



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

**PLAN DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA
EN PERSONAS QUE ATRAVIESAN UNA RUPTURA AMOROSA**

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Psicóloga General

Línea de investigación:

Salud integral, determinación social y desarrollo humano

Autor:

Leydi Abigail Suárez Huerta

Directora:

Ps. Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano, Ms.

Ambato – Ecuador

Noviembre 2022

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO
SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

PLAN DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR LA SINTOMATOLOGÍA
DEPRESIVA EN PERSONAS QUE ATRAVIESAN UNA RUPTURA AMOROSA

Línea de Investigación:

Salud integral, determinación social y desarrollo humano

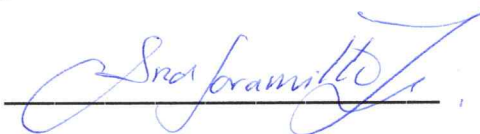
Autor:

Leydi Abigail Suárez Huerta

Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano, Ps. Cl. Mg.

CALIFICADOR

f.



Narcisa de Jesús Villegas Villacrés, Ps. Mg.

CALIFICADOR

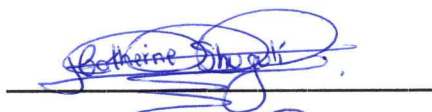
f.



Catherine Nathaly Shuguli Zambrano, Ps. Mg.

CALIFICADOR

f.



Varna Hernández Junco, Mg. PhD.

DIRECTORA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

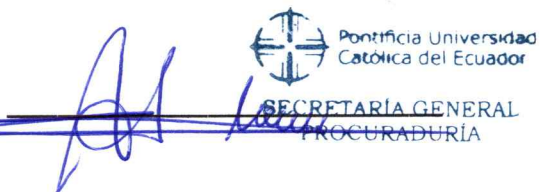
f.



Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

f.



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
SECRETARÍA GENERAL
PROCURADURÍA

Ambato – Ecuador

Noviembre 2022




BIBLIOTECA

DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, **LEYDI ABIGAIL SUÁREZ HUERTA**, con CC. **1718352998** autora del trabajo de graduación intitulado: **PLAN DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PERSONAS QUE ATRAVIESAN UNA RUPTURA AMOROSA** previo a la obtención del título profesional de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**, en la escuela de **PSICOLOGÍA**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENECYT en formato digital una copia de referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, noviembre 2022


LEYDI ABIGAIL SUÁREZ HUERTA
CC. 1718352998

DEDICATORIA

En primer lugar, a Dios quien es la principal razón de mi inspiración y quien me ha dado la fuerza para culminar durante esta etapa de mi vida hasta alcanzar uno de las metas de mayor trascendencia para mí.

A mis padres, por su amor sacrificio, trabajo y por ser la motivación en la realización de mis sueños

A mis hermanas, Jazmín, Karlita y Tania, y a mis sobrinos por ser un pilar importante para mí; gracias por su apoyo incondicional.

A mi mami Esildita, que, aunque ya no se encuentre físicamente conmigo, sus oraciones y sus consejos siempre atesoraré en mi corazón, siempre voy a dedicarle mi esfuerzo y a hacerla parte de mis logros, hasta que nos volvamos a ver

.

AGRADECIMIENTO

Le doy gracias a Dios sobre todas las cosas, Él es ha sido mi fuerza en la debilidad, mi refugio en las tristezas, mi prosperidad en la escasez, mi mejor amigo y maestro en instruirme en la carrera más importante, la carrera de la vida.

A mis padres por sus esfuerzos en brindarme la mejor herencia que me pudieron dar, las puertas al conocimiento, al estudio y a ser una profesional.

A mi familia, que siempre estuvo en cada parte de mi proceso hasta culminar con este logro académico.

Finalmente, extendiendo mi agradecimiento a la Pontificia Universidad Católica Sede Ambato, por las oportunidades brindadas a lo largo de mi carrera.

RESUMEN

En la actualidad es evidente que las rupturas amorosas obligan a las personas a travesar etapas de duelo que son difíciles de sanar. Se realizó un plan de intervención para disminuir la sintomatología en personas que sufren de depresión por causa de una ruptura amorosa. Los resultados obtenidos a partir de la validación de expertos en la propuesta del plan de intervención fueron muy buenos, con el fin de ayudar a las personas a saber emplear herramientas psicológicas para disminuir la sintomatología depresiva en base a la utilización de técnicas, con el objetivo de conseguir su propio bienestar a través de la autogestión de conductas. Con el fin de lograr un cambio de percepción en cuanto al mundo, de sí mismo y del problema. Por tal motivo, esta propuesta de intervención se desarrolló en los pacientes del centro de salud Santo Domingo 23D01 en la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas, donde la muestra como objeto de estudio fueron 20 personas de entre 20 y 45 años de ambos sexos. La investigación se centró en un enfoque cognitivo conductual, de tipo cuantitativo, no experimental, alcance descriptivo y de corte trasversal. Se aplicaron instrumentos como la ficha sociodemográfica para el análisis de la situación social de los individuos participantes y el Inventario de Depresión de Beck para la evaluación del diagnóstico de síntomas depresivos de dicha muestra poblacional. Los resultados obtenidos son depresión leve 15%, depresión moderada 40%, depresión severa 45% en al cual prevaleció con más alto puntaje la depresión severa.

Palabras clave: depresión, sintomatología, plan de intervención, sufrimiento

ABSTRACT

Nowadays, it is evident that romantic breakups force people to go through stages of grief that are difficult to heal. In this context, an intervention plan was developed to reduce the symptomatology in people suffering from depression due to a breakup. The results obtained from the validation of experts were very good, in order to help people to identify how to use psychological tools to reduce depressive symptomatology based on the use of specific techniques in this area, so that they can achieve their own emotional well-being by self-managing their behaviors and achieving changes of perception in their cognition. For this reason, this intervention proposal was developed in patients of the Santo Domingo 23D01 health center in the city of Santo Domingo de los Tsáchilas, where the sample as the object of study was 20 people between 20 and 45 years of age of both genders. The research focused on a cognitive-behavioral, quantitative, non-experimental, descriptive and cross-sectional approach. In addition, instruments such as the sociodemographic card for the analysis of the social situation of the participating individuals and the Beck depression inventory for the evaluation of the diagnosis of depressive symptoms of this population sample were applied. The results obtained are mild depression 15%, moderate depression 40%, severe depression 45%.

Keywords: depression, symptomatology, intervention plan, suffering.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA.....	7
1.1. Depresión	7
1.2. Relaciones amorosas	24
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	30
2.1. Paradigma, Modalidad y Alcance	30
2.2. Técnicas e Instrumentos	31
2.3. Población.....	36
2.4. Procedimiento metodológico	38
CAPITULO III: RESULTADOS	41
3.1. Análisis de los resultados	41
3.2. Explicación de la idea a defender.....	42
3.3. Propuesta de intervención psicológica	42
3.4. Fases de la propuesta de intervención psicológica	48
3.4. Valoración de la propuesta de intervención psicológica por expertos	63
CONCLUSIONES.....	65
RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	73

INTRODUCCIÓN

La siguiente investigación para desarrollarse está establecida bajo la línea de salud integral determinación social y desarrollo humano, con la finalidad de elaborar un plan de intervención para disminuir la sintomatología depresiva en personas que atraviesan una ruptura amorosa. En la actualidad, se observan casos muy usuales de personas que producto de terminar sus relaciones amorosas se ven afectadas emocional, física y psicológicamente, que dan lugar a cuadros depresivos muy fuertes. Atravesar por una ruptura amorosa tiende que la persona a tener sintomatologías depresivas, y no existen las herramientas subjetivas suficientes para superar dicho duelo.

Es importante conocer que el factor que ocasiona dichas repercusiones desde el punto de vista sentimental es el amor. El amor, ha sido un tema de estudio que ha despertado mucho interés en el hombre y ha influenciado de gran forma a la sociedad en general. El ser humano como ser relacional establece múltiples conexiones con sus pares. El amor es un espectro cultural, biológico y hasta psicológico, por lo tanto, tiende a manifestarse como una conexión diferente de persona a persona. Este fuerte vínculo, en algunos casos suele sentirse inherente al mismo, es un sentimiento único y a la vez complejo (Barajas, Cruz del Castillo y Mirian, 2017).

Existen diversidad de definiciones y múltiples criterios asociados desde la antigüedad a la relación sentimental de pareja, desde el punto de vista en, que se relacionan emocional, social y psicológicamente una mujer y un hombre, en donde se encuentra variables tales como, una misma búsqueda por alcanzar un mismo objetivo a futuro, al igual que en el deseo de formar una familia, la unión matrimonial, y de esa misma forma la demostración de amor y de lealtad. En las etapas del desarrollo humano como la adolescencia o en la etapa de la juventud, se generan en las personas transformaciones en diferentes ámbitos como el social, económico, físico, psicológico y biológico.

Simultáneamente en dicho proceso se comienzan relaciones a nivel interpersonal que van a influir de manera significativa en el desarrollo personal. Entre las etapas, que se, experimentan existen varias de ellas en donde se encuentra una fuente que

produce alegría y paz, o una sensación de tranquilidad o satisfacción para cada uno de los que componen, como lo es el noviazgo. Esta etapa es indispensable para el crecimiento personal y el ámbito social de cada persona, el dialogo asertivo, y el entendimiento mutuo en las cuestiones que demanden cooperación en conjunto. (Alzugaray, Cisternas, Espinoza, Garabito y García, 2019).

Para los jóvenes y miembros en general de dichas relaciones sentimentales es de suma interés el mantener la unión y la armonía. En consecuencia, la desaparición de este vínculo genera melancolía, tristeza, ansiedad, dolor y de repercusiones negativas generales que influyen en el bienestar físico y en la salud mental de quien se ve involucrado en dicha disolución. Por este motivo, uno de los acontecimientos más agobiantes y dolorosos en la vida de una persona es el rompimiento de una relación amorosa. Más allá del dolor emocional, se generaliza hasta el punto de ser crónico a nivel físico, cognitivo y psicológico. La principal consecuencia es el desemboque de sintomatología depresiva, producto de la ansiedad y tristeza emocional que atraviesan las personas.

Una enfermedad muy frecuente en la actualidad es la depresión, pues por lo general suele ser de tipo crónico y se necesita un largo periodo de tiempo de asistencia psicológica. Parte del afrontamiento del duelo y la ruptura sentimental, son los sentimientos de tristeza y de depresión experimentados por quienes estuvieron involucrados en el vínculo emocional que existía, pues son la derivación de las expresiones afectivas frecuentes y que suceden con normalidad. En tal virtud, conocer de forma más analítica y profunda, es de mucha utilidad para la elaboración de planes preventivos de intervención y de asistencia terapéutica para los individuos que las necesiten (Buss y Perilloux, 2008).

A fin de abordar los casos de personas que sufren por depresión por una ruptura amorosa, es importante conocer por qué existen esos cuadros depresivos. Sin embargo, los jóvenes consiguen un sentido de identidad al momento de establecer un noviazgo. Es así, como mantienen su intimidad con la otra persona. El noviazgo cubre las necesidades afectivas, e incluso el desarrollo personal que mantienen con su pareja, tales como el respeto, comunicación, amor, confianza, fidelidad, cariño, comprensión, entre otros (Silva, 2005).

El sentimiento con mayor intensidad que experimenta el ser humano es el amor. Por lo que es difícil controlar las emociones 'negativas' a raíz de una separación, más si el sujeto consideraba que, se encontraba en un momento hermoso con la pareja. Es por ello, cuando existe una ruptura amorosa, la persona suelen presente depresión, ansiedad, tienen a presentar una inestabilidad emocional porque se vuelven dependiente a esa persona. Existe la probabilidad de recuperar su bienestar en corto o largo tiempo según las acciones y decisiones que tomen las personas que atraviesan la ruptura.

EL individuo tiende a establecer su propio concepto de amor a partir, del contexto en el que se ha desarrollado. De esta manera, logra construir sus triángulos relacionales y entender su entorno a partir de estos. En un estudio realizado por García & Ilabaca (2013) lograron determinar varias premisas tales como que, al culminar o finalizar una relación, aquellas personas, que se rodeaban con una red de apoyo social, expresaban sus emociones y mantenían la distancia con su expareja presentaban mejores condiciones de salud y bienestar. A esto se les denomina "estrategias de afrontamiento" a aquellos actos consecuentes que las personas desempeñan frente a una situación o acontecimiento con niveles muy altos de estrés y presión (Lazarus y Folkman, 1986).

Por otro lado, se observó diversos síntomas relacionados a la depresión e indicadores con carga positiva, en conjunto con las emociones negativas, los sujetos se ven afectados por pensamientos traumáticos sobre el evento por causa de la ruptura amorosa. Se denominada rumiación a esta clase de pensamientos, Nolen y Morrow en 1991 indican que la rumiación está compuesta de dos tipos diferentes: rumiación reflexiva y rumiación negativa, que son el brooding y los síntomas depresivos. Autores como, Gross y John (2003) demostraron por medio de un estudio la correlación que existe de forma directa entre la reevaluación cognitiva por medio de indicadores de carga positiva, como el optimismo, por el contrario, una correlación inversa con signos de depresión presente.

Las personas que atraviesan una ruptura amorosa presentan niveles de depresión altos en la ciudad de santo domingo de los Tsáchilas, por lo cual se diseña un plan

de intervención con enfoque cognitivo conductual para la sintomatología depresiva. De acuerdo con, Cova, Rincón y Melipillán (2007) existe una afinidad entre el brooding y la sintomatología depresiva; por lo tanto, es indispensable realizar un estudio en este tipo de población para conocer el tipo de afecciones psicológicas a las que están expuestas. Es importante mencionar que los mismos autores ratifican que, quienes presentan más rumiación son las mujeres en comparación a los hombres.

De este modo se plantea el problema científico: ¿Cómo disminuir la sintomatología depresiva en personas que atraviesan una ruptura amorosa en la ciudad de Santo Domingo? En concreto, el objetivo del estudio presentado es desarrollar un plan de intervención con enfoque cognitivo conductual para la disminución de la sintomatología depresiva en personas que atraviesan una ruptura amorosa en la ciudad de Santo Domingo.

De esta manera, también, se permite evidenciar la relación existente entre la sintomatología de depresión, las técnicas de afrontamiento y la plenitud en vivir, tras la ruptura sentimental de jóvenes adultos. Esta pauta e identificación en las técnicas y habilidades concretas de afrontamiento da como resultado una mejor asistencia en la resolución de los conflictos relacionados a la desunión sentimental en la salud psicológica del paciente.

Por lo cual, a continuación, se desarrolla la propuesta de investigación que consta de tres capítulos. En el capítulo I se encuentra la definición del problema abordado, la depresión, sus causas y clasificación en base a diversos factores, con la finalidad de comprender su procedencia y tratamiento. También, se analiza como un factor relacionado a la problemática, las relaciones sentimentales, genera un sinnúmero de afectaciones psicológicas. Por otro lado, se realiza una clasificación de los tipos de pareja, las fases existentes en una relación, las causas de las rupturas amorosas, en qué consiste el duelo de una relación y las estrategias para afrontarlo, tópicos que nos permiten entender de mejor manera la intención de este proyecto y su aplicación.

En el capítulo II, se desarrolla la metodología a ejecutar mediante un enfoque conductual-cognitivo de tipo cuantitativo, puesto que, se lleva a cabo con

instrumentos, encuestas y cuestionarios para la recolección de datos e información, y en el capítulo III, se elabora la propuesta del plan de intervención, como solución al problema planteado. Se trabajó con 20 personas que atraviesan una ruptura amorosa, a los cuales, se les propuso el plan de intervención y con su respectiva aprobación se procedió a ejecutarlo en 10 sesiones programadas de 1 hora de duración, en donde se desarrolló un diagnóstico para la evaluación de la sintomatología depresiva en cada paciente.

Luego del diagnóstico, se emplearon técnicas individuales según el nivel de gravedad presentado, para su aplicación en la rutina diaria personal, al igual que la formulación de tareas para reforzar cada sesión por medio de actividades a desarrollar en casa. Finalmente se realizó el análisis de los resultados, con base en estos las respuestas fueron favorables, y acordes al programa, pues se consiguió el objetivo de la investigación, pues se disminuyó la sintomatología presentada en los pacientes.

Objetivo General:

- Validar un plan de intervención con enfoque cognitivo conductual para la disminución de la sintomatología depresiva en personas que atraviesan una ruptura amorosa en la ciudad de Santo Domingo.

