



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



CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD ONLINE

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

PROBLEMA:

VIOLENCIA SEXUAL EN EL ENTORNO FAMILIAR Y SU INCIDENCIA EN
LA DEPRESIÓN DE UNA MUJER DE 40 AÑOS

AUTORA:

GABRIELA ANTHONELA CARRILLO SÁNCHEZ

TUTOR:

PSIC. WALTER ADRIÁN CEDEÑO SANDOYA, MSC

BABAHOYO – 2021

RESUMEN

La violencia sexual es una problemática que se presenta frecuentemente dentro del entorno familiar cercano, no ve estatus económico, social, edad, religión o sexo. Las afectaciones que vienen por este tipo de violencia no solo son de carácter físico, sino también psicológico, siendo afectados quienes la han padecido y quienes conviven con ellos. Por su parte, la depresión es un estado de ánimo bajo que tiene repercusiones en las actividades cotidianas que el sujeto desarrolla en su diario vivir. Existen diversos tipos de depresión o trastornos depresivos. En este estudio de caso se hablará de un episodio depresivo grave según la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima versión de la Organización Mundial de la Salud, el cual consiste en una profunda tristeza, llanto frecuente, sentimientos de culpabilidad, ideas o pensamientos de muerte, baja autoestima, entre otros. Tanto las víctimas directas como indirectas pueden llegar a padecer de un episodio o cuadro depresivo debido al daño, fuerza, intimidación o amenazas que el abusador usa para controlar a su víctima. A través de un proceso psicoterapéutico adecuado se puede trabajar el trauma y los síntomas asociados a este.

Palabras claves: violencia sexual, depresión, familia, psicoterapia.

ABSTRACT

Sexual violence is a problem that occurs frequently within the close family environment, it does not see economic, social status, age, religion or sex. The effects that come from this type of violence are not only physical, but also psychological, affecting those who have suffered from it and those who live with them. Depression is a state of mind that consists of deep sadness that has repercussions on the daily activities that the person develops in their daily life. There are various types of depression or depressive disorders. In this case study we will talk about a severe depressive episode according to the International Classification of Diseases in its tenth version of the World Health Organization, which consists of deep sadness, frequent crying, feelings of guilt, ideas or thoughts of death, low self-esteem, among others. Both direct and indirect victims can suffer from a depressive episode due to the damage, force, intimidation or threats that the abuser uses to control their victim. Through an appropriate psychotherapeutic process, the trauma and the symptoms associated with it can be worked on.

Keywords: sexual violence, depression, family, psychological therapy.

ÍNDICE

Resumen	2
Abstract.....	3
Introducción.....	4
Desarrollo.....	5
Justificación.....	5
Objetivo general.....	5
Sustento teórico.....	6
Técnicas aplicadas para la recolección de información.....	14
Resultados obtenidos.....	16
Situaciones detectadas	19
Soluciones planteadas.....	20
Conclusiones.....	21
Bibliografía.....	23
Anexos.....	25

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso ha sido desarrollado con la finalidad de exponer como la violencia sexual incide en la depresión de una mujer de 40 años en la ciudad de Babahoyo, provincia de Los Ríos.

La violencia sexual es una problemática que cada vez es más frecuente en el mundo actual, su particularidad es que se da con mayor frecuencia dentro del entorno familiar o cercano. La violencia sexual no tiene edad de inicio específico en sus víctimas, ni en sus victimarios; puede darse en la infancia, adolescencia o adultez, al igual que no tiene status económico que lo detenga.

La depresión es un estado de ánimo bajo que suele manifestarse subjetivamente a través de retraimiento en actividades sociales, baja autoestima, llanto frecuente, sentimiento profundo de tristeza que puede ser como no ser a causa de algo.

La violencia sexual como su nombre lo indica es el acto sexual sin consentimiento de una de las partes, usualmente se da en menores de edad y en estadísticas se demuestra que es más frecuente que suceda en el grupo familiar debido a la cercanía del agresor con la víctima, quien suele callar el abuso debido a amenazas o por culpabilidad.

La investigación se encuentra inmersa en la línea de investigación de la carrera de Psicología Clínica, Salud integral y sus factores físicos, mentales y sociales, y a su vez con la sublínea problemas psicosociales de la familia y del desarrollo evolutivo. Se ha empleado un enfoque investigación mixto, ya que se utilizan técnicas tanto cualitativas como cuantitativas, tales como la entrevista, observación directa, análisis documental y test psicométricos.

DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN

La violencia sexual es una problemática de carácter social en aumento que suele presentarse en la infancia o adolescencia de la persona afectada, siendo una gran parte que se da dentro del grupo familiar cercano durante varias ocasiones.

Mediante este estudio de caso se demuestra las etapas de un episodio depresivo grave en la madre de un menor que sufrió en diversas ocasiones de violencia sexual por parte de un familiar cercano y el proceso psicoterapéutico para lograr su bienestar.

Según el Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional el 65% de casos relacionados con la violencia sexual contra menores de edad es cometido por familiares, de esto únicamente el 44,4% son denunciados, por lo tanto es posible constatar que dicha problemática genera gran impacto a nivel nacional y mundial.

Los beneficiarios de la investigación serán la comunidad universitaria, pues se realizará una contribución científica, la paciente y su hijo ya que se realizará un abordaje psicológico el cual contempla dos etapas, una de psicodiagnóstico y otra de psicoterapia, con el fin de generar un cambio positivo en la paciente.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la incidencia de la violencia sexual a nivel del entorno familiar en la depresión de una mujer de 40 años en la ciudad de Babahoyo.

SUSTENTO TEÓRICO

Depresión

De acuerdo a Domínguez (1991) la depresión ha sido estudiada por siglos debido a la gravedad e intensidad de sus síntomas, siendo Hipócrates el primero del que se tiene registro en estudiarla, llamándola melancolía, esto se dio a través de su teoría de los cuatro humores, la cual fue planteada en el siglo IV A.C. En aquel entonces Hipócrates sostenía que la melancolía se daba por un estado de nostalgia por un dolor o preocupación por altos niveles de bilis negra.

Retamal (1999) relata que la depresión es una alteración del estado de ánimo que consiste en la pérdida de interés y de placer en las actividades, suelen presentarse a través de síntomas psíquicos como insomnio, alteraciones cognitivas, hiperfagia o anorexia, entre otros síntomas de consideración. Para (Díaz et al., 2006) la depresión es un fenómeno social y un problema médico que afecta a cada región del planeta, con mayor incidencia en países capitalistas, en los cuales la pobreza llega a un nivel extremo.

La depresión es endógena y exógena. Endógena debido a que no hay causas aparentes que la ocasionen, sino que tendría una fuente biológica. El estrés es un factor importante en la aparición de este tipo de depresión, ya que se encuentra directamente asociado con el hipotálamo, la hipófisis y las glándulas suprarrenales. El estrés crónico supone que los trastornos depresivos se dan por una inadecuada plasticidad neuronal, lo cual no permite la correcta adaptación frente a las presiones ambientales que puede tener un individuo. Por su parte la depresión exógena o también llamada reactiva aparece como consecuencia de la pérdida de un ser querido, problemas económicos o causas externas definidas.

La depresión también puede tener causas genéticas, ya que en estudios hechos por (Sullivan et al., 2000) los familiares de primer y segundo grado tienen hasta tres veces más posibilidades de adquirir un trastorno depresivo en el curso de su vida que quienes tienen familiares que no presenten esta patología. La posibilidad de heredar un trastorno depresivo está entre el 31 al 42%.

En cuanto a la etiología biológica de la depresión conforme manifiesta (Pérez et al., 2017) causa cambios en las estructuras celulares, neuroendocrinas, hipocampo, amígdala, corteza prefrontal y corteza cingulada. El sistema límbico quien tiene un rol fundamental en el control de las emociones, puede producir alteraciones de homeostasia emocional.

En personas quienes padecen o han padecido un trastorno depresivo se ha visto una disminución significativa en el funcionamiento del sistema endocrino, las alteraciones en los glucocorticoides del hipocampo contribuye a este trastorno. Si el hipocampo no funciona correctamente se ha demostrado vinculación con síntomas depresivos. (Silva, 2002)

Según datos de la (Organización Panamericana de Salud, [OPS], 2017) se estima que aproximadamente 322 millones de personas sufren de trastornos relacionados a la depresión, lo cual sería un 4,4% de la población mundial, siendo el continente americano el cuarto más afectado. La depresión está actualmente establecida como un problema de salud pública.

