F60.7 en CIE 10) 301.6 en el DSM-V; se complementa el diagnóstico con la aplicación del cuestionario salamanca para el screening de trastornos de personalidad en donde se evidencia rasgos de dependencia.

Para complementar el diagnóstico, también se utiliza la evaluación del funcionamiento familiar FF- SIL, en donde se evidencia ausencia de muestra de cariño en el hogar, no se respeta intereses y puntos de vista en la familia del usuario, no predomina la armonía en el hogar de la usuaria.

### **Diagnóstico diferencial.**

Para el diagnóstico del trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos, se descarta que sea un trastorno del ánimo debido a la ausencia de alguna patología médica, usuaria no consume alguna sustancia psicoactiva que altere sus emociones, usuaria no registra en sus antecedentes médicos alguna patología médica orgánica-funcional.

A pesar de existir eventos que marcaron significativamente la vida de la usuaria (muerte de hijo, eventos de infidelidad, violencia intrafamiliar), los eventos han

perdurado por mucho tiempo de manera lineal, de tal manera que no encaja con los criterios de un trastorno adaptativo, puesto a que cada evento para normativo ocurrido, lo mantiene a lo largo del tiempo, generando dificultades personales, familiares, sociales, laborales.

Se descarta que presente síntomas de la Distimia, puesto a que por la temporalidad del problema y las circunstancias que se han mantenido de forma continuada por más de 4 años, los síntomas que manifiesta usuaria representan una mayor complejidad y por todo el tiempo se han presentado eventos autolíticos en la usuaria con el fin de “acabar con los problemas”.

Se descarta presencia de trastornos bipolares de tipo 1 y 2, puesto a que los problemas emocionales y por sus características personológicas, no se han presentado crisis maníacas y depresivas a lo largo del tiempo, no ha presentado alteraciones en el pensamiento, alteraciones de lenguaje; se ha mantenido en todo el tiempo los sentimientos emocionales negativos por la dificultad para expresar pensamientos y puntos de vista por temor a la crítica.

Con lo observado en este estudio de caso, se ha evidenciado que los síntomas depresivos marcados, se encuentran muy vinculados con rasgos personológicas identificados en la fase diagnóstica, en las cuales presenta dificultades para tomar decisiones, las dificultades que tiene para dar sus puntos de vista u opiniones por temor a ser cuestionada, su dependencia afectiva emocional hacia su pareja, que a pesar de tener un fuerte rechazo hacia él, trata constantemente de “salvar” la relación por ese temor a separarse de él, sus actividades sociales se fueron deteriorando debido a que debe acatar las decisiones de su esposo, puesto a que al no cumplir con alguna disposición, se generan fuertes discusiones con insultos y golpes.

Su comportamiento de aislamiento se debe a que debe cumplir con mandatos de esposo, sus amistades la pueden ver solo si se encuentra su esposo a su lado, por lo que no cumple con los criterios para un trastorno esquizotípico de la personalidad.

En la fase diagnóstica, no se evidencia que usuaria no presente sospechas de que las personas le quieran hacer daño, ella conoce que su esposo le es infiel, los rencores y resentimientos se deben a hechos para normativos que se han presentado a lo largo de su tiempo, por lo que se descarta síntomas del trastorno paranoide de la personalidad.

**Tabla 4***Diagnóstico diferencial.*

<b>Diagnóstico Diferencial</b>	<b>Argumentos para Descartarlo</b>
<b>Trastorno del ánimo debido a patología médica o consumo de sustancias</b>	No se encontraron antecedentes médicos que justifiquen los síntomas, ni hay evidencia de consumo de sustancias psicoactivas.
<b>Trastorno adaptativo</b>	La sintomatología de la usuaria es crónica y ha perdurado por un tiempo prolongado (más de 4 años), superando la temporalidad de un trastorno adaptativo.
<b>Trastorno depresivo persistente (Distimia)</b>	La gravedad de los síntomas es mayor que la de la Distimia, evidenciada por múltiples intentos de suicidio y la complejidad del cuadro.
<b>Trastornos bipolares (Tipo I y II)</b>	La usuaria no presenta episodios maníacos o hipomaníacos. Su estado emocional negativo ha sido constante, sin fluctuaciones.
<b>Trastorno esquizotípico de la personalidad</b>	El aislamiento social y los comportamientos de la usuaria se deben a la coerción y el control de su pareja, no a un patrón de evitación social intrínseco.
<b>Trastorno paranoide de la personalidad</b>	La desconfianza y los sentimientos de resentimiento de la usuaria están basados en hechos reales (infidelidades y agresiones), no en sospechas infundadas.
<b>DIAGNÓSTICO PRINCIPAL</b>	<b>Trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos.</b>