Objetivos Específicos:

- Fundamentar teórica y metodológicamente planes de intervención para la disminución de la depresión en personas que atraviesan una ruptura amorosa.
- Evaluar la sintomatología depresiva en personas que atraviesan una ruptura amorosa en la ciudad de Santo Domingo.
- Proponer un plan de intervención con enfoque cognitivo conductual para la disminución de sintomatología depresiva en personas que atraviesan una ruptura amorosa en la ciudad de Santo Domingo.
- Evaluar el plan de intervención con enfoque cognitivo conductual para la disminución de sintomatología depresiva en personas que atraviesan una ruptura amorosa en la ciudad de Santo Domingo, por criterios de especialistas.

A fin de conseguir los objetivos planteados la presente investigación se fundamenta bajo un enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo y de corte transversal, correspondiente a la fase diagnóstica con el Inventario de Depresión de Beck. Por otro lado, concerniente a la fase de validación, se aplicó una ficha sociodemográfica a 20 personas que atraviesan esta situación de vida. Se espera al finalizar la investigación, obtener resultados significativos para generar conclusiones y recomendaciones que sirvan como punto de partida para futuros estudios.

CAPÍTULO I: ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Depresión

Definición

De manera global o general la depresión es conocida como un trastorno del estado de ánimo, seguida de un sinnúmero de sintomatología de tristeza persistente. Con base en estudios pertenecientes a la Organización Panamericana de la salud la depresión, es definida como un trastorno habitual o más común de lo normal. Tiene como característica principal presentar síntomas de tristeza constante y pérdida de intereses en las distintas eventualidades que comúnmente disfrutan, al igual que con la imposibilidad de desarrollar las acciones y costumbres de la vida cotidiana, esto se presentan en un lapso de tiempo de 14 días o más.

Además, la depresión se identifica por sentimientos de tristeza, la pérdida o disminución de placer o interés, complejo de culpabilidad o inferioridad, trastornos del apetito, insomnio, cansancio e incapacidad para concentrarse. La depresión se manifiesta de manera crónica o recurrente, por lo que empeora significativamente el desenvolvimiento de la persona para realizar su trabajo o estudio, o hacer frente a su vida diaria (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Clasificación según la Organización Mundial de la Salud

Dentro de los tipos o clasificación se encuentra a los episodios depresivos, en este se encuentra un estado de ánimo deprimido, casi todos los días, durante al menos dos semanas, en este tiempo el sujeto atraviesa problemas en su desarrollo personal, en ámbitos tales como, lo social, financiero, educativo, emocional, personal, entre otros.

En cuanto a la clasificación de la depresión, la Organización Mundial de la Salud, (2021) propone que, la depresión o episodios depresivos se catalogan según su

gravedad en leves, moderados o graves, en base a la duración y la intensidad de los síntomas.

- **Trastorno depresivo de un solo episodio:** El individuo atraviesa un episodio único y sin reiteraciones.
- **Trastorno depresivo recurrente:** El individuo ha experimentado un mínimo de dos episodios de depresión.
- **Trastorno bipolar:** Este tipo de episodio varía con signos maníacos que provocan activación y aumento en la energía, menor tolerancia ante el mínimo estímulo. Esto provoca emociones dicotómicas y desmesuradas en las que la persona pasa del enojo a la felicidad en cuestión de segundos. Asimismo, existe el conjunto de otra sintomatología como la verborrea, insomnio, falta de atención, ideas ilusorias, comportamientos explosivos, eufóricos y acelerados.

Subcategorías de la depresión según la Organización Panamericana de la Salud

- **Trastorno o episodio depresivo mayor:** Se considera como un estado anímico deprimido, pérdida de interés y placer, poca energía; según el número y la intensidad de la sintomatología. Este, se cataloga como trastorno en leve, moderado y grave.
- **Distimia:** Se describe como una manera periódica de sintomatología depresiva. Los signos de la arritmia son parecidos a los del trastorno depresivo mayor, pero suelen ser menos graves y prolongados.

Categorías de la depresión según Gastón y Navarro

- **Depresión mayor:** Se perciben los síntomas de la depresión en mayor intensidad, se presentan en episodios que van en un periodo de seis semanas hasta los cuatro meses.
- **Distimia (o trastorno distímico):** Se presenta con sintomatología depresiva de menor intensidad, pero son más notables y crónicos, se dan en un lapso mínimo de dos años.

- **Trastorno adaptativo:** Existen síntomas depresivos leves y duran por poco tiempo, debido a, diversos problemas, generalmente es por estrés.
- **Otros trastornos depresivos:** En esta categoría de incluyen los síndromes de depresión que forman parte del grupo de otras enfermedades mentales, como bipolaridad o trastornos de humor y otras enfermedades no psiquiátricas, anemia, esclerosis múltiple, hipotiroidismo, entre otros. (Gastón y Navarro, 2007).

Clasificación de la depresión según los diagnósticos del CIE-10 y DSM V

En la actualidad los trastornos psicológicos, se diagnostican con base a los criterios diagnósticos planteados por el CIE-10 y DSM-V, a continuación, su descripción:

Cuadro 1. Clasificación de la depresión según el CIE-10 y DSM V

CIE-10		DSM-V (Depresión mayor)
En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También, son manifestaciones de los episodios depresivos:		Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.
A.	La disminución de la atención y concentración.	1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
B.	La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.	2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
C.	Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).	3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días
D.	Una perspectiva sombría del futuro.	A. 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
E.	Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.	5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
F.	Los trastornos del sueño.	6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
G.	La pérdida del apetito.	7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
Síntomas depresivos típicos en la depresión	Perdida del interés Perdida de la capacidad de disfrutar Aumento de la fatigabilidad	8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
Depresión leve (el episodio depresivo debe durar al menos durante dos semanas): Dos de los tres síntomas depresivos típicos deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además, de los demás síntomas (A, B, C, D, E, F y/o G)		9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
Depresión moderada (el episodio depresivo debe durar al menos durante dos semanas): Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos, así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas (A, B, C,		B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D, E, F y/o G). Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. (Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica).

Depresión grave sin síntomas psicóticos (El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.): Deben estar presentes los tres síntomas típicos, además, por lo menos cuatro de los demás síntomas (A, B, C, D, E, F y/o G), los cuales, deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. Se puede presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves.

- C. El episodio, no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor, no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco

Leve: Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar, pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.

Moderado: El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para "leve" y "grave."

Grave: El número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.

Fuente: Sánchez y Rojas (2018).

Signos y Síntomas

A través de los años las rupturas amorosas, se han tomado como tabúes o no, se le ha otorgado la importancia necesaria. Dado que, las consecuencias físicas, psicológicas e incluso cognitivas son graves y moderadas, evidentemente dichas consecuencias varían en cada situación. Además, depende mucho de la dinámica que existía en la relación. Atravesar una depresión por terminar una relación se ha vuelto una tarea difícil para muchas personas que acuden a lugares especializados por ayuda psicológica. "La sensación de vacío, bajo estado de ánimo, rumiación constante sobre la pérdida e incluso ideación suicida son en ocasiones síntomas asociados a una pérdida afectiva" (Blanco, 2020). En esta ocasión se cataloga los signos y los síntomas de la siguiente manera: episodio depresivo, episodio depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo.

Signos y síntomas de depresión

Cuadro 2. Episodio Depresivo, CIE-10

-
- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
 - B. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo.
 - C. Criterio de exclusión con más frecuencia: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
-

Síndrome somático

Se considera que algunos síntomas depresivos "somáticos" tienen un significado clínico especial (como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos). Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

- 1) Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes, en actividades que normalmente eran placenteras.
 - 2) Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente provocan una respuesta emocional.
 - 3) Despertarse en la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
 - 4) Empeoramiento matutino del humor depresivo.
 - 5) Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas).
 - 6) Pérdida marcada de apetito
 - 7) Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes).
 - 8) Notable disminución del lívido.
-

Fuente: Pirla, Alonso, Ruiz, Pastor y Dolores, (2022)

Signos y síntomas de depresión (según DSM - IV)

A continuación, se observa el Cuadro 3, sobre los diferentes indicativos de sintomatología de la depresión con cada de sus características:

Cuadro 3. Episodio Depresivo Mayor (F20.200)

<p>A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante un período de dos semanas y representen un cambio respecto del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.</p> <p>B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.</p> <p>C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.</p> <p>D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. Abuso de drogas, medicamentos), ni a una enfermedad médica general (ej. Hipotiroidismo)</p> <p>E. Los síntomas no son mejor explicados por un duelo. Es decir que, tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por un marcado deterioro funcional, preocupación insana con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.</p>

<p>1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el sujeto (ej. Sentirse triste o vacío) u observado por otros (ej. Apariencia llorosa).</p> <p>2) (Marcada disminución del interés o del placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (señalada por el sujeto o por la observación de otros)</p> <p>3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo de peso (ej. variación del 5% del peso corporal en un mes), o bien una disminución o aumento del apetito casi todos los días.</p> <p>4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> <p>5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días (observado por otros, no simplemente la sensación subjetiva de cansancio o de estar enlentecido).</p> <p>6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva inapropiados (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).</p> <p>8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (señalada por el sujeto o por la observación de otros).</p> <p>9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.</p>
--

Fuente: Pirla, et al. (2022)

Se aprecia, a continuación, en el Cuadro 4., se observa, otro de los tipos de trastornos producto de la sintomatología de la depresión.

Cuadro 4. Trastorno distímico

<p>A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años</p> <p>B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <p>C. Durante un período de dos años, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.</p> <p>D. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo</p>
--

<p>1) Pérdida o aumento de apetito.</p> <p>2) Insomnio o sueño excesivo.</p> <p>3) Falta de energía o fatiga.</p> <p>4) Autoestima baja.</p> <p>5) Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.</p> <p>6) Sentimiento de desesperanza.</p>

Fuente: Pirla, et al. (2022)

El Cuadro 5., presenta otra de las consecuencias producto de los síntomas depresivos.

Cuadro 5. Trastorno Adaptativo

A.	La aparición de síntomas emocionales (por ejemplo, se siente triste o vacío) o conductuales en respuesta a un factor estresante identificable tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del factor estresante.
B.	Una vez ha cesado el factor estresante, o sus consecuencias, los síntomas no persisten más de seis meses
C.	Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente, del siguiente modo:
1)	Malestar mayor de lo esperable en respuesta al factor estresante.
2)	Deterioro significativo de la actividad social, laboral o académica

Fuente: Pirla, et al. (2022).

Se detalla en el Cuadro 6., a continuación, uno de los factores característicos más comunes a diferencia de los antes mencionados, de la sintomatología depresiva.

Cuadro 6. El síntoma más característico de la depresión: tristeza

Duración:	Sentir la pérdida de control y grandes dificultades o imposibilidad de motivarse.
Insomnio:	Muy característico de las formas más graves, como despertar precoz (se duerme bien las primeras horas de la noche, y después de madrugada, el paciente se despierta y ya no puede volver a conciliar el sueño).
Temor a la toma de decisiones	
Pensamientos pesimistas	
Sentimientos de culpa	
Pensamientos relacionados con la muerte, como sería mejor que este muerto o que pasa si me muero.	
Ideas suicidas o intentos de suicidio.	

Fuente: Pirla, et al. (2022).

Signos de la depresión

La depresión como una enfermedad es un estado de afección a nivel mental y físico genera cambios significativos a nivel del sueño, el hambre e incluso las ideas sobre sí mismo y el mundo exterior. Es necesario realizar una diferenciación entre tristeza por un evento en particular y la tristeza permanente en un episodio de depresión.

Los seres humanos tras vivir varios episodios negativos a lo largo de la vida sufren cambios en la química cerebral, de manera que genera desbalances evidentes y, el no adecuado tratamiento de estos factores tiene consecuencias inmediatas como la depresión. “La depresión es una enfermedad que debe atenderse médica y psicológicamente mientras que la tristeza es un sentimiento básico de todo ser humano y que su presencia no solo es normal sino natural” (Pérez, 2021, p. 1313), en este sentido es importante conocer los signos de la depresión para no confundir estos términos:

- Dificultad para pensar y concentrarse, bradipsiquia.
- Movimientos con menor fluidez y poca velocidad de ejecución: escasa gesticulación facial y corporal
- Fatiga
- Irritabilidad
- Llanto fácil
- Pérdida o aumento de apetito.
- Anhedonia: conocida como dificultad para sentir disfrute o satisfacción en actividades que antes causaban placer en el individuo.
- Dolor de cabeza
- Malestares estomacales, digestivas
- Dolor en general

Factores de riesgo para la depresión

Existen factores de riesgo relacionados con la depresión, desde biológicos, psicológicos hasta ambientales, los cuales, coexisten entre sí. Estos dan lugar a un efecto de extenuación y cansancio acumulado. Estos se conocen como atributos o condiciones que aumentan la probabilidad de padecer un trastorno depresivo. Por otro lado, otros factores provocan un efecto desencadenante y/o de mantenimiento del trastorno, junto con características similares, tales como la edad, género, temperamento, rasgos de personalidad, estado civil, problemas familiares y los estatus socioeconómicos son algunos de factores de riesgo. (Sánchez y Rojas, 2018).

Factores físicos

Uno de los factores de riesgo que producen alta incidencia en los niveles crecientes de las tasas de depresión, es la interacción de diversos elementos característicos del lugar de procedencia o residencia, tales como la posición social, étnica, económica, la violencia, la inseguridad del entorno, los conflictos políticos o sociales, entre otros afines a este aspecto (González, Gaxiola y Pineda, 2018).

Cabe recalcar que no siempre se presenta un trastorno depresivo en todos los individuos en los, que se manifiesta alguno de los factores de riesgo. Se requiere la actuación de un factor estresante que actúe como desencadenante del trastorno. Algunos de los factores de riesgo son:

Cuadro 7. Factores de riesgo físicos

Estrés y ansiedad elevados durante tiempo prolongado.
Maltrato físico o psicológico en la infancia o en los primeros años de vida.
Enfermedades no psiquiátricas, como las enfermedades endocrinológicas, reumatológicas, cardiovasculares y neurológicas.
El uso de fármacos, destacando los corticoides, el interferón y algunos antihipertensivos.
El uso de fármacos, destacando los corticoides, el interferón y algunos antihipertensivos.
Abuso de alcohol.
Los cambios hormonales

Fuente: Sánchez y Rojas (2018).

Desde hace varios años existe la hipótesis, de que los cambios hormonales experimentados por el sexo femenino en su ciclo menstrual, embarazo, posparto y menopausia, serían un factor detonante para la creciente tasa de incidencia de depresión en las mujeres. Aun, no se conoce cómo los cambios hormonales desencadenan en trastornos depresivos o cómo influyen en su aparición. Si bien el uso de métodos anticonceptivos hormonales no da indicios de predisposición en el auge de trastornos depresivos, cabe la posibilidad de relacionarlo de forma esporádica, a la producción de sintomatología depresiva leve (Sánchez y Rojas, 2018).

Historial de enfermedad mental

Es un trastorno conocido desde hace mucho tiempo. Ha sido empezada a estudiarse desde hace siglos, donde se datan de casos de hace 3000 años, la cual consta de sintomatología continua que acarrea en depresión crónica a partir de la desmotivación o decaimiento ocasional (Sánchez y Sánchez, 2017). Es así, que se considera a la depresión como un estado de agobio patológico el cual surgiría del cruce entre los factores predisponentes y precipitantes.

La depresión se identifica por la evidencia en la presentación sintomatológica de carácter afectivo, al igual que, también, posee la prevalencia en síntomas de carácter somático, volitivo y cognitivo. Por lo tanto, se habla de una afectación física y psíquica,

estos síntomas cambian según la presentación. Esta enfermedad es caracterizada por ser heterogénea y multifactorial, puesto que su etiopatogenia es un conjunto de factores biológicos y ambientales (Gómez, 2019). Las nosologías y clasificaciones internacionales como en el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición (CIE-10).

A principios de 1900-1950: es el comienzo de utilizar la palabra depresión, Louis Delasiauve, fue quien acuñó el término “depresión” como reemplazo del término de melancolía como lenguaje psiquiátrico, al menos a comienzos del siglo XX, se ve la popularidad del término “depresión”, en el cual no es el más usado y compite con otras terminologías acuñadas a comienzos de siglo (no es sino hasta la segunda mitad del siglo XX que “depresión” como el término de mayor uso, por parte al DSM 1 y la CIE 6) (Gómez, 2019).

Utilizado como una de las primeras terminologías “locura maniacodepresiva”, creada por Kraepelin hacia 1904, definida como el conjunto de trastornos emocionales, por lo que la melancolía venía inmersa (cuyo concepto dejó de tener uso cuando se dio cuenta, que se desarrollaban trastornos maniacos en alguna etapa durante la melancolía, en la mayoría de las pacientes) y la debilidad mental. Este fue el fin de la primera mitad del siglo XX, la depresión abandona la totalidad de la tradición melancólica (García, 2017).