De acuerdo a datos del (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, [INEC], 2015) en Ecuador los diagnósticos de depresión en mujeres triplican el diagnóstico hecho en hombres, siendo en las mujeres 36.631 y en los hombres 13.748. El 64% de personas atendidas en casas de salud debido a depresión han sido mujeres, en su mayoría en un rango de edad de 18 a 59 años. El

suicidio por depresión pasó de 734 casos en 2014 al 2019 con 1.214 muertes, lo que da un total de un total de 4 suicidios diarios, de los cuales 3 corresponden a hombres y 1 a mujeres.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

La OMS (1992) hizo oficial el uso de la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, el cual es un manual de uso general en el área clínica a nivel mundial. Los problemas relacionados a la salud mental están en la clasificación F, siendo F32 y F33 relacionados a episodios depresivos adscritos a este libro, de los cuales hay una clasificación de catorce episodios o trastornos.

Los episodios depresivos se caracterizan por una reducción de energía, baja autoestima, sentimientos de culpabilidad, pérdida del interés, falta de concentración y atención, cansancio, decaimiento, problemas de sueño, poco o en raros casos incremento del apetito, pérdida de peso, abatimiento, pérdida del libido, falta de confianza en sí mismo, entre otros. Para la OMS la discapacidad se atribuye a la depresión, siendo este el factor principal para el suicidio.

El episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos se presenta con la mayor parte de los síntomas descritos anteriormente, siendo estos claros, marcados y de gran intensidad, entre los síntomas que dan la gravedad a este episodio son los pensamientos de muerte o intentos de suicidio, incluso llegando a consumarlo.

Según la (American Psychiatric Association, □APA□, 2014) en la quinta versión del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders los trastornos depresivos son una perturbación disruptiva del estado de ánimo de un individuo. En este manual los trastornos depresivos se dividen en siete.

El Trastorno de depresión mayor se da por un tiempo mayor de dos semanas la mayor parte del día, casi todos los días los síntomas principales son la pérdida del interés o placer por las actividades y un estado de ánimo deprimido, también puede presentarse la pérdida del apetito o el incremento del mismo, pérdida de peso, problemas de sueño, disminución de la concentración o atención, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, baja autoestima, pensamientos de muerte o ideación suicida.

Violencia

Según la (Organización Mundial de Salud [OMS], 2002) la violencia es el uso deliberado de la fuerza física o el dominio, puede ser grado de amenaza, contra otra persona o contra un grupo de personas, que produzca o tenga muchas probabilidades de hacer daño que puede ser físico o psicológico. La violencia se encuentra actualmente como un problema de salud pública debido a la dimensión que se ha registrado en los últimos años, habiendo un notable incremento en la última década, pero se estima que la cifra es mayor a la registrada.

La palabra violencia proviene del latín *violentia*, la cual es la ejercicio de violentar o violentarse (Real Academia Española, [RAE] 2001). En la psicología se conoce que la violencia es un impulso consciente o inconsciente que busca dañar o destruir algo. Existen tres teorías que buscan explicar esto, en la teoría del aprendizaje se indica que el ser humano únicamente sigue y reproduce patrones que ha aprendido, la teoría de la frustración-agresión indica que el comportamiento es reactivo, que el individuo responde de manera violenta a las frustraciones que tiene y por último la teoría teológica de la agresividad la cual se basa en la psicología evolutiva de los lactantes, quienes reacciones con temor frente a personas desconocidas, aún sin tener alguna experiencia negativa con ellos. (Álvarez-Cienfuegos & Egea, 2003)

Tipos de violencia

La violencia no solo comprende el ocasionar daño a alguien, sino también el auto-lesionarse. Existen diversos tipos de violencia que se dividen en tres categorías que son la violencia interpersonal, violencia colectiva y violencia auto-infligida. De acuerdo con (Espín, Valladares, Abad, Presno & Gener, 2008) la violencia interpersonal comprende dos categorías, la primera es la violencia intrafamiliar o de pareja, la cual se da en el hogar, siendo sus perpetradores padres, hermanos, abuelos, tíos o primos, sus víctimas mayormente son niños, adolescentes, mujeres y adultos mayores.