**Plan de intervención.**

Para el diseño de intervención psicológica se emplea como enfoque terapéutico la terapia racional emotiva conductual, puesto a que para la realización del análisis funcional de la conducta y exploración del problema se toma como punto de partida el método A- B- C en donde se identifica los acontecimientos activadores, los sistemas de creencias que se mantienen con las consecuencias que han generado la problemática descrita en este estudio de caso.

HALLAZGOS	META TERAPÉUTICA	TÉCNICA	NÚMERO DE SESIONES	FECHA INICIO	RESULTADOS OBTENIDOS
Cognitivo	Disminución de riesgo suicida	Reestructuración cognitiva	6	3/1/2023	Se llega al acuerdo de recibir atenciones una vez a la semana, se realiza acuerdo con familiares cercanos para generar estrategias para reducir riesgo suicida, seguimiento mensual con medicina familiar comunitaria por el tratamiento farmacológico. Se utiliza la técnica de reestructuración cognitiva
	Modificación de ideas rígidas que generan autoestima y autovaloración infravalorada,	Reestructuración cognitiva	5	03/06/2025	modificación de ideas rígidas que mantiene sobre su autoestima y autovaloración, que refuerzan ideas de muerte. Esta técnica ayudó para mejorar el autoconcepto y la autopercepción. En el mes de febrero del 2023 toma la decisión de separarse. Se entregó ficha de registro de emociones y se solicitó que escriba lo que sentía o pensaba en un cuaderno. También se trabajó con la modificación de ideas en relación a sus rasgos personalológicos, en las sesiones se evidenciaba mucha resistencia al cambio por las creencias rígidas sobre su autoestima, autovaloración y concepción del mundo. Esta técnica ayudó a

<p>Problemas en habilidades sociales</p>	<p>expresar ideas y pensamientos de forma asertiva, se desarrolle estrategias para afrontar las críticas y opiniones tanto favorables o desfavorables</p>	<p>Modelo cognitivo/ evaluativo</p>	<p>4</p>	<p>26/06/2025</p>	<p>la usuaria a mejorar la calidad de su comportamiento en situaciones familiares y sociales, en donde aprendió a expresar ideas y puntos de vista y a la vez a escuchar comentarios o críticas, se procede con la explicación de las cuatro formas de enfrentar el conflicto social como el servilismo, dominación, evitación y tendencia al compromiso, se realizó</p>
--	---	-------------------------------------	----------	-------------------	--

					juego de roles para reforzamiento de aprendizajes adquiridos
Conductual	Se propone la realización de actividades placenteras o agradables que lleven a obtener esfuerzos o resultados positivos en la usuaria	Activación conductual	4	15/07/2025	La técnica de activación conductual generó estilos de vida saludables y placenteras, a tal punto que se usuaria empezó a frecuentar reuniones sociales y familiares, situación que antes era prohibido por su esposo, usuaria empieza a fijarse objetivos semanales, las cuales se empezó a incluir las actividades físicas y recreativas junto a sus hijos y su madre. Usuaria manifiesta en las sesiones que sentía libertad para decir lo que piensa, y que no se sentía tan controlada, situación que generó que se empiece a tomar decisiones personales para cumplir objetivos
Gestión del tratamiento farmacológico	Se procedió con una interconsulta a medicina familiar comunitaria para la evaluación de la paciente, lo que derivó en su referencia a psiquiatría en el Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo.	Gestión del tratamiento farmacológico	Bajo observación mensual por 5 meses	05/08/2025	Durante el seguimiento que se mantuvo bajo observación mensual por 5 meses, se observó una mejoría emocional y de hábitos de sueño a partir de la segunda semana. La paciente refirió una disminución paulatina de los síntomas ansiosos y una regulación progresiva del estado de ánimo. Los posibles efectos secundarios de los antidepressivos fueron controlados en el