Cabe destacar que Beck (1970) quien desarrolló la teoría cognitiva por medio de la cual estableció la trascendencia del estudio de la depresión (Díaz, 2018) cuya definición forma parte de esta investigación en desarrollo, la entiende como el conjunto de pensamientos automáticos presentes en el sujeto que la padece. Como producto de la atención selectiva a los, que se dirige, no son entendidos de la forma ideal a partir de las interacciones psicológicas biológicas y sociales.

Trastornos físicos y mentales crónicos

Algunas enfermedades mentales provocan disminución en la capacidad cognitiva y desgastes que provocan limitaciones en las habilidades psicosociales cotidianas de

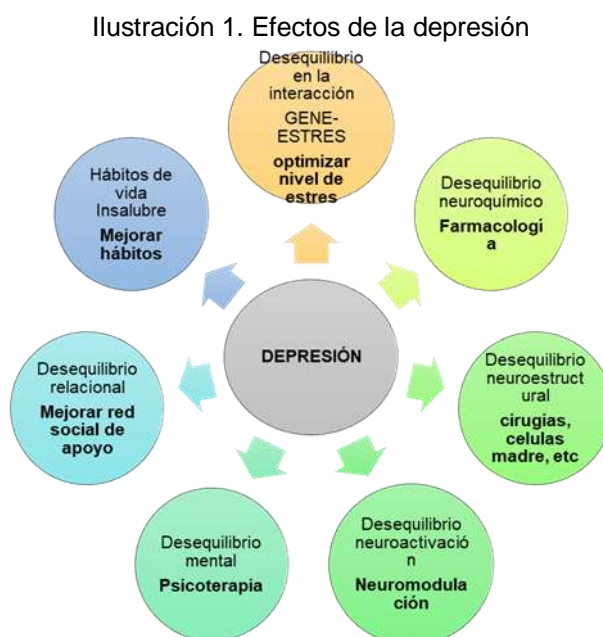
quienes las padecen. Esto tiende a ocasionar fluctuaciones que sucedan en el transcurso de la vida del afectado, con probables variaciones que ocurran en múltiples grados. Es por esta razón, que se las denomina como enfermedades mentales crónicas. (Perona, Salvador, Cuevas y Martínez, 2003). Con la finalidad de combatir estos padecimientos existe una numerosa gama de técnicas, procesos terapéuticos y estrategias rehabilitadoras, cuyo objetivo es disminuir la sintomatología y que el sujeto desarrolle capacidades en ejecución personal y social, de la siguiente manera:

- Disminución o desaparición los síntomas afectantes
- Contribución al desarrollo de las capacidades que aún no logra ejecutar
- Solventar ayuda externa que le proporcione mayor desenvolvimiento.
- Y/o a través de la adaptación de los requerimientos de su ambiente a las facultades desarrolladas hasta el momento (Liberman, 1988).

Dicha gama de estrategias cuenta con los siguientes recursos:

- Los psicofármacos, son empleados desde el aspecto biológico con la finalidad de actuar sobre la bioquímica cerebral relacionada con la sintomatología del individuo.
- Diversos recursos de asistencia terapéutica son llevadas a cabo desde el ámbito psicológico como el entrenamiento en relajación, la psicoeducación cognitiva, el entrenamiento en resolución de conflictos y habilidades de uso diario, el entrenamiento de habilidades sociales, la potenciación de estrategias de afrontamiento, rehabilitación cognitiva, etc. Su finalidad es accionar sobre la deficiencia de habilidades, lo que a su vez brinda la resolución y tratamiento de los síntomas afectantes, los déficits de atención, abstracción y percepción social del individuo.
- En afinidad a las pérdidas estables de competencia personal, interpersonal y psicosocial, en el aspecto social, las cuales, necesitan apoyos externos, que contribuyan al paciente en el desarrollo de su vida respecto a la sociedad. (Perona, Salvador, Cuevas y Martínez, 2003).

Cambios en el estilo vida



Fuente: García, (2017).

Si bien existen como alternativas para la depresión, la aplicación de la farmacoterapia y psicoterapia, éstas, no funcionan con la eficiencia y eficacia, que se requiere en todos los casos. Para desarrollar las estrategias y habilidades que colaboren a la reducción de los signos y sintomatología depresiva, se ven implicadas las intervenciones sobre las distintas áreas personales del paciente, los cuales, actuarán de forma directa en los hábitos diarios, el apoyo de la red de asistencia y en el grado de ansiedad y depresión.

De manera que influye de forma indirecta en las otras áreas puesto que todas ellas están relacionadas por reiteraciones de interacción circular. Por otro lado, la activación cerebral modifica la disposición a iniciar y mantener relaciones sociales, la actividad física suele favorecer a la química del cerebro, mientras que el ritmo de mayor o menor ejecución de la actividad física depende de la neuroquímica (García, 2017).

Factores psicológicos

Surge la necesidad de abordar los distintos detonantes que provocan de forma psicológica sintomatología depresiva, por lo cual a continuación se describen algunas de las causas ligadas al individuo respecto a su entorno, o de forma intrínseca, como parte de él.

Bajo estatus socioeconómico

Diversos factores del entorno en conjunto provocan que con otras situaciones se desencadenen niveles de estrés. Algunas situaciones son los acontecimientos de vida, estos sucesos son vivencias o hechos potencialmente capaces de generar estrés, en circunstancias de múltiples contextos, como sufrir de violencia, sexual, física, ambiental o atravesar por la ausencia de algún familiar. Dicho de otro modo, personas que vivan acontecimientos estresantes tienden a ser prospectos en mayor medida a sufrir de síntomas de depresión en comparación a los individuos que experimentan los mismos eventos en un contexto socioeconómico diferente (González, et al. 2018).

Cuadro 8. Factores de riesgo ambiental o social

Sociales	Familiares
Problemas escolares	Acontecimientos estresantes, pérdidas de un familiar
Dificultades en las relaciones interpersonales, ausencia de amistades.	Acontecimientos traumáticos
Acoso (bullying),	Trastorno psíquico en los padres o tutores
Aislamiento	Trastorno por uso y abuso de bebidas y otras sustancias psicotrópicas de padres o tutores
Emigración, ser refugiados	Conflicto en las relaciones familiares, paterno – filiales
Abandono (sin hogar)	Separación, divorcio o problemas intrafamiliares
Otras circunstancias sociales	Maltrato, abuso físico, emocional o sexual
	Negligencia en cuidados
	Estilos educativos negativos
	Rechazo o escasez afectiva

Fuente: González, et al. (2018).

Los eventos de la vida son agentes más fuertes y más comunes de la depresión en poblaciones de baja forma económica, relaciones entre eventos cotidianos, como la familia, la sociedad y el ámbito educativo, los eventos de vida estresantes relacionados con el aspecto educativo, como los bajos resultados, por otro lado los problemas asociados con la infraestructura de las unidades educativas, que se

encuentran en los campos de baja población económica y algunos recursos desde el punto de vista de la infraestructura y el equipo, son relacionados con los síntomas de depresión de como la edad, el sexo y la estructura de la familia.

Aunque los eventos de la vida en el entorno educativo son muy trascendentales, la mayoría de los detonantes ocurren en la familia en situaciones de violencia física, maltrato verbal o el divorcio de los padres. (González, et al. 2018). Relacionados a los hechos mencionados se encuentran diversos factores como conflictos de ámbito social, el fallecimiento de alguien cercano, la asistencia social inoportuna, la soledad, etc. Es importante mencionar, con base en investigaciones la asistencia social cumple un papel fundamental a la hora de tratar este tipo de problemáticas.

Personalidad

Existen diversos factores que, también, contribuyen al riesgo de padecer depresión como son: Familia y árbol genealógico, los cuales, indican factores hereditarios; los genéticos, poseer en la familia algún miembro de primer o segundo grado que padezca síntomas de depresión, trastorno de ansiedad o bipolaridad. Otro posible factor de riesgo es el contar con un antecedente de abuso de alcohol en la familia. La personalidad, poseer algún rasgo de personalidad que funcione como detonante, como ser una persona excesivamente insegura, ser perfeccionista sobremanera, entre otros. (Hoyos, et al. 2012).

Cuadro 9. Factores de riesgo individuales

Biológicos	Psicológicos
Genéticos	Otros trastornos psíquicos
Sexo	Orientación sexual
Edad	Temperamento
Problemas crónicos de salud	Déficits de habilidades sociales
	Afectividad negativa

Fuente: González, et al. (2018).

Tratamiento para la depresión

Es importante determinar las maneras adecuadas para brindar la debida atención al paciente que sufre de depresión, siempre desde la asistencia profesional como mejor alternativa de solución a las sintomatologías que presenta.

Psicoterapéutico

Psicoterapia cognitiva y conductual, en menor frecuencia, la psicoterapia interpersonal ha comprobado su eficacia como técnica terapéutica en el tratamiento de diversas enfermedades mentales como la depresión. La psicoterapia tiene tres objetivos principales:

- Asistencia en la disminución de sintomatología depresiva.
- La transformación de rasgos de personalidad que ocasionen la existencia de trastornos depresivos.
- Aprender estrategias para el reconocimiento temprano de síntomas y prevención de recaídas. (Hernandez y Barrera, 2021).

Farmacológico

La búsqueda persistente ha permitido en los últimos años, una gran cantidad de fármacos antidepresivos sin precedentes utilizados en la actualidad fáciles de usar, muy eficaz y con muy pocos efectos secundarios. Los antidepresivos más utilizados en la actualidad tienen las siguientes propiedades:

- Eficacia elevada.
- Administración cómoda.
- Escasas interacciones, es decir, existe la posibilidad de recetar esta combinación con prácticamente cualquier otro fármaco.
- No generan dependencia.
- Efectos secundarios escasos y de poca intensidad.

Los antidepresivos funcionan a nivel de normalizar la actividad de los neurotransmisores. Ensamblado los diferentes subtipos dependen del neurotransmisor sobre el que actúan: serotonina, serotonina y noradrenalina, noradrenalina. Los efectos secundarios comunes de los antidepresivos son reversibles, es decir, no importa cuánto tiempo se hayan tomado una vez, que se

suspenden, los efectos secundarios desaparecen, sin dejar nunca secuela (Gastón y Navarro, 2007).

1.2. Relaciones amorosas

Como parte fundamental para la comprensión del estudio en desarrollo, es importante definir y entender el concepto de relación amorosa y las implicaciones que conlleva esta clase de vínculo entre dos personas, por lo tanto, se a continuación se encuentra como primera instancia la definición de esta.

Definición

En los últimos años se han normalizado hasta cierto punto varias definiciones sobre qué es una relación de pareja, desde una perspectiva subjetiva, para este caso de estudio, resulta adecuada hacer hincapié en la categorización, que se hace en la tesis doctoral de la doctora Melero, “Expertos en terapia de pareja aseguran que, hoy en día, una de las características principales que definen una relación de pareja es el sentimiento de compromiso que existe entre sus miembros” (Cavero, Remedios, López y José, 2012, p. 100).

Tipos de relaciones de pareja o amorosas

Convivir día a día con una persona por más entusiasmo o sentimiento de amor que haya de por medio no es una tarea fácil, hay muchos sucesos y factores en la dinámica de la pareja que, van a definir qué tipo de pareja son. Según De Cristóforis (2009) en el libro Amores y parejas en el siglo XXI los vínculos de pareja tienen varias categorías como:

De libre ensamble, parejas virtuales, de adulterios consentidos, parejas “de segunda... tercera vuelta”, parejas homosexuales, parejas “de prueba”, parejas “consensuadas”, matrimonios abiertos, “alone-together” (solos pero juntos), de fidelidades sucesivas, parejas metro flexibles, parejas de soporte, “dinkis” (sin niños), arrimonios, parejas sin

convivencia, “singletons”, parejas de poliamor, parejas contingentes. (p. 288)

Estos son varios tipos de relaciones de parejas, las cuales, se caracterizan con base en distintas características:

Etapas de formación de pareja

Varios estudios indican que el formar una pareja real, es una transición de etapas para pasar de la idealización a la conformación real de la misma. Al reflexionar sobre las palabras del experto psicoanalista Gabriel Rolón cuando hace referencia al amor en pareja, como primer punto, en esta formación, está la fase del enamoramiento y propone tres niveles: en el primero menciona sobre la fase en donde el individuo se enamora y se producen ilusiones, luego la desilusión y al final el acercamiento al amor verdadero (Rolón, 2012).

Pérdida de pareja

Sin duda la pérdida de cualquier vínculo humano en su mayoría de veces representa un dolor para los involucrados en la situación. La pérdida de un vínculo de pareja, no necesariamente es por terminar una relación romántica, también, existen otros motivos como la muerte, una separación forzada, etc. Acorde a una investigación realizada en México, se evidencio que hay varias conductas que conllevan a la pérdida de la pareja, de esta manera, dado un ejemplo, pasar por alto las expresiones de afecto, pérdida de interés y desmotivación.

A nivel marital se determinó qué, los mayores niveles de satisfacción correlacionan con menores niveles de neocriticismo, mayor agradabilidad y actitud positiva frente a la vida; además, de que los miembros de la pareja reportan su relación como feliz, amistosa y llena de confianza, con bajos niveles de miedo por pérdida de la pareja. (Díaz-Loving, Galaz y Rivera, 1986).

Proceso de duelo

Después de terminar una relación amorosa, es normal pasar por un proceso de duelo, este es un tema extenso, que la mayoría de personas adultas han experimentado al menos una vez en la vida. Cada persona vive de distinta manera determinados fenómenos, esto depende de varios factores, como los sociales, económicos, emocionales, situaciones pasadas, etc. Acorde al estudio, Narración del duelo en la ruptura amorosa, desarrollado por Daniela García (2014) se determinó que:

Para la creación de nuevos lazos sentimentales, es necesario y sumamente importante poseer la capacidad de cerrar ciclos de duelos amorosos, continuar con el transcurso de la vida sin estancarse en ello, pues sin estos duelos la persona se queda estancada en una etapa de su vida, comparando vivencias y repitiendo de manera inconsciente la misma situación. (p. 79)

Asimismo, García menciona que, “La ruptura amorosa es un tipo de duelo ambiguo, bastante frecuente en los jóvenes, es así como es una de las experiencias más dolorosas y estresantes, que se puede vivenciar”.

Estrategias de afrontamiento

Carver (1997) hace mención sobre diversas maneras de hacer frente a un acontecimiento altamente estresante específico, Menciona catorce de ellas, entre las cuales, destacan cinco, que se asocian con reencontrarse con la persona que era previo a la relación y encontrar a un individuo distinto para confrontar al estresor:

- **Apoyo instrumental:** Consciente el hecho de solicitar ayuda, apoyo o consejos externos. Con el fin de obtener información a través, de profesionales y personas que posean determinadas habilidades dirigidas a sobrellevar este tipo de fenómenos o alteraciones psicológicas.
- **Apoyo emocional:** Se refiere a la búsqueda de ayuda desde una parte más emocional, es decir, a partir de la comprensión, empatía y simpatía.

- **Desahogo:** Consiste en la libre capacidad de expresarse y descargarse con relación a los sentimientos, emociones, pensamientos e ideas que resultan aversivos. De esta manera el sujeto toma consciencia sobre el un malestar emocional que experimenta y toma las medidas necesarias para salir de esa condición de manera saludable.
- **Humor:** Consiste en incrementar los niveles de dopamina a partir de conductas verbales 'graciosas' que eliminan el malestar a corto plazo, es decir los niveles de estrés y dolor emocional bajan, mediante bromas acerca del estresor, riéndose sobre los acontecimientos estresantes, en consecuencia, se exhiben mofas sobre la situación dolorosa.
- **Religión:** existe una tendencia a considerar las creencias religiosas dados diferentes momentos de estrés, lo cual incrementa la actividad participativa en actos religiosos.

Por otra parte, como consecuencia de acontecimientos altamente estresantes existen estrategias en donde el principal objetivo consciente o inconsciente es aquel de buscar alejarse o mantener la distancia del estresor (Carver, 1997).

- **Auto distracción:** Con el fin de mantener la mente ocupada y no en el estresor, es importante centrarse en diferentes actividades que ayuden a la distracción y recreación, así como en proyectos personales que ayuden a concentrarse en otros temas.
- **Uso de sustancias:** Se refiere al uso de alcohol o de estupefacientes y sus derivados, los cuales, inhiben las emociones y los sentidos de las personas con la finalidad de olvidar la situación dolorosa y/o al estresor.
- **Negación:** No aceptar los acontecimientos y la realidad de la situación estresante.
- **Desconexión conductual:** Ceder en la voluntad para intentar mantener la relación con el estresor, hasta el punto de renunciar a su propio esfuerzo con el objetivo de alcanzar las metas con, las cuales, se interpone al causante del suceso estresante.