La segunda categoría de este tipo de violencia abarca la violencia comunitaria, la cual usualmente se da fuera del hogar con personas desconocidas y en pocos casos familiarizados a través de lazos sanguíneos o previo conocimiento en centros educativos o instituciones laborales. La violencia colectiva tiene tres subdivisiones, siendo la violencia política la más común en países subdesarrollados, ya que se da por grandes grupos para oprimir y obtener poder del estado. La violencia social se lleva a cabo por grupos o movimientos que generan actos de odio con el fin de cumplir un objetivo o engaño. La violencia económica se da a través de negar los recursos o actividades que podrían generar un ingreso, no solo es producida por grandes grupos sino también dentro del hogar sobre todo hacia las mujeres.

La violencia auto-infligida inicia desde el momento de la aparición de pensamientos de suicidio hasta el suicidio consumado, siendo una parte muy importante los intentos de suicidio, mutilaciones y auto-agresiones con armas de fuego, corto punzantes y otros.

Según la naturaleza de los actos la violencia puede ser física que es el lesionar o causar heridas a alguien a través de su cuerpo o con herramientas externas, la violencia verbal es la agresión que se da a través de las palabras, la violencia psicológica es el causar daño a otra persona a través de actos que generan un malestar emocional, la violencia sexual es la que se da a través de abuso sexual o violación, la violencia económica es el controlar, amenazar o despreciar a otro individuo en una manera de controlar la situación financiera, la violencia sexual es todo tipo de agresión que involucre cualquier tipo de agresión sexual sin el consentimiento de la otra parte.

Violencia sexual

La (OMS, 2013) puntualiza a la violencia sexual como todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los notas o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

De acuerdo a las estadísticas de la Fiscalía General del Estado la violencia sexual denunciada está en crecimiento en Ecuador, pero es una realidad que no es muy diferente en países de Latinoamérica. La violencia sexual una problemática social y de salud pública, al igual que una violación a los derechos humanos de quienes son víctimas. Las denuncias por violación, abuso sexual y acoso sexual tuvieron una leve disminución en los primeros meses de la declaratoria de la emergencia sanitaria por el SarsCov-2. (Escuela Politécnica Nacional [EPN], 2020)

Un gran número de perpetradores se encuentra dentro del hogar, siendo el círculo de confianza, como son los padres, hermanos, pareja, tíos, sobrinos, primos, abuelos o alguien ajeno al hogar pero que mantiene una relación de cercanía, en pocos casos documentados es una persona

ajena a este círculo. Bajo amenazas o creencias de culpabilidad los victimarios suelen engañar o hacer que mantengan el silencio para así no ser descubiertos.

Las consecuencias del abuso sexual pueden darse a nivel físico, espiritual, reproductivo, social y psicológico, pudiendo tener repercusiones a corto y largo plazo. A corto plazo en el área psicológica la víctima podría presentar un trastorno por estrés agudo, episodio depresivo; a largo plazo en esta misma área podría llegar a desarrollar un trastorno disociativo, trastorno de estrés postraumático, trastorno depresivo mayor, trastorno de personalidad como una manera de alivianar sus cargas emocionales. La violencia sexual puede relacionarse con una aceptación social más extensa del uso de la violencia cuando se trata de un conviviente a otro. En cuanto a las relaciones de poder entre el victimario y la víctima se ejerce control a través de dinámicas de control, desigualdad y falta de equidad.

La violencia sexual ha sido relacionada a una cantidad considerable de problemas de índole reproductiva, así como enfermedades como el virus de inmunodeficiencia humana, abortos espontáneos, embarazos no planificados, problemas ginecológicos y disfunción sexual. La violencia sexual también tiene repercusiones económicas y sociales como es la baja participación de las mujeres en política, menor empleo para mujeres, entre otras.

La violencia sexual afecta tanto a mujeres como a hombres de diferentes edades, es una violación a los derechos humanos que en ocasiones no consiguen la justicia o reparación. En Ecuador el Código Orgánico Integral Penal (2014) establece en sus artículos relacionados con la violencia sexual condenas según lo estipulan sus divisiones, en el artículo 171 se da una pena de privación de libertad de dieciséis a veintidós años para quien cometa un acto de violación.

En el artículo 156 del COIP se establece una pena de tres a cinco años para quien cometa abuso sexual, siendo esta sin consentimiento y sin que exista penetración de ningún tipo. Existen varios tipos de violencia sexual que es condenada, como lo es la agresión sexual, acoso sexual, caricias sin consentimiento, explotación sexual, violación, incesto y abuso sexual de menores.