### **Análisis de resultados.**

En este apartado, se explican de forma cualitativa los resultados obtenidos en la fase diagnóstica y en el proceso de intervención psicológica bajo el enfoque cognitivo conductual. Para dar respuesta a los requerimientos clínicos y metodológicos, los hallazgos se presentan estructurados según los instrumentos de evaluación aplicados:

### **Resultados de la entrevista clínica y el análisis funcional de la conducta:**

Mediante la aplicación de la entrevista abierta y el análisis funcional de la conducta, se identificaron con precisión los factores predisponentes y precipitantes del cuadro clínico. Entre los factores predisponentes se destacó la sumisión mantenida a lo largo de su única relación sentimental, la necesidad constante de aprobación, la muerte de su hijo a los pocos días de nacido en el año 2019, múltiples episodios de infidelidad de parte de su conyugue y tres intentos previos de suicidio. Los factores precipitantes incluyeron agresiones físicas y verbales matutinas en presencia de sus hijos y reiterados llamados de atención por bajo rendimiento laboral. A nivel de respuesta, se evidenciaron manifestaciones fisiológicas significativas, como la pérdida de apetito e insomnio, y marcadas respuestas cognitivas caracterizadas por sentimientos de inutilidad, desvalorización, autocrítica severa, e ideación suicida motivada por el anhelo de dejar de sufrir.

**Resultados del inventario de depresión de Beck-II (BDI-II):** la evaluación de la severidad de los síntomas depresivos mediante este test arrojó un puntaje de 6, lo cual confirma objetivamente un diagnóstico de depresión grave. Este resultado cuantitativo respaldó la información cualitativa obtenida en las primeras sesiones, ratificando la gravedad del trastorno, la presencia de anhedonia marcada, la percepción de fracaso y el alto nivel de riesgo autolítico que la usuaria presentaba al inicio de la consulta.

Resultados del cuestionario Salamanca para el screening de los trastornos de personalidad: la aplicación de este instrumento sirvió como una guía auxiliar fundamental para identificar las características patológicas en la personalidad de la usuaria. Se evidenciaron de manera clara los rasgos diagnósticos del trastorno de personalidad dependiente, resaltando una dificultad significativa para tomar decisiones relevantes en su vida, un temor profundo al abandono por parte de su conyugue (pese a las evidencias de infidelidad y violencia) y una autoestima e identidad fuertemente condicionadas a la aceptación de terceros.

### **Resultados del cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar (FF-SIL):**

A través de este instrumento, se corroboró una profunda disfuncionalidad en el núcleo familiar primario. Los resultados permitieron evidenciar la ausencia de manifestaciones de cariño y afecto en el hogar, la falta de armonía, el predominio de dinámicas de violencia física y verbal en la resolución de conflictos, y en la anulación del respeto hacia los intereses y puntos de vista de la usuaria.

### **Perfil de la efectividad del caso clínico:**

#### **Antes: la llegada a la consulta psicológica.**

Usuaría acude a consulta psicológica motivada por los problemas sentimentales con su esposo, presentó un historial de agresión física y verbal dentro y fuera del hogar, se evidenció tres intentos suicidas (dos con analgésicos y un intento bebiendo gasolina).

Los síntomas emocionales al inicio de la intervención psicológica fueron una marcada tristeza e intranquilidad, manifestaba deseos de “dejar de vivir” y que su vida “no tenía sentido”, sentida que cada día era una lucha constante y se evidenciaba una autoestima y una autovaloración infravalorada, inseguridades y una dependencia afectiva emocional externa.