En último lugar, existen acciones estratégicas que permiten una carga cognitiva a fin de interactuar con el estresor o recurrir al enfrentamiento conductual contra él (Carver, 1997).

- **Afrontamiento activo:** Tomar la iniciativa con acciones relacionadas directamente al problema. Esto con el fin de incrementar el esfuerzo del individuo para reducir o eliminar al detonador del acontecimiento estresante.
- **Planificación:** ideación de una estrategia para enfrentar al estresor, planifica acciones para poner en práctica, el proceso a llevar a cabo y la ejecución de los esfuerzos a efectuar.
- **Reinterpretación positiva:** encontrar el lado favorable y ver positivamente el problema, con el fin de intentar progresar o madurar a partir del acontecimiento sucedido.
- **Aceptación:** aceptar la realidad de los hechos y estar consciente de ello.
- **Autoinculpación:** culpabilizarse y criticarse a sí mismo por lo ocurrido.

Así también, el individuo afectado por una ruptura necesita lidiar con sus sentimientos y emociones, en mayoría de los casos negativa e intensa, provocadas por el suceso. Para ello, se incurre en estrategias que permitan la regulación de emociones, (Thompson, 1994) entre ellas está, la reevaluación cognitiva, dicha estrategia implica resignificar el hecho estresante, (Andrés, Castañeiras, Introzzi, Juric y Stelzer, 2016) y la supresión de las emociones, que se refiere en mantener el control de la respuesta somática de una emoción (Silva, 2005).

Así también, se observó que la supresión de las emociones posee una correlación de carácter directo en donde se perciben diversos síntomas relacionados a la depresión y de carácter inverso por medio de indicadores con carga positiva. Sumado a las emociones negativas, los individuos afectados, también, se ven invadidos por pensamientos traumáticos sobre el evento por causa de la ruptura experimentada, conjunto a ello sus consecuencias y las razones causantes. De acuerdo con, Gross y John (2003) demostraron por medio de un estudio la relación que existe de forma directa con la reevaluación cognitiva, a través de indicadores de carga positiva, por

ejemplo, el optimismo, y, por el contrario, una correlación inversa con signos de depresión presente

Se le ha denominado rumiación a esta clase de pensamientos según Nolen-Hoeksema y Morrow (1991). También, se ha logrado indicar que la rumiación se subdivide en dos: a) rumiación reflexiva, dirigida a intentar conocer la razón del por qué el individuo ha presentado cambios en sus emociones, conductas y cogniciones.

Por lo tanto, el brooding o también, llamada rumiación negativa, que consiste en repetitivos pensamientos que actúan de forma continua, es decir, se enfoca en la reexperimentación de los síntomas depresivos de forma pasiva o encubierta (González, Nolen-Hoeksema y Treynor, 2003). Para Cova, Rincón y Melipillán, (2007) existe una relación entre el brooding y los síntomas depresivos; también, se ha llegado a la conclusión que quienes presentan más rumiación son las mujeres en comparación a los hombres.

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Paradigma, Modalidad y Alcance

La presente investigación se basa en el paradigma positivista de tipo cuantitativo, Ricoy (2006) señaló que “Los modelos positivistas calificados son de gestión cuantitativa, empírica, racional, sistemática y científico-técnica”. Por lo tanto, el modelo positivista contribuye a la investigación la cual tiene como objetivo comprobar la hipótesis por recursos estadísticos o establecer los requerimientos de una variable específica por expresión numérica. En este enfoque cuantitativo, el conocimiento científico se caracteriza por la racionalidad y la objetividad, basado en cosas observables, manipulables y verificables. (Monje, 2011)

Este estudio tomó como modalidad el tipo cuantitativo porque sustenta las condiciones que cumple al momento de realizar los instrumentos para el proyecto de investigación. Como mencionan Hernández, Fernández, & Baptista (2014) este enfoque se basa en la comprobación de la hipótesis y así ver la recolección de los datos, en la cual se ve la medición numérica y ver los estudios estadísticos para experimentar varias teorías. Asimismo, se realizó la recolección de datos, por medio pruebas psicométricas enfocadas a la medición del fenómeno de manera independiente. Esto admite corroborar los modelos de los comportamientos a las personas, que se les realiza.

Cuando los investigadores, se encuentran en las etapas iniciales de desarrollo de un proyecto de investigación, se posicionan dentro de un paradigma en particular, para guiar el proceso de investigación. Guba y Lincoln (1994) ratifican que es imposible ingresar al campo de la investigación, y la comprensión del investigador del fenómeno de investigación es imposible. El paradigma de los métodos de investigación no tiene una comprensión y un conocimiento claros (Monje, 2011).

El método empleado en esta investigación es de carácter descriptivo, correlacional, y de corte transversal, se aplicó a personas que atraviesan una ruptura amorosa en la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas. La muestra, se obtuvo del hospital

Augusto Egas. Las variables tomadas como punto de partida fueron la depresión y la sintomatología de las rupturas amorosas en la población segmentada.

Es descriptiva porque en esta investigación el punto de interés fue el identificar, acontecimientos, sucesos o hechos a través de las características únicas o distintivas del fenómeno. Hernández, Fernández y Baptista (2010) aluden que el estudio de carácter descriptivo busca indicar los perfiles de comunidades, individuos, las características, las propiedades, procesos, o cualquier otra característica que permita la realización de un análisis. Por lo tanto, solo buscan recoger o medir los datos de forma independiente o en conjunto, acerca de las variables u objetos de estudio a las, que se refieren, pues esta es su finalidad.(Veiga de Cabo, Fuente y Verdejo, 2008).

Lo correlacional, se entiende como una relación establecida entre dos conceptos o variables. Es así como, las investigaciones correlacionales intentan demostrar la relación entre dos variables a partir de su intensidad y su sentido, en el caso que una de las dos variables aumenta, qué ocasiona en la otra variable, o si disminuye qué sucede con la otra, usualmente se trata de dos variables, pero existen casos en donde, se analiza la relación entre dos o más. Salkind (1999) también, contribuye en que la investigación correlacional permite hacer un análisis de relación lineal existente a partir de dos o más variables sin la intención en lo mínimo de atribuir a una variable la reacción analizada de la otra.

Y es de corte transversal dado que, en este diseño, se recoge información en una sola ocasión. El fin es identificar o analizar el fenómeno, por medio de las variables, en una situación dada. Esta metodología no demanda de mucho recurso económico en comparación al longitudinal, no tiene repercusión si existiera abandono de los sujetos o la mortalidad, tampoco existe repercusión en los resultados por la maduración o cambios en función de la edad. (Veiga de Cabo, Fuente y Verdejo, 2008)

2.2. Técnicas e Instrumentos

Con la finalidad de brindar una solución mediante el presente proyecto, se define la metodología y herramientas, que se utilizaran para la segmentación de la población

de estudio, la recolección de datos y análisis de la información recogida, a fin de determinar el tratamiento más factible en los casos encontrados de depresión por ruptura amorosa.

Técnicas

Las técnicas de investigación son las acciones que realizan los investigadores para obtener datos necesarios para su acercamiento a un tema de investigación. Su importancia radica en que es garantía de validez científica. Es la aplicación de una estandarización un tanto normativa a estos modelos de trabajo lo que asegura la validez científica del trabajo de investigación, y así el conocimiento adquirido dentro de la ciencia. (Maya, 2014).

Las técnicas de levantamiento de datos, que se utilizaron en este proyecto son: encuesta, entrevista y observación estructurada. Al igual que técnicas para el análisis de datos como son: estadísticas, asociación libre de ideas, interpretación del discurso y análisis de sociogramas.

Observación estructurada

En opinión de Ander-Egg (2003), la observación tiene dos significados; el primero está asociado a las técnicas de investigación, es partícipe en los procesos de obtención de datos informativos sobre el objeto de investigación desde las humanidades. De manera, que se utiliza los sentidos con cierta lógica relacional de los hechos. En segundo lugar, como herramienta de investigación utilizada sistemáticamente para recopilar datos a través de los fundamentos del método científico, esto permite que se ratifiquen los objetivos de la confiabilidad y validez de la información recogida.

La observación estructurada es una observación metódica, que se apoya en herramientas como guías de observación y diarios de campo mediante el uso de listas precodificadas. De esta manera se obtiene información controlada, clasificada y sistemática. Como en todas las operaciones, es muy importante durante la observación ser consciente y claro sobre el uso de los criterios metodológicos, que se implementan, para dar forma y avanzar en el camino a seguir. cebollas. De este hecho

observado; Es decir, es necesario lograr la metodología más práctica para alcanzar las metas en el tiempo estipulado y de esta forma evitar la presencia de variables ajenas a la encuesta (Guillermo Campos y Lule, 2012).

Entrevista

Esta técnica se diferencia de un diálogo normal en que el entrevistador la solicita explícitamente. De hecho, el proceso de programar una entrevista a veces toma una cantidad significativa del tiempo del entrevistador.

Por otro lado, el entrevistado no suele ser un sujeto casual, sino, que se selecciona cuidadosamente según sus características (si tiene una determinada experiencia, es de un determinado tipo o no, si trabaja o no, etc.). En el presente estudio, el número de encuestados varía, en algunas ocasiones para que los datos, se regulen se necesitan varias docenas de encuestados. Por lo tanto, un gran número de entrevistados va a permitir generalizar los hallazgos. (Tejero, 2021).

Según Tejero (2021), una entrevista estructurada es una entrevista basada en un texto de preguntas, que son esencialmente preguntas abiertas (a diferencia de los literales, que se encuentran en un cuestionario, los cuales, a menudo no son abiertas o tienen varias opciones de respuesta). A todos los encuestados se les hicieron las mismas preguntas con las mismas palabras y en la misma sucesión. Así, el incentivo fue el mismo para todos los participantes y se aseguró que la diversidad en el orden de las preguntas no alterara las respuestas. Sin embargo, los encuestados son libres de expresar sus respuestas.

Encuesta

La investigación cuantitativa generalmente se lleva a cabo a través de encuestas, que es una recopilación sistemática de datos pertenecientes a un conjunto representativo de una población, por medio de un cuestionario preparado con anticipación donde se encuentran las siguientes preguntas: El estándar para medir la distribución de este grupo según varias características. La información recolectada, da lugar a un análisis

cuantitativo, con el fin de identificar y conocer el alcance de problemas sospechosos o parcialmente conocidos (Pimienta, 2022).

Se aplica cuando el objetivo es obtener resultados predecibles para un objetivo en particular. Estos métodos permiten respuestas precisas a preguntas como “cuánto”, “quién”, “con qué frecuencia”, “dónde” o “cuándo” y tienen como objetivo obtener números y ser objetivos sobre hechos, hábitos, comportamientos u opiniones.

Antes de iniciar la investigación de campo, el cuestionario fue probado en un pequeño grupo de la población. Este piloto asegura condiciones de desempeño similares a las del mundo real, por lo tanto, la confiabilidad de las encuestas realizadas en la población de estudio es verídicas. El término confiabilidad según Ebel (1977) "... se refiere a cómo un conjunto de puntajes de prueba mide lo que se supone que debe medir" (Corral, 2009).

Técnicas de análisis estadísticos

En las estadísticas descriptivas se manejan los objetivos para así facilitar la evidencia y ayudar a la demostración objetiva, y de esta forma apoyar a los análisis estadísticos que van a refutar la hipótesis, que se propone. Se da una realidad de la selección y de los resultados de la encuesta elaborada, en la cual se planifica y es exacta para, que se convierta en hechos o cifras.

Para completar y ajustar los resultados, el investigador trata la información de manera consecuente con el fin de mostrar los datos ordenados. De esta forma se sintetizan a través de un proceso simple, en el cual, se interpretan por diferentes investigadores. Los mismos van a emitir revisiones y así como los lectores. La estadística descriptiva se interpreta con varias representaciones que facilitan la investigación en forma de gráficos y tablas. (Rendón, Villasís y Miranda, 2016).

Instrumentos

Se definen a continuación los instrumentos utilizados en esta investigación con la finalidad de recoger datos precisos y necesarios de los sujetos en estudio para el diagnóstico y tratamiento de su sintomatología.

Ficha sociodemográfica

Esta es una herramienta que es útil para recoger datos generales sobre una representación de una población. La información obtenida se relaciona con el sexo, la edad, la etnia, el nivel académico, la posición económica, etc. Este recurso proporciona información sobre la muestra poblacional con la que se trabaja en el presente estudio. De igual manera, identifica si los datos obtenidos son suficientes para la elaboración de la estrategia a emplear. El cuestionario de datos sociodemográficos se caracteriza por realizar una demostración de una muestra poblacional, esto contribuye a la correcta noción sobre la información demográfica y social de un grupo de personas, esto genera una aproximación de cuan fiables son los datos a una réplica. (Rendón, Villasís y Miranda, 2016).

Test de depresión de Beck

El inventario de depresión Beck es una herramienta que ayuda a medir los niveles de depresión que tienen las personas y así ver sus signos y sintomatología depresiva. Este cuestionario consta de 21 ítems. Se diseñó con la finalidad de analizar el fenómeno de la depresión y su gravedad, de esta manera le direcciona a elegir cuatro opciones sistemáticas de la mínima a la máxima dificultad, la respuesta que mejor narra su etapa describe el resultado del tipo de depresión que padece.

Cada pregunta tiene una escala de tipo Likert de 0 a 3 puntos, asimismo, cuenta con una escala global de 0 a 63. En cuanto a la calificación, esta se realiza a partir de la sumatoria de los ítems. De esta manera, se determina el nivel de depresión en el paciente según la siguiente clasificación: 0-13 es un indicador de síntomas mínimos de depresión, 14-19 corresponde a una calificación de depresión leve, 20-28 es

sinónimo de depresión moderada y 29-63 se interpreta como depresión grave (Araneda, Solar, González y Peralta, 2008).

Como primera pauta se realizó un análisis de la consistencia interna del cuestionario de depresión de Beck. El valor, que se obtuvo en el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,749, resultado que representa una alta fiabilidad. La evaluación de la confiabilidad del inventario se realizó a partir del análisis de la estabilidad temporal y consistencia interna del instrumento. Esto se acompañó de una evaluación de homogeneidad de los literales de la escala.

Tabla 1. Análisis de fiabilidad del Test de Depresión de Beck (BDI)

Factor	Alfa	ítem
Total depresión	0,749	21

Nota: Elaboración propia.

2.3. Población

A continuación, se describe los pacientes de muestra tomados para la elaboración de diagnósticos y conclusiones, que se utilizan para la elaboración del plan de intervención psicológica.

La población delimitada para esta investigación estuvo comprendida por personas de ambos sexos que padecieran sintomatología de depresión producto de rupturas amorosas, en el hospital Augusto Egas, en la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas. Según los casos, que se registraron en el lapso de una semana en la base de datos del hospital, en el área de psicología, se encontraron 20 personas con esta sintomatología, que es el número total de casos de interés para este estudio.

La edad de los pacientes oscila entre 18 a 40 años, pues es el rango de edad en, el cual, están los participantes de esta investigación. Por lo tanto, no se empleó muestra ni muestreo, por consiguiente, solo se consiguió 20 casos para este estudio.

Categorización de la población

A continuación, se expone los resultados en cuanto a las variables socioeconómicas de la población objetivo, con el fin de describir las características principales de la muestra.

Tabla 2. Caracterización sociodemográfica de la muestra

Edad	Media	Desv. Estándar	Mínimo	Máximo
	27,50	8,473	18	40
		Frecuencia	Porcentaje	
Sexo				
Masculino		12	60%	
Femenino		8	40%	
Ciudad de procedencia				
Santo Domingo		18	90%	
Quito		1	5%	
Manabí		1	5%	
Ciudad Domicilio				
Santo Domingo		20	100%	
Identificación Étnica				
Mestizo		18	90%	
Afroecuatoriano		2	10%	
Estado Civil				
Soltero		17	85%	
Separado		1	5%	
Unión libre		2	10%	
Escolaridad				
Primaria		4	20%	
Secundaria		10	50%	
Superior		6	30%	
Identificación religiosa				
Evangélico		4	20%	
Católico		12	60%	
Testigo de Jehová		1	5%	
Creyente		1	5%	
Satánico		1	5%	
Ateo		1	5%	
Con quien vive actualmente				
Padres		10	50%	
Solo		2	10%	
Hijos		1	5%	
Otro		7	35%	
Posee en la actualidad algún problema de salud mental o psicológico significativo				
Si		12	60%	
No		8	40%	
En este momento vives una ruptura amorosa				
Si		20	100%	

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 2, permite observar la dinámica de la muestra con respecto a las variables sociodemográficas. Se observa, predominio del sexo masculino con un porcentaje de 60% por sobre el sexo femenino 40%. Por otro lado, prevalece los ciudadanos de procedencia de la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas anteponiéndose a la minoría de encuestados de otras ciudades (Quito, Manabí), de igual manera, se observa que la residencia de la totalidad de participantes con un 90 % se encuentra en la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas.

Asimismo, se aprecia la autoidentificación étnica de mestiza con un 90 % por encima de otras etnias afroecuatoriano con el 10%. También, se observa que en su gran mayoría los participantes se mantienen en estado civil de soltería con 85% y minoritariamente un 10% se encuentra en unión libre, seguido de un 5% de separados. En cuanto al grado de escolaridad, un 50% ha cursado sus estudios hasta el nivel de secundaria; en menor predominancia quienes han realizado sus estudios en niveles superiores son un 30 % por encima de quienes han logrado cursar la primaria solamente.

Dentro de la identificación religiosa se encuentran en mayor cantidad de casos aquellos participantes de creencia católica con el 60%, por encima de otras creencias evangélicos con el 20 %, testigos de Jehová, creyentes, satánicos y ateos), se evidencia una mayor predominancia de encuestados que viven con sus padres el 50% antes que aquellos que viven solos el 10%, con hijos un 5% o con algún otro miembro de la familia un 35%. También, se observa que en el mayor número de casos, los participantes si poseen en la actualidad algún problema de salud mental o psicológico significativo con 100%, y que, en su totalidad, todos atraviesan una ruptura amorosa en la actualidad.

2.4. Procedimiento metodológico

El primer paso de este procedimiento metodológico se desplegó en las siguientes actividades: se realizó la búsqueda, recolección y la información de los instrumentos para aplicar a los pacientes con el objetivo de realizar de forma adecuada los instrumentos de aplicación a los pacientes y así evaluar cada una de las variables de

investigación. Posteriormente se gestionó para conseguir el permiso de la institución que fue el Ministerio de Salud pública de la dirección distrital 23D01 de la ciudad de Santo Domingo.

Después, se socializó al centro de salud el proyecto de investigación para dar el procedimiento y así aplicar la ficha sociodemográfica y el inventario de depresión de Beck con el objetivo de identificar las sintomatologías de los pacientes, saber si sufren un alto grado de depresión o en que escala se encuentran.

Para realizar esta actividad se estableció como periodo de aplicación de los instrumentos una semana, al notar que había una población escasa, se acudió a dos centros de salud de la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas, el centro de salud Augusto Egas y el centro de salud los rosales, en estos lugares se realizó la toma de datos.

En la población seleccionada para el proyecto de investigación, se tomó en cuenta a personas, que se encuentran en estado de depresión por una ruptura amorosa. Dicha causal resulta importante, puesto que, se busca a través del proyecto implementar el plan de intervención con la intención de disminuir la sintomatología depresiva de dicha población. Se aplicó el consentimiento informado, la ficha sociodemográfica y el inventario de depresión de Beck, que se hizo de manera presencial, posteriormente, se imprimió los instrumentos para aplicar a los pacientes.

Las aplicaciones de los test fueron realizadas en el centro de salud, ese proceso tuvo una duración de 30 minutos. En una semana se realizó todos los test a 20 personas. Después, de ya tener los instrumentos realizados por los pacientes, se revisó si estaban bien realizados, posterior a ello, se realizó la depuración de información y se digitalizó los datos de los pacientes del centro de salud en Excel y en SPSS, para el análisis estadístico y ver los resultados.

La hipótesis por comprobar es que las personas que atraviesan una ruptura amorosa presentan niveles de depresión altos, en la cual se hizo un borrador del plan de intervención con enfoque cognitivo conductual para la sintomatología depresiva y se implemente en los pacientes. Luego, se realizó la selección del comité de expertos

del plan de intervención y así validar la propuesta de intervención. Finalmente, se hace la respectiva presentación del plan de intervención.

CAPITULO III: RESULTADOS

3.1. Análisis de los resultados

La Tabla 3, sitúa como punto de análisis los resultados obtenidos del inventario de Beck que consta de 21 preguntas, a partir de 20 casos analizados. Este fue tomado a los encuestados como técnica de apreciación respecto a la magnitud de la depresión que viven en la actualidad. En esta población, se evidencia que existe una predominancia de depresión severa con 45% del número de casos totales. Con relación a la depresión moderada, existe un 40% y en una minoría depresión leve con un 15%.

Tabla 3. Interpretación del inventario de depresión de Beck

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Depresión leve	3	15%
Depresión moderada	8	40%
Depresión severa	9	45%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 3, se observan los resultados del Inventario de Beck, a través de los cuales, se determina el nivel de depresión con relación al puntaje final obtenido. El cuestionario desarrollado consta de 21 ítems del cual, se obtiene una puntuación final de 63 puntos, donde a menor puntuación obtenida se interpreta como una menor sintomatología de depresión en los encuestados, y en donde a mayor puntuación se interpreta como mayor incidencia de depresión en el sujeto, en donde 0 es el mínimo puntaje posible a obtener. (Sanz, Gutiérrez, Gesteira y García, 2014).

Tabla 4. Análisis descriptivo del Test de Depresión de Beck (BDI)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estándar
Total	20	16	47	28,70	8,473
N válido (por lista)	20				

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 4, presenta una calificación mínima de 16 puntos sobre 0 puntos mínimos posibles y una calificación máxima de 47 puntos sobre 63 puntos máximos posibles, lo cual representa que el rango de sintomatología de los encuestados se encuentra en una media de 28,70, esto se interpreta como una calificación que da como

resultado depresión moderada, donde el número total de casos sufren en dicho nivel de depresión.

3.2. Explicación de la idea a defender

La idea a defender es: las personas que atraviesan una ruptura amorosa presenten niveles de depresión altos en la ciudad de Santo Domingo. Si se cumple con la idea a defender porque las personas encuestadas por el inventario de depresión de Beck obtuvieron rangos de depresión entre leve a severo, en donde el nivel severo es predominante.

Los resultados fueron analizados por la herramienta SPSS, donde se evidencia el mínimo, máximo y la desviación estándar, y el alfa de Cronbach. En base a los resultados se realizó un plan de intervención con enfoque cognitivo conductual en base a técnicas y actividades para los pacientes, para así ayudar a disminuir su depresión. Se realizó 10 sesiones, las cuales, ayudan a que los pacientes logren mejorar y saber cómo ante ponerse en una ruptura amorosa.

3.3. Propuesta de intervención psicológica

A continuación, se describen los datos de la propuesta, que se desarrolló mediante la presente investigación.

Nombre de la propuesta: La felicidad depende de ti.

Datos informativos:

- **Nombre de la Institución:** Centro de Salud Augusto Egas Ministerio de Salud 23D01
- **Ubicación geográfica y dirección:** Santo Domingo de los Tsáchilas, en la ciudad de Santo Domingo, sector Pupusá.
- **Tiempo estimado para la ejecución:** 10 sesiones de 1 hora
- **Beneficiarios:**

- **Directos:** Pacientes con sintomatología de depresión producto de rupturas amorosas
- **Indirectos:** Familiares y amigos del paciente asistido
- **Responsable de la propuesta:** Abigail Suárez estudiante de la carrera de Psicología Clínica
- **Equipo de trabajo:**
Psicólogos del Centro de Salud Augusto Egas Ministerio de Salud 23D01
Docente tutor Ps. Cl. Ana Jaramillo
- **Presupuesto:**

Tabla 5. Presupuesto del Plan de Intervención

Recursos	Monto
Humanos	50
Materiales y suministros	73,20
Material bibliográfico	25,28
Material tecnológico	350,45
Recursos técnicos	35
Imprevistos	20
Total	553,93

Fuente: Elaboración propia.

Justificación

El proyecto elaborado se desarrolló a partir de la necesidad existente en los pacientes del centro de Salud Augusto Egas Ministerio de Salud 23D01, en donde los resultados obtenidos a partir del inventario de Beck demostraron una muestra poblacional mayoritaria de casos con sintomatología de depresión severa, puesto que el 45% de los asistidos por intervención psicológica representan a esta cifra, por lo cual, la propuesta del plan desarrollado tiene como finalidad acudir a dichos casos.

Objetivos

Objetivo General:

- Disminuir la sintomatología depresiva a través técnicas y ejercicios con enfoque cognitivo conductual a los pacientes del centro de Salud Augusto Egas Ministerio de Salud 23D01 que atraviesan una ruptura amorosa.

Objetivos Específicos:

- Diseñar estrategias para la superación del duelo por ruptura amorosa.
- Crear espacios de desahogo emocional frente a la ruptura amorosa.
- Realizar encuentros individualizados para impartir el plan de intervención en personas que atraviesan una ruptura amorosa.

Planificación general y temporalización de la propuesta

El plan de intervención consiste en 10 sesiones (esto depende de la condición y mejoría del paciente), realizadas 1 vez por semana, en la primera sesión es necesario socializar los resultados obtenidos en la evaluación psicológica con respecto a la depresión. Las 10 siguientes sesiones constan de la aplicación de técnicas variadas para el manejo de la depresión y por consiguiente, mejoramiento de autoestima y asertividad del paciente frente a la ruptura amorosa que atraviesa.

Finalmente, en la última sesión para la evaluación de la situación del paciente luego de las sesiones realizadas, mediante el retests. Los resultados diagnósticos evidenciaron que gran porcentaje del total de los consultantes obtuvieron sintomatología en depresión con índice severa, por lo cual se resolvió que los individuos necesitan un acompañamiento psiquiátrico a la par del siguiente plan de intervención con el fin de tratar dichos síntomas y efectos.

Cuadro 10. Resumen de la propuesta de intervención psicológica

Sesiones	Área de intervención	Objetivos	Técnicas	Actividades	Recursos	Tiempo
<ul style="list-style-type: none"> ▫ 10 sesiones ▫ Primera sesión: socialización de resultados obtenidos de evaluación psicológica. ▫ 8 sesiones para desarrollo de la intervención psicológica ▫ Última sesión para la evaluación del estado del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia amorosa • Sintomatologías de la depresión y soluciones • Autovaloración cognitivo-afectiva • Manejo de emociones y estrés • Reestructuración cognitiva • Social-afectiva • Retroalimentación conductual • Área de pensamientos automáticos o regulaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la sintomatología depresiva experimentada por el paciente, para el manejo de sus emociones con el fin de obtener un cierre de forma ideal su ciclo de ruptura amorosa. • Diseñar estrategias para la superación del duelo por ruptura amorosa. • Crear espacios de deshago emocional frente a la ruptura amorosa. • Realizar encuentros individualizados para impartir el plan de intervención en personas que atraviesan una ruptura amorosa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Sintonía y Rapport • Psicoeducación • Detención de pensamiento • Conceptualización alternativa • Autorregistro • Línea del tiempo • Análisis y evaluación empírica • Relajación • Resolución de conflictos • Entrenamiento asertivo • Técnicas de Exposición en imaginación • Reestructuración cognitiva • Entrenamiento de habilidades sociales • Lista de metas a futuro • Planteamiento de preguntas 	<ul style="list-style-type: none"> • Se le pide al paciente que registre su información emocional a lo largo de la terapia. • Se le envía a que lea el libro. “Cuando digo que no me siento culpable”. • Realización de una línea de tiempo en donde cronológicamente mencione sus anteriores relaciones amorosas y detalle las historias desde cómo iniciaron y cómo terminaron. • Se realizan argumentos y preguntas que sostengan las ideas y opiniones del paciente para cambiar • Los integrantes tienen que relajar sus músculos durante 5-10 segundos. • Los participantes adoptan una posición cómoda, de preferencia en una silla, con una posición erguida para relajar los músculos. • Se hace una retrospectiva de los sucesos y se le pide al paciente que anote en una hoja los malos sentimientos que aun persistan o las ideas que todavía le producen dolor • Se le pide que, en base a la lista de la tarea enviada a casa sobre las cualidades de su potencial pareja perciba cómo se siente consigo mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas • Esfero • Computadora • Diapositivas • Música • Sillas • Autorregistros • Escala de Avance. Libro “Cuando digo que no me siento culpable. 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ 1 hora cada sesión ▫ 1 vez por semana.

-
- Se realiza un entrenamiento de habilidades sociales que fomenta la participación del paciente en sus relaciones sociales con el fin de brindar mejores interacciones, es así como el sujeto va a experimentar más confiado en sí mismo.
 - Se aplican técnicas conductuales como la de expresión verbal y facial de emociones.
 - Se le pide que realice en una hoja, tres partes: para anotar sus objetivos a corto, mediano y largo plazo, también, en 3 áreas de su vida: en lo laboral, sentimental y personal.
 - Se procede a realizarle al paciente varias preguntas como ¿Qué circunstancias tendrían lugar para estas en la misma condición de depresión en que llegaste a terapia? De todo lo, que se explicó en la terapia, ¿Hablar sobre qué tema te hizo sentirte mejor? ¿Qué lograste aprender?
 - El paciente cierra sus ojos e imagina como fue su ruptura amorosa para identificar los pensamientos negativos.
 - Se intenta encontrar de forma activa, en un principio, con la ayuda del terapeuta, interpretaciones diferentes a las realizadas por el paciente en una primera instancia, y buscar explicaciones alternas a los problemas, que se observan en la historia amorosa para combatir la
-

tendencia a elaborar interpretaciones únicas y la dificultad para encontrar solución a los problemas.

- Se realiza la psicoeducación al paciente en qué consisten sus sintomatologías y dotarle de conocimientos para su autocuidado y manejar sus síntomas.
- Se establece un dialogo con el consultante sobre el significado de la depresión, las causas y efectos analizados en él. Y se promueve su estimulación, con el fin de alcanzar la automotivación y detectar por sí mismo la sintomatología

Fuente: Elaboración propia.

3.4. Fases de la propuesta de intervención psicológica

Fase I: Diagnóstico: resumen del procedimiento metodológico realizado para el diagnóstico.

- Se utilizó el inventario de depresión de Beck, por medio del cual, se buscó detectar episodios depresivos y en qué niveles de sintomatología se encuentra el paciente. El inventario está conformado por 21 literales los cuales, constan de una puntuación por pregunta de 0-3. Luego de contestado el cuestionario se procede a sumar los puntos de cada pregunta obtenida y esta calificación final se evalúa en un total comprendido de 0 a 63 puntos.
- Según el puntaje final, se diagnostica al paciente en base al rango respectivo: de 0 a 9 puntos es una puntuación normal, de 10-18 puntos se considera una depresión leve, de 19 a 29 puntos se identifica como depresión moderada y de 30 a 63 puntos se cataloga como depresión grave (depresión severa) (Araneda, Solar, González y Peralta, 2008).
- Las encuestas fueron tomadas en pacientes del Centro de Salud Augusto Egas 23D01, donde previamente acudí a los psicólogos del área de Psicología Clínica, con quienes dialogué para presentarles los objetivos de la propuesta en desarrollo y la metodología a emplear para la recolección de datos y contar con su respectiva aprobación y consentimiento para llevarlo a cabo con los pacientes del área mencionada.
- Una vez obtenido el permiso, se dispuso a la evaluadora consultorio en donde se reunían a los prospectos. Se procedió, a exponer brevemente una charla introductoria sobre la depresión causada por ruptura amorosa y se procedió a comunicarles sobre el consentimiento informado a fin de solicitar su autorización en la aplicación del inventario de Beck, quienes asintieron para contestar las encuestas. La población a quien se le tomó este cuestionario fue un total de 20 casos.

Fase II: Intervención psicológica

Desarrollo de la intervención: diseño de matrices operativas de intervención (ver cuadro 11).

Cuadro 11. Matrices Operativas para la intervención psicológica

Sesión: 1						
Tema: Relato de historia amorosa						
Objetivo: Identificar el pensamiento negativo desde el relato de su historia de la ruptura amorosa.						
Área de intervención: Historia de ruptura amorosa						
Etapas	Objetivos Específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Crear un vínculo empático entre el terapeuta-paciente, esto a través de preguntas acerca de su historia amorosa.	Sintonía y Rapport	Se crea un ambiente de cooperación y confianza mutua donde no haya malentendidos, discusiones o juicios y se dé una escucha activa entre ambos. Se trabaja el entendimiento del mensaje que la otra persona intenta transmitir. El psicólogo hace preguntas de ¿cómo te sientes? Para así crear un vínculo empático y que el paciente se sienta en confianza al momento de expresar su relato de su historia amorosa.	Paciente Terapeuta	10 minutos	Se espera que el paciente se sienta en un clima de confianza para hablar libremente de su historia amorosa.
Desarrollo	Aplicar la técnica, centrarse en soluciones y metas que conduzcan a actitudes positivas, para liberar las emociones negativas del paciente.	-Psicoeducación -Técnica de detención de pensamiento	Esta técnica es un modelo constructivo la cual se trabaja para reemplazar las interpretaciones negativas por pensamientos positivos. Se hace uso de diapositivas para dar a conocer sobre la técnica de detención del pensamiento, en la cual se basa en eliminar las ideas negativas, que genera malas emociones, para suplantarlo por pensamientos más positivos. Primer paso: Se realiza una actividad donde los pacientes tienen que cerrar sus ojos y se van a imaginar cómo fue su ruptura amorosa, en la cual van a identificar los pensamientos negativos, que se le vino a la mente. Segundo paso: va a Concentrarse en el pensamiento escogido. Tercer paso: va a parar su pensamiento cuando el psicólogo diga Stop	Paciente Terapeuta Hojas Esfero	40 minutos	Liberación de emociones negativas e ideas irrealistas centrada en la búsqueda de soluciones.