En cuanto a los síntomas cognitivos se incluían pensamientos de inutilidad y fracaso. Tenía una capacidad disminuida para concentrarse en su trabajo debido a recuerdos del pasado. Además, tenía ideas recurrentes de muerte, temor a ser abandonada y la esperanza de que su esposo cambiara.

En cuanto a los síntomas conductuales, se observaba un comportamiento agitado e irritable, acompañado de llanto e impaciencia. Experimentaba una pérdida considerable de apetito y dificultad para dormir. También se evidenció un bajo rendimiento laboral por lo que su jefe le aconsejó buscar ayuda profesional, también se evidenció disminución de sus actividades personales, familiares, sociales.

#### **Durante: el proceso terapéutico y el diagnóstico:**

La metodología de intervención psicológica fue el cognitivo conductual de Aaron Beck, el proceso se basó en un diseño narrativo y descriptivo, donde recolectó información a través del registro de atenciones subidas al sistema PRASS- RDACCA del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y el método biográfico.

Para obtener el diagnóstico, se utilizaron las siguientes herramientas y pruebas psicométricas:

- **Anamnesis:** se registraron los datos de la usuaria y se analizaron los antecedentes del problema y los factores precipitantes y predisponentes.
- **Entrevista clínica abierta:** se aplicó esta técnica para la exploración de los síntomas emocionales, conductuales y cognitivos.

- **Análisis funcional de la conducta:** su aplicación permitió identificar las respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras de la usuaria.
- **Pruebas psicométricas:**
  - **Inventario de depresión de Beck- II (BDI-II):** utilizado para la evaluación de los síntomas depresivos.
  - **Cuestionario de Salamanca:** Empleado para el Screening de los trastornos de personalidad.
  - **Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar (FF-SIL):** aplicado para evaluar el área familiar de la usuaria.

El proceso de intervención incluyó una interconsulta con el área de medicina familiar para derivar el caso a segundo nivel de atención (Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo), además se indicó a la usuaria que realizara un registro de pensamientos para conocer su sistema de creencias rígidas.

#### **Después: resultados y efectividad del plan de intervención.**

En relación con los datos obtenidos en las sesiones clínicas, se procedió con la implementación del plan terapéutico, del cual se evidenció una notable efectividad y una modificación de conducta satisfactoria en la usuaria. A través de las narrativas que se pudo recolectar en cada sesión, se pudo perfilar la evolución en tres dimensiones de su bienestar psicológico: emocional, cognitivo y conductual.

#### **Reducción de la sintomatología depresiva y aumento de la funcionalidad:**

El plan de intervención diseñado mostró efectividad en la disminución de la sintomatología inicial. La usuaria, que al inicio del proceso de intervención mostraba una marcada tristeza y dificultad para modificar pensamientos, sistema de creencias, ideación suicida, reportó una reducción de su sufrimiento percibido. A través de su propio testimonio, se evidencia una revitalización de su estado anímico.

- **Síntomas emocionales:** la tristeza y la intranquilidad inicial fueron reemplazados por una sensación de paz interior y una esperanza renovada. Usuaria expresó mejoría significativa con la percepción de vida, mejoró su autovaloración y auto percepción.
- **Síntomas cognitivos:** las ideas recurrentes sobre la muerte fueron controladas, los pensamientos pesimistas y catastróficos pasaron a una visión más realista y constructiva, refirió no sentirse más un “fracaso”, sino como una

persona más resiliente con los problemas del día a día, mejoró la dificultad para concentrarse en sus actividades laborales.

### **Identificación y reestructuración de pensamientos irracionales.**

El proceso terapéutico, centrado en el enfoque cognitivo conductual, fue la guía para identificar los patrones de pensamientos recurrentes y rígidos, los registros de pensamientos fue una herramienta clave en este proceso, ya que permitió a la usuaria tomar conciencia de los patrones de pensamientos negativos que alargaban el malestar emocional.