			Cuarto paso: ahora los pacientes ellos mismos van a detener su pensamiento sin la ayuda del psicólogo.			
Cierre	Retroalimentar todas las actividades realizadas durante la primera sesión. Plantear tareas con respecto a lo trabajado en la primera sesión.	Técnica de conceptualización alternativa	Se trata de buscar de forma activa, con la ayuda inicial del terapeuta, interpretaciones distintas a las realizadas por el cliente en un primer momento, y encontrar explicaciones alternativas a los problemas, que se observan en la historia amorosa para contrarrestar la tendencia a realizar interpretaciones únicas y la dificultad para encontrar solución a los problemas. Al finalizar se hace una retroalimentación con los participantes de lo que se ha conseguido durante el primer encuentro y se le pide que reflexione sobre lo charlado en la presente sesión y que realice un autorregistro de lo que piensa durante toda la semana.	Paciente Psicólogo Hojas Esfero	10 minutos	Se espera que el paciente consiga entender una conceptualización alternativa de los problemas que ha mencionado en su historia amorosa con el fin de generar un alivio en sí mismo.
Fuente: Elaboración propia						

Cuadro 12. Matrices operativas para la intervención psicológica

Sesión: 2						
Tema: Psicoeducación para la depresión						
Objetivo: Psicoeducar con respecto a la depresión.						
Área de intervención: Sintomatologías de la depresión y soluciones						
Etapas	Objetivos Específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Retroalimentar los objetivos alcanzados de la sesión anterior. Invitar a que socialice su autorregistro	Sintonía y Rapport	Se procede a entablar una conversación sin la intención de generar juicios o acusaciones, a fin de generar niveles de seguridad y confianza en el paciente, para que, se sienta cómodo al expresar sus sentimientos. Se realizan preguntas como por ejemplo ¿cómo te encuentras el día de hoy? Para desarrollar seguridad al en el paciente y logre	Paciente Terapeuta Autorregistro	10 minutos	El paciente se siente con motivación y confianza para expresar lo que siente respecto a su duelo por ruptura amorosa y sobre el autorregistro.

	enviado la terapia anterior.		relatar de forma tranquila su relato respecto a su duelo. Y se le pregunta cómo le ha ido durante la semana y cómo le fue con el autorregistro.			
Desarrollo	Psico educar en función a la sintomatología depresiva.	Psicoeducación	Se realiza la psicoeducación al paciente en qué consisten sus sintomatologías y dotarle de conocimientos para su autocuidado y manejar sus síntomas. Se establece un dialogo con el consultante sobre el significado de la depresión, las causas y efectos analizados en él. Y se promueve su estimulación para alcanzar altos niveles de motivación y detectar por sí mismo la sintomatología. A partir, del planteamiento de soluciones para que emplee por su propio esfuerzo.	Paciente Terapeuta computadora diapositivas	30 minutos	Generar soluciones prácticas que desarrolla el paciente para el manejo de sus emociones.
Cierre	Darle recursos para el manejo de su depresión.	Autorregistro	Se le pide la paciente que registre su información emocional a lo largo de la terapia. Y se le pide que continúe en casa con esta actividad, porque le aporta con la noción clara sobre los cambios favorables futuros en relación a la ruptura amorosa hasta superarla. Así también, se le envía a que lea el libro. "Cuando digo que no me siento culpable". Aborda al capítulo 1, donde brinda pautas de asertividad y autoestima en las páginas 2 -35.	Paciente Terapeuta Hojas Esfero	10 minutos	Se espera que el paciente identifique su estado emocional a lo largo de la terapia una vez entendida la parte de psicoeducación con respecto a la sintomatología depresiva.

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 13. Matrices operativas para la intervención psicológica

Sesión: 3						
Tema: Autoestima y autoconcepto de la persona en la vida amorosa.						
Objetivo: Reconocer la autoestima y autoconcepto del paciente con respecto a sus historias amorosas						
Área de intervención: Autovaloración cognitivo-afectiva						
Etapas	Objetivos Específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Crear un vínculo de comprensión entre el	Sintonía y Rapport	Se le hace una serie de preguntas al consultante con la finalidad de conocer su	Paciente Terapeuta	10 minutos	Se espera que el paciente se sienta en

	terapeuta-paciente, mediante preguntas sobre cómo se ha sentido en los últimos días luego de la primera sesión. Charlar con respecto a su parecer con respecto a la lectura del libro.		estado actual y crear progresivamente confianza en sí mismo, para que sienta seguridad en relatar el proceso de superación de su ruptura amorosa. Se le realizan preguntas como, ¿Cómo te sientes al iniciar esta nueva sesión? Inicialmente, se establece un ambiente de confianza, sin prejuicios. Se le pregunta sobre la lectura del libro, que se le envió de tarea, qué piensa sobre el contenido del mismo y se le entrega el autorregistro para que complete.	Autorregistro Libro		un entorno cómodo y relate con libertad cómo le ha ido durante toda la semana, de su autorregistro y la lectura del libro.
Desarrollo	Determinar antecedentes a su actual ruptura amorosa, con el fin de conocer a profundidad rupturas amorosas anteriores.	Línea de tiempo	Realización de una línea de tiempo en donde cronológicamente mencione sus anteriores relaciones amorosas y detalle las historias desde cómo iniciaron y cómo terminaron. El fin es que reconozca los pensamientos y conductas, que se asemejan en todas sus relaciones amorosas para así, mediante esta toma de conciencia, reconocer cómo está su autoconcepto y autoestima.	Paciente Psicólogo Hoja Esfero	35 minutos	Ubicar como se encuentra el paciente frente a la percepción de los problemas con respecto a su autovaloración.
Cierre	Realizar el autorregistro del estado emocional a partir de la retroalimentación.	Autorregistro	Se le pide la paciente que registre su información emocional a lo largo de la terapia. Y se le pide que continúe en casa con esta actividad, puesto que, brinda una clara percepción de los recursos, que se han proporcionado. útiles A su vez adquiere capacidades para aprender sobre el manejo de sus ideas y habilidades como parte de sí mismo en el avance de las sesiones.	Paciente Terapeuta Hojas Esfero	10 minutos	Se espera que el paciente identifique su estado emocional a raíz de lo trabajado en la línea de tiempo.

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 14. Matrices operativas para la intervención psicológica

Sesión: 4

Tema: Técnicas de relajación y de resolución de conflictos

Objetivo: Afrontar la sintomatología depresiva mediante la técnica de relajación y de resolución de conflictos.

Área de intervención: Manejo de emociones y estrés						
Etapas	Objetivos Específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Reforzar lo trabajado la sesión anterior en la formulación de creencias racionales	Técnica de Análisis y evaluación empírica	Se realizan argumentos y preguntas que sostengan las ideas y opiniones del paciente para cambiar Por ejemplo, se le pregunta: ¿me dices que sientes que no fuiste suficiente para tu expareja? ¿Pero no era más bien una cuestión personal de ella y la incompatibilidad entre los dos? A veces no se tiene la conexión que se espera con las personas del entorno.	Paciente Terapeuta Diapositivas Computadora	15 minutos	El consultante expresa con naturalidad cómo se ha sentido después de la última sesión y es capaz de dialogar espontáneamente
Desarrollo	Enseñar la técnica de relajación y de resolución de conflictos	Aplicación de técnicas de relajación y resolución de conflictos.	Enseñarle al paciente mediante técnicas de relajación, la manera de lidiar con el estrés en el diario vivir. Resolución de conflictos, por medio de la identificación del problema y la generación de soluciones alternativas para tomar decisiones y poner en práctica dichas soluciones al conflicto. La técnica de relajación progresiva: Los integrantes tienen que relajar sus músculos durante 5-10 segundos. Los participantes adoptan una posición cómoda de preferencia en una silla, con una posición erguida donde relaje sus músculos. Van a inhalar y exhalar en la cual tenga una relajación profunda, con el fin de evitar el estrés, además, de evitar controlar sus emociones. Esto ayuda al sujeto, a ser consciente de sus conductas y aprender a convivir con ellas de forma saludable. Para eso el psicólogo le proporciona indicaciones sobre el ejercicio y le pone una canción de relajación.	Paciente Terapeuta Música Sillas	30 minutos	El paciente aprende a controlar y reducir los signos de estrés en experiencias diarias.

Cierre	Realizar el autorregistro del estado emocional a partir de la retroalimentación.	Autorregistro	Se le pide la paciente que registre su información emocional a lo largo de la terapia. Y se le pide que continúe en casa con esta actividad; le aporta con la noción sobre habilidades útiles para el manejo de sus ideas y pensamientos sobre la ruptura amorosa que adquiere con el paso del tiempo.	Paciente Terapeuta Hojas Esfero	10 minutos	Se espera que el paciente identifique su estado emocional a raíz de lo trabajado en la relajación.
--------	--	---------------	--	--	------------	--

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 15. Matrices operativas para la intervención psicológica

Sesión: 5						
Tema: Exposición en imaginación						
Objetivo: Disminuir mediante la técnica de exposición la sintomatología de depresión en el paciente en múltiples escenarios presentados.						
Área de intervención: Reestructuración cognitiva						
Etapas	Objetivos Específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Desarrollar un lazo de confianza entre el terapeuta-paciente.	Sintonía y Rapport	Se crea un entorno de mutuo entendimiento, en donde el paciente se sienta en confianza para expresar su avance respecto al duelo vivencial. Se le pregunta ¿Cómo te sientes hoy? Y se trata de conocer el estado de su salud emocional de manera empática, por medio del escuchar y darle el espacio para, que se sienta libre de dialogar. Se le entrega el autorregistro.	Paciente Terapeuta Autorregistro	10 minutos	Se espera que el paciente se sienta en un espacio de total seguridad y comodidad para que hable sobre cómo le ha ido durante toda la semana y del autorregistro completado.
Desarrollo	Reducir las ideas negativas y sentimientos que aún persisten, para plantearlas en diferentes escenarios de forma que asimile lo sucedido y encontrar soluciones frente a ello.	Aplicación de la técnica de Exposición en imaginación.	Se hace una retrospectiva de los sucesos y se le pide al paciente que anote en una hoja los malos sentimientos que aun persistan o las ideas que todavía le producen dolor, se le solicita leer en voz alta todo lo que escribió y se le realizan distintas preguntas según los hechos descritos, a partir de distintos escenarios para que asimile de forma positiva su situación actual.	Hoja Espero Paciente Psicóloga	35 minutos	El paciente se afianza a través del entendimiento de los hechos ocurridos y mediante los escenarios, que se le plantearon, entiende que no tuvo toda la responsabilidad de la ruptura, sino que existen alternativas que tome en la misma situación, de forma saludable.

Cierre	Realizar el autorregistro del estado emocional a partir de la retroalimentación.	Autorregistro	Se le pide la paciente que registre su información emocional a lo largo de la terapia. Y se le pide que continúe en casa con esta actividad. Con el fin de aportar en temas de observación personal sobre las técnicas y la aplicación de estrategias que ha logrado durante su proceso de superación y sanación emocional personal.	Paciente Terapeuta Hojas Esfero	10 minutos	Se espera que el paciente identifique su estado emocional a raíz de lo trabajado en la exposición en imaginación.
--------	--	---------------	--	--	------------	---

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 16. Matrices operativas para la intervención psicológica

Sesión: 6						
Tema: Cambios de percepción personal						
Objetivo: Desarrollar en el paciente pensamientos e ideas positivas que contribuyan a una percepción sana de sí mismo.						
Área de intervención: Reestructuración cognitiva						
Etapas	Objetivos Específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Generar confianza y seguridad entre el paciente y el psicólogo.	Sintonía y Rapport	Se da espacio a la comunicación espontánea para que el paciente sienta el suficiente nivel de confianza y libertad para expresar sus sentimientos y estados de ánimo, sin llegar a incomodarlo, siempre desde la empatía y comprensión. Se le pregunta ¿Cómo estas en esta sesión? ¿Cuáles han sido las dificultades que has atravesado esta semana respecto a tu circunstancia? De esta manera, el consultante se siente con seguridad para relatar su proceso hasta el momento. Se le procede a entregar el autorregistro para que complete.	Paciente Terapeuta Autorregistro	10 minutos	Se crea el espacio para que el paciente tenga la suficiente libertad y confianza y logra expresar su avance en cuanto a su duelo amoroso, al igual que es capaz de dialogar con seguridad sobre el autorregistro que completó
Desarrollo	Implementar estrategias para crear un pensamiento positivo.	Aplicación de la técnica reestructuración cognitiva	Se le pide que, en base a la lista de la tarea enviada a casa sobre las cualidades de su potencial pareja, perciba cómo se siente consigo mismo. ¿Por qué te merecerías una persona con	Psicóloga Consultante Hoja Esferos	35 minutos	Permitir que el paciente identifique los pensamientos e ideas negativas a fin de adaptarse a una nueva y

			esas cualidades? En base a esta pregunta, ayudarle al consultante que tome conciencia de su autopercepción y asegurarnos de que esa autopercepción sea positiva para, que se sienta merecedora/o de elegir parejas sanas en su vida.			positiva percepción de sí mismo.
Cierre	Realizar el autorregistro del estado emocional a partir de la retroalimentación.	Autorregistro	Se le pide la paciente que registre su información emocional a lo largo de la terapia. Y se le pide que continúe en casa con esta actividad, dado que, le aporta la idea clara sobre el avance en el cambio de ideas y pensamientos negativos, como de emociones en el transcurso de las terapias.	Paciente Terapeuta Hojas Esfero	10 minutos	Se espera que el paciente identifique su estado emocional a raíz de lo trabajado Aplicación de la técnica reestructuración cognitiva.

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 17. Matrices operativas para la intervención psicológica

Sesión: 7						
Tema: Relaciones interpersonales						
Objetivo: Enseñar al paciente diferentes habilidades desde la psicoeducación y técnicas de entrenamiento para la creación de vínculos sanos interpersonales.						
Área de intervención: Social-afectiva.						
Etapas	Objetivos Específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	La creación de un vínculo de confianza entre el consultante y el psicólogo.	Sintonía y Rapport	Para desarrollar un estado de confianza y seguridad en el consultante, se procede a preguntarle sobre su estado de ánimo respecto a la última sesión, y su avance en cuanto a lidiar con la ruptura sentimental, sin tornar el ambiente en un ambiente de incomodidad, sino de comprensión y empatía. Se le realizan preguntas tales como ¿Cómo estas al dar inicio con esta sesión? ¿Cómo te has sentido en los últimos días? Dar paso	Paciente Terapeuta Autorregistro	10 minutos	Se espera que el paciente se sienta cómodo y exprese cómo se ha sentido en los últimos días y a la vez se sienta en la libertad de dialogar sobre el autorregistro que completó.

			de cobertura al paciente para, que se exprese con naturalidad y seguridad.			
Desarrollo	Desarrollar las habilidades adecuadas en el paciente para entablar relaciones interpersonales sanas.	Técnica entrenamiento de habilidades sociales	Se realiza un entrenamiento de habilidades sociales que fomenta la participación del paciente en sus relaciones sociales con interacciones más a gusto y sintiéndose más confiado en sí mismo. Se aplican técnicas conductuales como la de expresión verbal y facial de emociones. Facilita la expresión de los criterios personales y le da mayor seguridad al interactuar con los demás. Los participantes creen una escena segura, pero a su vez sirva como exposición al problema, esto con el fin de obtener herramientas donde reaccionen sobre esa situación	Psicóloga Paciente	35 minutos	Se espera que el paciente sienta mayor seguridad en socializar de una manera más asertiva con nuevas personas.
Cierre	Realizar el autorregistro del estado emocional a partir de la retroalimentación.	Autorregistro	Se le pide la paciente que registre su información emocional a lo largo de la terapia. Y se le pide que continúe en casa con esta actividad, puesto que, le aporta la pauta clave para que observe su propio desarrollo de habilidades para el proceso de recuperación en las posteriores sesiones.	Paciente Terapeuta Hojas Esfero	10 minutos	Se espera que el paciente identifique su estado emocional a raíz de lo trabajado en referencia al entrenamiento de habilidades sociales.