Esta fase del proceso evidenció que la usuaria comprendiera como sus pensamientos de inutilidad y dependencia la mantenían en ciclo de abuso y baja autoestima. El logro de este objetivo fue cualitativo: la usuaria ya no es un sujeto pasivo de sus pensamientos, sino que ha desarrollado la capacidad de cuestionarlos y reestructurales, adoptando una perspectiva más funcional.

### **Adquisición de estrategias de afrontamiento y autoeficacia:**

La efectividad del plan de intervención se manifestó en la capacidad de la usuaria para manejar futuras situaciones adversas. Se observó una transición de la dependencia externa a una mayor autoeficacia y asertividad en la toma de sus decisiones y ser consciente y consecuente de cualquier situación que se le presente. La usuaria aprendió a comunicar sus necesidades y a establecer límites saludables, lo que reflejó en una mejora en sus relaciones interpersonales. Debido a todas las situaciones de violencia con su esposo, usuaria toma la decisión de separarse de su esposo y rehacer su vida.

- **Afrontamiento emocional:** la usuaria adquirió técnicas de regulación emocional que le permiten manejar el estrés y la ansiedad de una manera más adaptativa, sin recurrir a comportamientos autodestructivos.
- **Autonomía y toma de decisiones:** se evidencia un fortalecimiento de su capacidad para la toma de decisiones, usuaria se separa de su esposo, cerrando un ciclo de violencia intrafamiliar, generando perspectivas positivas sobre el presente y futuro.

## CONCLUSIONES.

- El trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos en la usuaria se manifestó clínicamente a través de una tristeza profunda, ideación suicida recurrente, anhedonia y pérdida significativa de la funcionalidad emocional y laboral. Se concluye que este cuadro psicopatológico fue directamente agravado y sostenido en el tiempo por su comorbilidad con el trastorno de personalidad dependiente. Esta dependencia afectiva externa, sumada a la inseguridad crónica para la toma de decisiones y el temor a emitir juicios propios, actuaron como factores mantenedores que limitaron severamente su capacidad para protegerse y salir del entorno de violencia intrafamiliar en el que se encontraba inmersa.
- El diseño del plan de intervención, fundamentado en el enfoque cognitivo conductual, demostró ser el encuadre clínico pertinente y científicamente fundamentado para abordar la complejidad de esta comorbilidad. La estructuración de herramientas directivas, como la reestructuración cognitiva y la activación conductual, permitió intervenir de manera sistemática sobre las creencias rígidas de la paciente, facilitando la identificación de sus pensamientos automáticos de inutilidad y promoviendo la sustitución de percepciones distorsionadas por esquemas de pensamiento más realistas y adaptativos.
- La ejecución de la intervención psicológica fue altamente efectiva, logrando como resultado primordial la remisión de la sintomatología depresiva de riesgo y el cese de la ideación suicida. Simultáneamente, la paciente logró modificar la funcionalidad de su dependencia emocional al adquirir estrategias sólidas de afrontamiento, autoeficacia y asertividad. La consolidación de estas herramientas cognitivas y conductuales le proporcionó la autonomía necesaria para tomar la decisión de separarse definitivamente de su cónyuge agresor, logrando cerrar su ciclo de violencia y restaurar su operatividad vital en las esferas personal, familiar y social.

## BIBLIOGRAFIA.

- Alport, G. (1986). *La personalidad: Su configuración y desarrollo*. Barcelona: Planeta.
- Antuanette, G. M. (septiembre de 2021). *Estudio de caso clínico: intervención cognitivo conductual de un caso de trastorno depresivo recurrente con rasgos de personalidad dependiente*. Obtenido de <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/9177>
- APA., A. P. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Barcelona : Msson.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliff: Prentice Hall.
- Beck, A., Rush, A. J., & Shaw, B. (1983). *Terapia cognitiva de la depresion*. Bilbao: RGM.
- Bermudez, J. (2011). *Psicología de la Personalidad*. Barcelona: UNED.
- buendía, L. B. (2018). *Estudio de caso clínico paciente Trastorno depresivo mayor, recidivante, grave sin síntomas psicóticos* . Bogotá: Universidad de San Buenaventura.
- Chavez Karla; Tena Edgar. (2018). *Depresión: manual de intervencion grupal en habilidades sociales*. Mexico: Moderna.
- CIE 10. (2000). *Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-11)*. Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Cordova, R., & Martinez, F. (2020). *LA PERSONALIDAD Y EL EMPRENDIMIENTO EN LA DINÁMICA DE LOS NEGOCIOS FAMILIARES DE LA PARROQUIA LETAMENDI DE GUAYAQUIL*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.
- Efren, M. (2011). *Los modos de ser inauténticos; Psicoterapia centrada en el sentido de los trastornos de personalidad*. Mexico: Revistas Argentina de clinica psicológica.
- Elia, J. (2019). *Manuales MSD*. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es-ve/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-y-adolescentes/rastornos-depresivos-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes?query=Depresi%C3%B3n>
- Galeano, A. T. (2019). *Estudio de Caso Clínico en una Paciente con Trastorno Límite de Personalidad, Comórbido con Trastorno Depresivo Mayor*. Baranquilla: Universidad del Norte.
- González Lugo, S. (2018). *Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor portector*. Universidad Javeriana.
- González Rey, F. (2006). *La personalidad*. La Habana: Universidad de la Habana.
- Hales, R. (1995). *Tratado de Psiquiatria* . Washington D.C: Ancora S.A.
- Merfi, M., & Jenny Palacios, C. G. (2009). *Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición*. Bogotá: San Buenaventura.

- Merfy, M., & Jenny, P. (2009). *Teorías de la Personalidad. Un análisis Histórico del concepto y su medición*. buenaventura: Unversidad San Buenaventura.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Pan Estratégico Nacional de Salud Mental. Comisión de Salud Mental*. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guia Práctica Clínica (GPC)*. Quito, Ecuador: Ministerio de salud Pública.
- Navarra, S. (07 de 2022). *Gobierno de Navarra*. Obtenido de [http://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Mi+enfermedad/Depresion/Afrontar+la+depresion/evolucion+y+desarrollo+depresion/](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Mi+enfermedad/Depresion/Afrontar+la+depresion/evolucion+y+desarrollo+depresion/)
- NIH. (2022). *National Institute on Drugs Abuse*. Obtenido de <https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/la-comorbilidad>
- OMS. (2023). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Pérez, E. (Agosto de 2017). *Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor*. Obtenido de Scielo: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-84472017000200073](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-84472017000200073)
- Rosero, A., & Valarezo, E. (2011). *PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS EN LOS VENDEDORES INFORMALES DE UNA ZONA DEL SECTOR CENTRO – NORTE DE QUITO*. Quito: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR.
- Sandra, C. (2018). *Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes*. Obtenido de Scielo: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322018000400014](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014)
- Schneider, K. (1980). *Las personalidades psicopáticas*. Madrid: Morata.
- Zarragoitia Alonso, I. (2011). *Depresió: Generalidades y particularidades*. la Habana: Ecimed.

ANEXOS.



República del Ecuador

Ministerio de Salud Pública

EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF- SIL

FECHA:

NOMBRE: *Va*

CÉDULA: *12*

a continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado, según se observa en el siguiente cuadro:

	1 Casi nunca	2 Pocas veces	3 A veces	4 Muchas veces	5 Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.		X			
2. En mi casa predomina la armonía	X				
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades			X		
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana			X		
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa		X			
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	X				
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles	X				
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan				X	
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado			X		
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones			X		
11. Podemos conversar diversos temas sin temor	X				
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas		X			
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	X				
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos			X		

*(R// 30)*

*5 6 15 4*





## CUESTIONARIO SALAMANCA PARA EL SCREENING DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Antonio Pérez Urduy, Victoria Rubio-Larrosa, M<sup>l</sup> Teresa Gómez-Casal

www.ietp.com

Nombre y apellidos: <u>Jana [redacted] Mos</u>			
Fecha:	Sexo: <u>M</u>	Edad: <u>[redacted]</u>	Diagnóstico: <u>F322(P)</u> <u>F607(P)</u>
Estado Civil: <u>Casada</u>			
Profesión: <u>Ing.</u>			
Tratamiento:			