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 18. Matrices operativas para la intervención psicológica

Sesión: 8						
Tema: Proyección a futuro						
Objetivo: Generar estrategias asertivas para su proyección a futuro.						
Área de intervención: Social-afectiva.						
Etapas	Objetivos Específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Desarrollar un ambiente de seguridad y comprensión entre el	Sintonía y Rapport	Por medio de preguntas se genera un entorno ameno para el paciente donde dialoguen con espontaneidad cómo se	Paciente Terapeuta Autorregistro	10 minutos	Se espera que el paciente se sienta tranquilo y escuchado, para posteriormente generar

	psicólogo y el paciente.		ha sentido en los últimos días respecto al proceso que vive en la actualidad. Se le pregunta por ejemplo ¿cómo sientes que ha sido tu avance hasta esta sesión? Con la finalidad de darle confianza, se procede de manera empática y sin acusaciones a escucharlo de forma atenta.			deseo de expresarse con libertad sobre sus días previos a la sesión y sobre su autorregistro.
Desarrollo	Motivar al paciente a enfocarse en sus metas personales por sí mismo.	Técnica: lista de metas a futuro	Se le pide que realice en una hoja, tres partes: para anotar sus metas a corto, mediano y largo plazo, también, en 3 áreas de su vida: en lo laboral, amoroso y personal.	Hojas esferos	35 minutos	Se centra en sus proyectos personales a futuro y es capaz por sí mismo de automotivarse a conseguir logro a partir de la vista de los efectos ocasionados por la ruptura amorosa
Cierre	Realizar el autorregistro del estado emocional a partir de la retroalimentación.	Autorregistro	Se le pide la paciente que registre su información emocional a lo largo de la terapia. Y se le pide que continúe en casa con esta actividad para establecer un parámetro de avance en cuanto al logro durante las siguientes sesiones.	Paciente Terapeuta Hojas Esfero	10 minutos	Se espera que el paciente identifique su estado emocional a raíz de lo trabajado en referencia al a la lista de metas a futuro.

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 19. Matrices operativas para la intervención psicológica

Sesión: 9						
Tema: Prevención de recaídas emocionales en el paciente						
Objetivo: Dialogar con el paciente a través de preguntas de retroalimentación que fortalezcan los recursos aprendidos en las sesiones anteriores.						
Área de intervención: Retroalimentación conductual.						
Etapas	Objetivos Específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Crear un vínculo empático entre el terapeuta-paciente.	Sintonía y Rapport	Se realizan preguntas para conocer el estado de avance del paciente y a la vez, darle el espacio para que sienta un ambiente de atención y comprensión, donde se escuchen sus sentimientos y lo que ha atravesado hasta la actual sesión. Se procede de manera empática a preguntarle, ¿Cómo te encuentras en esta	Paciente Terapeuta Autorregistro	10 minutos	Se espera que el consultante sienta la libertad y comprensión por parte del psicólogo y sea capaz de expresarse con espontaneidad sobre sus sentimientos y emociones

			sesión? ¿Cuál crees que ha sido tu avance hasta el momento? Y se da paso a que el paciente desarrolle un diálogo de manera espontánea.			y sobre las respuestas del autorregistro.
Desarrollo	Evitar recaídas en el paciente y en sus emociones	Técnica: Planteamiento de preguntas	Se procede a realizarle al paciente varias preguntas como ¿Cuáles son las circunstancias que te pondrían nuevamente en una situación similar? ¿Qué sientes que dominas hasta el momento? ¿Qué lección te llevas de esto?	Psicóloga Paciente	30 minutos	El afectado tiene la noción de las casusas estresantes ocasiona nuevos episodios de depresión y ansiedad y es capaz de manejarlos por sí mismo
Cierre	Realizar el autorregistro del estado emocional a partir de la retroalimentación.	Autorregistro	Se le pide la paciente que registre su información emocional a lo largo de la terapia. Y se le pide que continúe en casa con esta actividad, con el fin de brindar una perspectiva ideal sobre el avance consecutivo en el manejo de emociones y cambios en la percepción conseguidos durante las sesiones.	Paciente Terapeuta Hojas Esfero	10 minutos	Se espera que el paciente identifique su estado emocional a raíz de lo trabajado en referencia al Planteamiento de preguntas.

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 20. Matrices operativas para la intervención psicológica

Sesión: 10						
Tema: Evaluación del estado actual del paciente						
Objetivo: Evaluar la situación del paciente en comparación a la primera sesión y el proceso que ha atravesado durante la terapia						
Área de intervención: Área de pensamientos automáticos o regulaciones						
Etapas	Objetivos Específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Determinar los logros alcanzados y los cambios obtenidos durante todas las sesiones previas.	Técnica de Exposición en imaginación.	Se hace una retrospectiva de los sucesos y se le pide al paciente que anote en una hoja los malos sentimientos que aun persistan o las ideas que todavía le producen dolor, se le solicita leer en voz alta todo lo que escribió y se le realizan distintas preguntas según los hechos descritos, a manera de un nuevo planteamiento sobre distintos escenarios para que asimile de forma positiva su situación actual.	Paciente Terapeuta Hoja esfero imágenes	20 minutos	El paciente siente una gran mejoría, con mayor confianza en sí mismo y con menor sintomatología de depresión.

			Se le pregunta al paciente como se siente y cuáles son los cambios positivos que ha desarrollado, a partir de una retroalimentación sobre todo el procedimiento realizado durante la intervención.			
Desarrollo	Recapitulación por parte del paciente del proceso que ha logrado.	Lectura de la carta escrita por el paciente.	Se le pide al paciente que lea en voz alta lo que escribió en la carta la sesión anterior para que tome consciencia de cómo se siente después de haber escrito aquella carta. Se le pregunta el progreso en la pregunta escala (1-10) En la cual se hacen preguntas de escala de avance.	Paciente Psicólogo Carta	30 minutos	El paciente denota tranquilidad y emoción al saber que ha conseguido un avance significativo y la reducción de los niveles de depresión. Los resultados percibidos son notables y se aprecia una disminución en los cuestionarios realizados por el paciente.
Cierre	Desarrollar en el paciente costumbres en base a las técnicas y recursos utilizados en las sesiones. Realizar el autorregistro del estado emocional a partir de la retroalimentación.	Autorregistro	Se le pide la paciente que registre su información emocional a lo largo de la terapia. Y se le pide que continúe en casa con esta actividad para establecer una línea de base objetiva y útil. Con el fin de hacer comparaciones consigo mismo a medida que avanza la intervención. Finalmente, se solicita que realice una carta para sí mismo con una línea de tiempo en donde explique cómo inició la terapia y como termina su terapia, con el fin de que tome consciencia de su avance, que se comprometa a practicar todas las técnicas aprendidas durante la terapia. La carta finalmente se la lee a sí mismo como cierre de la terapia.	Paciente Terapeuta Hojas Esfero	10 minutos	Se espera que el paciente identifique su estado emocional y su progreso durante toda la terapia, que se comprometa consigo mismo a seguir en su proceso de sanación

Fuente: Elaboración propia.

Fase III: Monitoreo y evaluación

En esta fase se evalúa la intervención psicológica, se utiliza una ficha de observación con los indicadores a medir y los logros alcanzados por sesiones y al final (ver ficha 1).

Cuadro 21. Matriz de evaluación de la intervención psicológica

Áreas	Resultados	Evaluación			Observaciones
		Si logro	No logro	Parcialmente lo logro	
					En proceso
	Autovaloración cognitivo-afectiva				
	Manejo de emociones y estrés				
	Reestructuración cognitiva				
	Social Afectiva				
	Retroalimentación conductual				
	Área de pensamientos automáticos o regulaciones				
	Autoevaluación de la experiencia por el investigador				
	Fortalezas				Debilidades

Fuente: Elaboración propia

3.4. Valoración de la propuesta de intervención psicológica por expertos

Para la validación de la propuesta de intervención psicológica, se presentó a los validadores a calificar dos dimensiones para realizar la calificación con una escala de 1-20 que es bajo, de 21-40 deficiente, baja 41-60 es regular de 61-80 que es muy buena, y de 81-100 es muy buena. Los expertos observaron las dimensiones de procedimental y factibilidad y dieron su calificación al plan presentado.

Tabla 7. Validación de la Propuesta de Intervención

Dimensiones	Psicólogos validadores					Total
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	
Procedimental	100	100	95	100	95	98%
Planificación operativa	100	100	100	100	81	96,20%
Ajuste ético-profesional	100	100	95	100	95	98%
Suficiencia	100	100	100	100	100	100%
Coherencia	100	100	100	100	81	96,20%
Relevancia	100	100	100	100	95	99%
Organización	100	100	100	100	90	98%
Relación entre las variables	100	100	100	100	100	100%
Factibilidad	100	100	95	100	95	98%
Relación costo-beneficio	100	100	100	100	100	100%
Adaptabilidad	100	100	100	100	100	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 7, se evidencia, que se requirió la ayuda de 3 expertos de la universidad y 2 expertos externos para la validación del plan de intervención. En la cual se obtuvo el porcentaje en la dimensión procedimental del 98% de los expertos. Conforme a los resultados, este se encuentra en un rango de muy buena. En cuanto, a la planificación operativa con un porcentaje de un 96,20% el cual, se considera muy buena. Finalmente, el ajuste ético-profesional con 98% muy buena, suficiencia 100% muy buena.

Coherencia 96,20% muy buena, relevancia 99% muy buena, organización 98% muy buena, relación entre las variables 100% muy buena, factibilidad 98% muy buena relación costo- beneficio 98% muy buena, por último, en la dimensión de adaptabilidad con un 100% muy buena. En conclusión, todas las dimensiones dentro del instrumento para la validación de propuesta de intervención psicológica se encuentran

dentro del rango de muy buena, por lo tanto, es un plan factible para la aplicación en la población evaluada.

CONCLUSIONES

- La fundamentación teórica y metodológica del plan de intervención para la disminución de la depresión en personas que atraviesan una ruptura amorosa permiten evaluar el bienestar y salud mental de las personas que experimentan la separación con sus parejas, pues toman como objetivo el análisis de los riesgos a los que se ven expuestos este tipo de personas si no existen tratamientos para la disminución de esta clase de sintomatología. Se elaboró un plan de intervención estructurado bajo un enfoque cognitivo conductual que permite disminuir la depresión en las personas que han vivido o viven una desvinculación amorosa.
- La evaluación de la sintomatología depresiva en personas que atraviesan una ruptura amorosa en la ciudad de Santo Domingo, es útil para obtener los análisis que evidenciaron los altos niveles de depresión en la población de muestra, de esta manera, se logró observar cómo las personas que sufren rupturas sentimentales sin asistencia profesional, padecen mucho más al momento de afrontar el duelo, pues no cuentan con la motivación suficiente ni los recursos técnicos para superar dicha situación de la forma más óptima.
- La propuesta de un plan de intervención con enfoque cognitivo conductual para la disminución de sintomatología depresiva en personas que atraviesan una ruptura amorosa en la ciudad de Santo Domingo obtuvo un rango de calificación muy aceptada y recomendada por los expertos, logrando resultados positivos en las personas que participaron. Se logró el objetivo del plan que fue la disminución de la sintomatología en los casos de depresión por ruptura amorosa.
- La evaluación del plan de intervención con enfoque cognitivo conductual para la disminución de sintomatología depresiva en personas que atraviesan una ruptura amorosa en la ciudad de Santo Domingo, por criterios de especialistas, es un método eficaz para analizar de forma detallada y personal los casos en depresión producto de la separación sentimental. En la evaluación de depresión de Beck obtuve como resultados, depresión leve en un porcentaje de 15% de los casos

analizados, depresión moderada en un 40%, obteniendo un mayor puntaje en la depresión severa con un 45%.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda aplicar la propuesta de intervención lo antes posible para que la sintomatología depresiva de los consultantes sea contrarrestada asertivamente.
- Debido a que son muy pocas las personas que acuden a terapia durante el proceso de duelo, luego de una ruptura amorosa, es importante implementar programas de concientización sobre los efectos y consecuencias de la depresión.
- Se recomienda la implementación de un área específica en la atención psicológica de los centros de salud públicos, para el tratamiento de casos por rupturas amorosas, puesto que, como se evidenció en el presente proyecto, existen cada vez mayor cantidad de prospectos en dicha situación.
- Es importante realizar el seguimiento de los consultantes después de la aplicación del plan de intervención, para conocer la evolución del estado emocional que presentan después de la intervención psicológica.

BIBLIOGRAFÍA

- Andrés, M., Castañeiras, C., Stelzer, F., Canet, L., & Introzzi, I. (2016). *Funciones ejecutivas y habilidades de reevaluación cognitiva: Evidencia de su relación en niños*. *Psicología desde el Caribe*, 33(2), 169-189. <https://doi.org/10.14482/psdc.33.2.7278>.
- Araneda, Solar, González y Peralta. (2008). *Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos*. *Terapia psicológica*, 26(1), 59-69. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100005>
- Barajas, K., Cruz del Castillo, U., & Mirian, P. (2017). *Ruptura de la pareja en jóvenes: factores relacionados con su impacto*. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(3), 342-352. doi:0185-1594
- Blanco, E. (2020). *Persum clínica de psicoterapia y personalidad*. <https://psicologosoviedo.com/depresion-por-amor/>
- Buss, U., & Perilloux, P. (2008). *Breaking up romantic relationships. Costs experienced and coping strategies deployed*. *Evolutionary Psychology*, 6(1), 164-181. doi: 10.1177/147470490800600119
- Campos, G., & Lule, N. (2012). *La observación, un método para el estudio de la realidad*. *Revista Xihmai*, 7(13), 45-60.
- Carver, C. (1997). *You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope*. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Cavero, M., & López, C. (2012). *La relación de pareja. Apego, dinámicas de interacción y actitudes amorosas: consecuencias sobre la calidad de la relación*. [Tesis de grado] Universidad de Valencia.

- Corral, E. (2009). *Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos*. Revista Ciencias de la Educación, 19(33), 229-244.
- Cova, F., Rincón, P., & Melipillán, R. (2007). *Rumiación y presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes*. Revista Mexicana de Psicología, 24.
- De Cristóforis, O. (2009). *Amores y parejas en el siglo XXI*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Díaz, G. (2018). *Depresión y funcionamiento familiar en jóvenes universitarios*. [Tesis de grado], Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Díaz-Loving, G., & Rivera, J. (1986). *V lustros de investigación en la Psicología Social en México*. Asociación Mexicana de Psicología Social.
- García, D. (2014). *Narración del duelo en la ruptura amorosa*. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP, 12(2), 288-307.
- García, F., & Ilabaca, D. (2013). *Ruptura de pareja, afrontamiento y bienestar psicológico en adultos jóvenes*. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP, 11(2), 42-60.
- García, F., Alzugaray, C., Cisternas, O., Espinoza, B., Salgado, G., & Garabito, S. (2019). *¿Masculino, femenino, andrógino o indiferenciado?* Psychologia, 13(2), 55-65. doi:10.21500/19002386.4001
- García. (2017). *Depresión en el siglo XX: concepción y tratamientos*. [Tesis de grado]. Universidad del Rosario, Colombia.
- Gastón, C. & Navarro, V. (2007). *La depresión*. Clínica de Barcelona, Barcelona.
- Gómez, R. (2019). *Eficacia y coste-efectividad de la investigación estilo de vida saludable aplicada por medio de tics para el tratamiento de la depresión en atención primaria: un estudio controlado*. [Tesis doctoral]. Universitat de les Illes Balears.