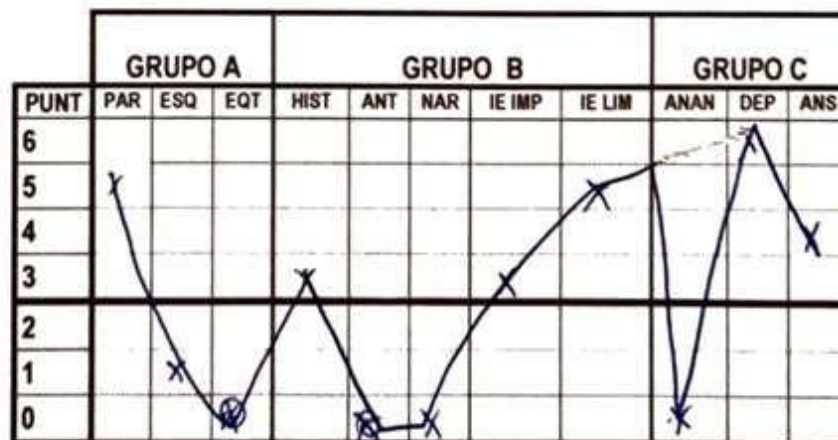
### CORRECCIÓN DEL CUESTIONARIO

Suma el total de los puntos obtenidos en las respuestas verdaderas para cada trastorno y refléjelas en la gráfica. Los ítems correspondientes a cada subescala son:

<b>GRUPO A</b>	PAR	PARANOIDE (ítems 1 y 2)
	ESQ	ESQUIZOIDE (ítems 3 y 4)
	EQT	ESQUIZOTÍPICO (ítems 5 y 6)
<b>GRUPO B</b>	HIST	HISTRIÓNICO (ítems 7 y 8)
	ANT	ANTISOCIAL (ítem 9 y 10)
	NAR	NARCISISTA (ítem 11 y 12)
	IE IMP	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: SUBTIPO IMPULSIVO (ítems 13 y 14)
	IE LIM	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: SUBTIPO LÍMITE (ítems 15 y 16)
<b>GRUPO C</b>	ANAN	ANANCASTICO (ítems 17 y 18)
	DEP	DEPENDIENTE (ítem 19 y 20)
	ANS	ANSIOSO (ítems 21 y 22)

Según la nomenclatura del DSM-IV TR: Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Histriónico, Antisocial, Narcisista y Dependiente.  
Según la nomenclatura del CE-10: Trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo, Trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite, Anancástico y Ansioso.

Refleje la puntuación en el siguiente gráfico:





11. Soy especial y merezco que me lo reconozcan.

0

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	<del>F</del>
	1	2	3	

12. Mucha gente me envidia por mi valía.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	<del>F</del>
	1	2	3	

13. Mis emociones son como una montaña rusa.

3

<del>V</del>	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	<del>3</del>	

14. Soy impulsivo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	<del>F</del>
	1	2	3	

15. Me pregunto con frecuencia cuál es mi papel en la vida.

<del>V</del>	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	<del>3</del>	

16. Me siento aburrido y vacío con facilidad.

5

<del>V</del>	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	<del>2</del>	3	

17. ¿Le considera la gente demasiado perfeccionista, obstinado o rígido?

0

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	<del>F</del>
	1	2	3	

18. Soy detallista, minucioso y demasiado trabajador.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	<del>F</del>
	1	2	3	

19. Necesito sentirme cuidado y protegido por los demás.

3

<del>V</del>	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	<del>3</del>	

20. Me cuesta tomar decisiones por mí mismo.

3

<del>V</del>	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	<del>3</del>	

21. Soy nervioso.

<del>V</del>	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	<del>3</del>	

22. Tengo mucho miedo a hacer el ridículo.

4

<del>V</del>	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	<del>1</del>	2	3	



# CUESTIONARIO SALAMANCA PARA EL SCREENING DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa, M<sup>a</sup> Esperanza Gómez Gazol

www.unemi.edu.ec

Este es un cuestionario de screening para la evaluación de los Trastornos de la Personalidad. Conteste según sea su manera de ser habitual y no según se encuentre en un momento dado.  
Ponga una cruz en su respuesta: **V** para verdadero y **F** para falso. En el caso de contestar **V** (verdadero) no olvide señalar el grado de intensidad de su respuesta: **1**. A veces, **2**. Con frecuencia y **3**. Siempre

1. Pienso que más vale no confiar en los demás.

X	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	X	

S

2. Me gustaría dar a la gente su merecido.

X	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	X	2	3	

3. Prefiero realizar actividades que pueda hacer yo solo.

X	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	X	2	3	

I

4. Prefiero estar conmigo mismo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

5. ¿Piensa la gente que es usted raro o excéntrico ?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

O

6. Estoy más en contacto con lo paranormal que la mayoría de la gente.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

7. Soy demasiado emocional.

X	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	X	

3

8. Doy mucha importancia y atención a mi imagen.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

9. Hago cosas que están fuera de la ley.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

O

10. Tengo poco respeto por los derechos de los demás.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

**11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.  
 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.  
 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.  
 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

**12. Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.  
 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.  
 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.  
 3 Me es difícil interesarme por algo.

**13. Indecisión**

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.  
 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.  
 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.  
 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

**14. Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso.  
 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.  
 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.  
 Siento que no valgo nada.

**15. Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.  
 Tengo menos energía que la que solía tener.  
 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.  
 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

**16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.  
 1a Duermo un poco más que lo habitual.  
 1b Duermo un poco menos que lo habitual.  
 2a Duermo mucho más que lo habitual.  
 Duermo mucho menos que lo habitual.  
 3a Duermo la mayor parte del día.  
 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

**17. Irritabilidad**

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.  
 1 Estoy más irritable que lo habitual.  
 Estoy mucho más irritable que lo habitual.  
 3 Estoy irritable todo el tiempo.

**18. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.  
 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.  
 Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.  
 2a Mi apetito es mucho menor que antes.  
 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.  
 3a No tengo en apetito en absoluto.  
 3b Quiero comer todo el tiempo.

**19. Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.  
 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.  
 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.  
 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.  
 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.  
 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.  
 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.  
 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.  
 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.  
 He perdido completamente el interés en el sexo.

20

Subtotal Página 2

# BDI-II<sup>1</sup>

Nombre: Va [ ] as Estado Civil: Casado Edad: [ ] Sexo: Mujer  
Ocupación: Ingeniera Educación: Superior completa Fecha: \_\_\_\_\_

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

## 1. Tristeza

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

## 2. Pesimismo

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

## 3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

## 4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

## 5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

## 6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

## 7. Disconformidad con Uno Mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

## 8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

## 9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

## 10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

Título original: *Beck Depression Inventory (Second edition)*  
Traducido y adaptado con permiso.  
© 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.  
© de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.  
Todos los derechos reservados.

26 Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

1. Problemas y objetivos

Motivo de Consulta: Dura vida a S19 y presentar problemas emocionales		Objetivo general	Objetivos específicos	Indicadores de progreso
<b>Problemas</b> - Problemas con esposa (evidencia en familia) - Problemas cognitivos - Sentirse inútil - Desvalorización auto-crítica - No poder concentrarse en el trabajo - Ideas suicidas → - Quisiera que cambie - no puedo estar sin él - Se enoja si no le va lo que hago	<b>Descritores</b> - Pérdida de apetito considerable - Problemas para dormir - agitación - Irritabilidad - Dolor de cabeza	Evaluar síntomas emocionales y sus consecuencias	- Identificar síntomas físicos/emocionales - Aplicación de técnicas de relajación - Analizar conductas y antecedentes - Diseñar Plan de intervención	
<b>Monitores</b> - Llamador de atención en el trabajo - Disminución de actividades personales y familiares - Disminución de actividad física	<b>Otros problemas identificados</b> - 3 intentos suicidas (beber gasolina, Analgésicos III)			



UNEMI