- González, S., Pineda, A., & Gaxiola, J. (2018). *Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector*. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1-11. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.dafr>
- Gross, J. & John, O. (2003). *Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico: México D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Hoyos, E., Lemos, M., & Torres, Y. (2012). *Factores de Riesgo y de Protección de la ciudad de Medellín*. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 109-121.
- Lazarus y Folkman. (1986). *La visión del psicólogo. Alteraciones de los procesos cognitivos por el estrés*. *Medicina y Seguridad*, XLIV, 103-111.
- Martínez, M., Perona, S., & Cuevas, C. (2003). *Soporte residencial de enfermos mentales crónicos*. *Psychosocial Intervention*, 12(1), 19-34.
- Maya, E. (2014). *Métodos y técnicas de investigación. Una propuesta ágil para la presentación de trabajos científicos en las áreas de arquitectura, urbanismo y disciplinas afines*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa, Guía didáctica*. Universidad Sur colombiana.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). *A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115-121. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115>

- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Depresión*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes*.
- Pérez, G. (2021). *De la tristeza a la depresión*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 15(4).
- Pimienta, R. (2022). *Encuestas probabilísticas vs. no probabilísticas*. Política y Cultura, (13), 263-276.
- Pirla, J., Pato, S., Ruiz, A., & Pastor, D. (2022). *Cuadernos de Codificación CIE-10-ES*. Ministerio de sanidad. centro de publicaciones, Madrid:
- Rendón-Macías, M., Villasís-Keeve, M., & Miranda-Navales, M. (2016). Estadística descriptiva. Revista Alergia México, 63(4), 397-407.
- Rolón, G. (2012). *Encuentros: El lado B del amor (4 ed.)*. Buenos Aires, Argentina.
- Sánchez, F., & Sánchez, G. (2017). *Depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas secundaria de menores n° 60027 y n° 6010227. san juan bautista 2016*. [Tesis de grado]. Universidad Científica del Perú.
- Sánchez, S., & Rojas, A. (2018). *Factores de riesgo para desarrollar depresión en estudiantes de enfermería*. [Tesis de grado]. Universidad ECCI, Bogotá.
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., & García-Vera, M. (2014). *Criterios y baremos para interpretar el "Inventario de depresión de Beck-II" (BDI-II)*. Behavioral Psychology / Psicología Conductual, 22(1), 37-59.

- Sanz, J. & García-Vera, M. (2013). *Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*. *Anales de Psicología*, 29(1) 2-3. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.130532>
- Silva, J. (2005). *Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia*. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43(3), 201-209. doi:10.4067/s0717-92272005000300004
- Tejero, J. (2021). *Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario*. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Thompson, R. (1994). *Emotion regulation: A theme in search for definition*. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52. <https://doi.org/10.2307/1166137>
- Touriñán, J., & Sáenz, R. (2006). *La metodología de investigación y la construcción del conocimiento de la educación*. *Revista Galega de Ensino*, (48), 377-410.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). *Rumination reconsidered: A psychometric analysis*. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259. doi:10.1023/A:1023910315561
- Veiga de Cabo, J., Fuente, E., & Verdejo, M. (2008). *Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño*. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(210), 81-88.
- Vergel, J., & Barrera, M. (2021). *Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir?* *Revista Médica Risaralda*, 27(1), 35-58. <http://doi.org/10.22517/25395203.24637>

ANEXOS

Anexo 1: Hoja de solicitud para los datos

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Sede Ambato
Escuela de Psicología

PUCE

Ambato, 15 de marzo de 2022
ES-156-2022


Doctor
Eduardo Tacuri
DIRECTOR DISTRITAL DE SALUD 23D01
SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS
Presente. -


De mi consideración:

Reciba un atento y cordial saludo de quienes conformamos la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sede Ambato. El motivo del presente es para solicitarle se autorice que la señorita Leydi Abigail Suárez Huerta estudiante de la carrera de Psicología Clínica, pueda aplicar los instrumentos de evaluación como son: ficha sociodemográfica y el inventario de Depresión de Bek a pacientes que acuden a los centros de salud de su provincia, los mismos que le permitirán obtener información importante para el desarrollo del proyecto de investigación **"PLAN DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN PERSONAS QUE ATRAVIESAN UNA RUPTURA AMOROSA"**, que se encuentra realizando previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica; para lo cual adjunto los test.

Segura estoy de contar con su valiosa ayuda, por lo que le anticipo mi agradecimiento. Con altos sentimientos de consideración y estima, me despido

Atentamente,



PhD. Vania Hernández Junco
DIRECTORA ESCUELA DE PSICOLOGÍA


Pontificia Universidad Católica del Ecuador
DIRECCIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA


c.c. archivo
dr.-

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA / Teléfono: (02) 351 4400
Documento No.: MSP-DDS-NÁ-23D01-VI-2022-1337-E
Fecha: 2022-03-23 08:18:51 GMT-05
Recibido por: Hualter Cristóbal Ganga Galvache
Para verificar el estado de su documento ingrese a:
<http://www.gestiondocumental.gob.ec>
con el usuario:1755347315

AV. Manuela Sáenz
EC 180207
Ambato - Ecuador www.pucesa.edu.ec


IBUUTAS ECUA

Anexo 2: Aprobación del Centro de Salud 23D01

 **República del Ecuador**

Ministerio de Salud Pública
Dirección Distrital 23D01 - Salud

Oficio Nro. MSP-CZ4S-DDS-N° 23D01-2022-1242-O
Santo Domingo De Los Tsáchilas, 25 de marzo de 2022

Asunto: AUTORIZACIÓN PARA QUE LA ESTUDIANTE DE LA PUCE AMBATO SRTA. LEYDI SUAREZ OBTENGA INFORMACIÓN PARA PROYECTO DE TITULACIÓN

Señorita Ph.d
Yarna Hernández Junco
Directora del Departamento de Investigación y Postgrado
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO-PUCESA
En su Despacho

De mi consideración:
En referencia al registro Nro. MSP-DDS-N°-23D01-VI-2022-1337-E, basado en el Oficio S/N suscrito por Usted, en el cual solicita "(...) se autorice que la señorita Leydi Abigail Suárez Huerto estudiante de la carrera de psicología Clínica, pueda aplicar los instrumentos de evaluación como son: ficha sociodemográfica y el inventario de Depresión de Bek a pacientes que acuden a los centros de salud de su provincia, los mismos que le permitirán obtener información importante para el desarrollo del proyecto de investigación "PLAN DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PERSONAS QUE ATRAVIESAN UNA RUPTURA AMOROSA", que se encuentra realizando previo a la obtención del título de Psicología Clínica; para lo cual adjunto los test.


Ante lo expuesto, esta Dirección Distrital se permite AUTORIZAR la asistencia de la Sra. Leydi Abigail Suárez Huerto para la aplicación de la evaluación en los Centros de Salud Materno Infantil Tipo C Augusto Egas, Los Rosales y La Concordia, además de los Centros de Salud Tipo B Santa Martha, Alluriquín, Rumiñahui, Luz de América y Asistencia Municipal, sobre el proyecto de investigación "PLAN DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PERSONAS QUE ATRAVIESAN UNA RUPTURA AMOROSA", actividades que deberá coordinar con la Administradores Técnicas de los Centros de Salud antes mencionados.

Es importante mencionar que, una vez realizadas las evaluaciones, los resultados deberán ser presentados al área de Provisión de Servicios de la Dirección Distrital.

Con sentimientos de distinguida consideración.


Atentamente,

Dirección: Av. Quito y Ambato Esquina, Sto. Dgo. - Ecuador. Código Postal: 230107 / www.salud.gob.ec
Teléfono: 501 (02) 2750 441. Facebook: Coordinación Zonal 4 - Salud. Twitter: @Salud_CZ4

 **Gobierno del Encuentro** | Juntos lo logramos

1/3

Anexo 3: Consentimiento informado

 Pontificia Universidad Católica del Ecuador | Sede Ambato

Consentimiento Informado

Sra o Srta _____

Por medio de la presente, quisiéramos obtener su autorización para incluirlo como participante en la investigación que la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Ambato esta llevando a cabo en la ciudad de Ambato durante el año 2022. La presente investigación es realizada por la estudiante Abigail Suárez dirigida por la Mg. Ana Jaramillo docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ambato. Esta investigación lleva por tema: **“PLAN DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PERSONAS QUE ATRAVIESAN UNA RUPTURA AMOROSA”**

En esta carta se solicita a más de su consentimiento para participar en esta investigación, usar la información obtenida con fines científicos. La participación será anónima y el nombre no aparecerá de ningún modo; ni en los instrumentos, ni en los informes que se redactarán como resultados de la misma. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información.

Además, podrá dejar de responder en cualquier momento las evaluaciones psicológicas si lo desea, sin que ello reciba sanción de ningún tipo. Asimismo, usted puede recurrir a la Escuela de Psicología de la PUCE- Ambato para resguardar sus derechos si usted percibiese que estos han sido vulnerados en algún sentido.

Por último, si consciente su participación, por favor llene esta carta de consentimiento, firmela y devuelva a la persona que le ha solicitado esta autorización. Si tiene cualquier duda o pregunta no dude en realizarla al momento de firmar o puede dirigirla al director de esta investigación.

Autorizo que se realice la evaluación para la investigación propuesta.

Firma de la participante
Responsable

Firma de la Investigadora

Cedula de ciudadanía _____

Anexo 4: Ficha Sociodemográfica

ANEXO 3: Ficha Ad Hoc Sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Lea detenidamente cada una de las indicaciones y complete la información requerida o marque con un "X" en la respuesta que corresponda.

INFORMACIÓN GENERAL.

1. Edad: _____
2. Sexo: Masculino Femenino
3. Ciudad de Procedencia: _____
4. Ciudad Domicilio Actual: _____
5. Sector del domicilio: Urbano Rural
6. Identificación Étnica: Mestizo(a) Indígena Afro Blanco(a)
7. Estado Civil: Soltero/a Unión Libre Casado/a Separado/a
Divorciado/a Viudo/a
8. Escolaridad: Primaria Secundaria Superior
9. Identificación Religiosa: Católico(a) Cristiano(a)/Evangélico(a) Testigo de Jehová
Mormón Creyente sin identificación religiosa Ateo Otra identificación
¿Cuál? _____
10. Con quién vive actualmente: Solo Con mis padres Otro
¿Cuál? _____
11. ¿Posee en la actualidad algún problema de salud mental o psicológico significativo? Sí No
¿Este problema ha sido diagnóstica por un profesional? Si ¿cuál? _____
No
12. Estás pasando por una ruptura amorosa? Sí No
13. Hace cuánto tiempo estás atravesando esta ruptura amorosa....
14. ¿Cuál fue el motivo de la ruptura amorosa?

Anexo 5: Inventario de depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

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

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

- 1. Tristeza**
 - 0 No me siento triste.
 - 1 Me siento triste gran parte del tiempo
 - 2 Me siento triste todo el tiempo.
 - 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
- 2. Pesimismo**
 - 0 No estoy desalentado respecto del 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 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 Puedo recordar cosas que he hecho que me hacen sentir culpable.
 - 3 No puedo recordar cosas que he hecho que me hacen sentir culpable.
 - 4 Me es difícil recordar lo bueno que he hecho.
 - 5 Sólo puedo recordar cosas que me hacen sentir culpable.

Anexo 6: Validaciones de expertos del plan de intervención

Instrumento para la validación de propuestas de intervención psicológica

Usted ha sido seleccionado como experto para validar la propuesta de intervención psicológica. La felicidad depende de ti., por lo que, se le solicita su participación como validador de la misma. Le solicitamos nos facilite la siguiente información:

- Nombres y apellidos del experto: *Angel Fabricio Ortiz Barba*
- Cargo e institución donde labora: *Psicólogo Clínico IESS y Consulta Privada*
- Profesión: *Psicólogo Clínico*
- Grado académico: *Quinto Nivel*
- Años de experiencia en la profesión: *9 años*
- Actividad científico-investigativa y profesional del experto:
Posgrado en Intervención Psicológica

Para la validación de la propuesta de intervención psicológica, usted debe calificar dos dimensiones con sus indicadores, en una escala del 1 al 100, la cual se distribuye de la siguiente manera: 1-20 es deficiente; 21-40 es baja; 41-60 es regular; 61-80 es buena; 81-100 es muy buena. Las dimensiones son: *procedimental* con 7 indicadores y *factibilidad* con 2 indicadores:

1. Procedimental/indicadores:

- Planificación operativa
- Ajuste ético-profesional
- Suficiencia
- Coherencia
- Relevancia
- Organización
- Relación entre las variables


2. Factibilidad/indicadores:

- Relación costo-beneficio
- Adaptabilidad

Indicación al experto:

En la siguiente tabla 4, califique cada dimensión e indicador marcando con una X, de acuerdo a la escala descrita anteriormente; además, puede escribir las observaciones que usted considere pertinente.

Relación costo-beneficio	Existe un balance entre el costo-beneficio en función de los recursos materiales, económicos y personal para ejecutar la propuesta
X	X
Adaptabilidad	La propuesta puede ser adaptada a otros requerimientos según la necesidad del contexto
X	X


 Firma del Juez
 Nombre del Juez
 Dayamy Lima Rojas

Anexo 8: Validación 3

Instrumento para la validación de propuestas de intervención psicológica

Usted ha sido seleccionado como experto para validar la propuesta de intervención psicológica. La felicidad depende de ti, por lo que, se le solicita su participación como validador de la misma. Le solicitamos nos facilite la siguiente información:

- Nombres y apellidos del experto: *Pamela Alexandra Camacho Bonilla*
- Cargo e institución donde labora: *Psicóloga Clínica del Centro de Psicología Aplicada*
- Profesión: *Psicóloga Clínica*
- Grado académico: *Cuarto Nivel*
- Años de experiencia en la profesión: *Cuatro años*
- Actividad científico-investigativa y profesional del experto: *Maestría en Neuropsicología y Educación*

Para la validación de la propuesta de intervención psicológica, usted debe calificar dos dimensiones con sus indicadores, en una escala del 1 al 100, la cual se distribuye de la siguiente manera: 1-20 es deficiente; 21-40 es baja; 41-60 es regular; 61-80 es buena; 81-100 es muy buena. Las dimensiones son: *procedimental* con 7 indicadores y *factibilidad* con 2 indicadores:

1. Procedimental/indicadores:

- Planificación operativa
- Ajuste ético-profesional
- Suficiencia
- Coherencia
- Relevancia
- Organización
- Relación entre las variables

2. Factibilidad/indicadores:

- Relación costo-beneficio
- Adaptabilidad

Indicación al experto:

En la siguiente tabla 4, califique cada dimensión e indicador marcando con una X, de acuerdo a la escala descrita anteriormente; además, puede escribir las observaciones que usted considere pertinente.

	técnicas, recursos materiales, tiempo para el abordaje del tema																														
Coherencia	Los componentes de la propuesta tienen relación lógica entre sí; con lenguaje claro y sencillo																														
Relevancia	La propuesta se ajusta a los objetivos de la investigación, a las necesidades de los beneficiarios detectadas en el diagnóstico																														
Organización	Se refiere a la secuencia de las actividades según orden de complejidad																														
Relación entre las variables	Se tiene en cuenta la relación y consecuencia entre las variables																														
Factibilidad	Analiza la posibilidad de la implementación y reapiación de la propuesta en uno o varios contextos																														

Anexo 9 Validación 4

Instrumento para la validación de propuestas de intervención psicológica

Usted ha sido seleccionado como experto para validar la propuesta de intervención psicológica. La felicidad depende de ti., por lo que, se le solicita su participación como validador de la misma. Le solicitamos nos facilite la siguiente información:

- Nombres y apellidos del experto: Alexander Vinicio Briceño Paredes
- Cargo e institución donde labora: Ministerio de salud Pública
- Profesión: Biólogo clínico
- Grado académico: _____
- Años de experiencia en la profesión: 4 años
- Actividad científico-investigativa y profesional del experto: Atención primaria en salud, y prevención en salud mental

Para la validación de la propuesta de intervención psicológica, usted debe calificar dos dimensiones con sus indicadores, en una escala del 1 al 100, la cual se distribuye de la siguiente manera: 1-20 es deficiente; 21-40 es baja; 41-60 es regular; 61-80 es buena; 81-100 es muy buena. Las dimensiones son: *procedimental* con 7 indicadores y *factibilidad* con 2 indicadores:

1. Procedimental/indicadores:

- Planificación operativa
- Ajuste ético-profesional
- Suficiencia
- Coherencia
- Relevancia
- Organización
- Relación entre las variables

2. Factibilidad/indicadores:

- Relación costo-beneficio
- Adaptabilidad

Indicación al experto:

En la siguiente tabla 4, califique cada dimensión e indicador marcando con una X, de acuerdo a la escala descrita anteriormente; además, puede escribir las observaciones que usted considere pertinente.

Coherencia	<p>técnicas, recursos materiales, tiempo para el abordaje del tema de la propuesta tienen relación lógica entre sí; con lenguaje claro y sencillo</p>	
Relevancia	<p>La propuesta se ajusta a los objetivos de la investigación, a las necesidades de los beneficiarios detectadas en el diagnóstico</p>	X
Organización	<p>Se refiere a la secuencia de las actividades según orden de complejidad</p>	X
Relación entre las variables	<p>Se tiene en cuenta la relación y consecuencia entre las variables</p>	X
Factibilidad	<p>Analiza la posibilidad de la implementación y replicación de la propuesta en uno o varios contextos</p>	X