Para (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005) los factores de riesgo son los elementos que tendrían mayor incidencia en el cometimiento o en las posibilidades de ser parte de un acto que puede ser violento o no. En la violencia sexual existen tres ámbitos, los cuales son: edad, sexo y capacidad reducida en revelar lo sucedido. La edad de inicio tiene una media de inicio entre los seis y siete años, aunque también prevalece entre los diez y doce años. En cuanto al sexo las estadísticas demuestran que es en las mujeres que la violencia sexual afecta más que a los hombres, debido a que una gran parte de abusadores son hombre heterosexuales. Por último, quienes tienen más probabilidades de ser víctimas de violencia sexual son quienes no tienen la capacidad de comunicación adecuada con un adulto mayor, esto puede ser por lazos afectivos poco establecidos, retrasos en el desarrollo, algún tipo de discapacidad, sentimientos de culpabilidad o carencia de afecto.

TÉCNICAS APLICADAS A LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El actual estudio de caso se ha desarrollado bajo un enfoque mixto, ya que se procedió a usar distintas técnicas psicológicas y psicométricas para la recopilación de datos importantes para llevar a cabo el proceso psicodiagnóstico y psicoterapéutico, tales como anamnesis, observación directa, aplicación de test psicotécnicos, historia clínica e informe psicológico.

La investigación ha sido direccionada bajo el método inductivo, el cual abarca desde particularidades hasta generalidades en el proceso de la indagación, con un alcance descriptivo con el objetivo de detallar la incidencia de la depresión en el abuso sexual dentro del entorno familiar de una mujer de 40 años en la ciudad de Babahoyo. Las técnicas usadas se puntualizarán a continuación:

Entrevista clínica psicológica

La entrevista clínica psicológica tiene como propósito el obtener y recopilar datos importantes acerca del problema que la paciente está presentando, así como acontecimientos que pueden influir en el mismo. A través de la misma se procede a la identificación de sintomatología y al análisis de las técnicas a usar. En este estudio de caso se ha usado la entrevista semiestructurada.

Observación directa

La observación directa permite una retrospectiva del malestar que aqueja a la paciente a través de su discurso, expresiones, gestos y micro-gestos. Es una herramienta altamente significativa por su uso a la hora de formulación del caso.

Historia clínica psicológica

A través de la historia clínica se recopila información importante acerca de la paciente desde sus datos básicos, motivo de consulta, antecedentes psicopatológicos familiares, escolarización, historia laboral, habilidades sociales, topología habitacional, exploración de estado mental, memoria, inteligencia, orientación, atención, psicomotricidad, percepción, lenguaje, ideación suicida, hechos traumáticos, conciencia de enfermedad, juicio de realidad, diagnóstico, esquema terapéutico, toma y resultado de los test psicológicos empleados. A través de los trece puntos de la historia clínica se intenta recabar datos que corroboren el diagnóstico y así efectuar uso de técnicas terapéuticas. (Anexo 1)

Test psicométricos

Inventario de depresión de Beck en su segunda edición

El BDI-II es un instrumento de evaluación psicológica de sintomatología depresiva. Consta de veintinueve ítems que a su vez tienen entre cuatro a siete opciones para calificar intensidad y frecuencia de síntomas depresivos. Este cuestionario fue creado complementado en el DSM IV, con un coeficiente alfa de Cronbach 0.80. Su uso está destinado para adolescentes y adultos. Las puntuaciones van desde cero hasta sesenta y tres, pasando desde sintomatología leve hasta sintomatología severa. (Anexo 2)

Escala de ideación suicida de Beck

También conocida como la Scale for Suicide Ideation o SSI, es una escala de veintinueve ítems divididos en cinco categorías heteroaplicadas que evalúa posibilidades o intencionalidad de cometer suicidio, fue elaborada en 1979 por Aaron T. Beck. La puntuación va desde cero hasta treinta y ocho. Tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0.89. (Anexo 3)

RESULTADOS OBTENIDOS

Presentación del caso

Paciente de 40 años de la ciudad de Babahoyo, tiene 4 hijos, se dedica a labores agrícolas. Asiste a consulta psicológica debido al malestar que le aqueja desde hace unos meses cuando se enteró que su hijo de 10 años había sido víctima de violencia sexual por parte de un familiar cercano. La paciente relata “siento como un peso aquí en el pecho que no me deja, a veces no quisiera llorar pero se me salen las lágrimas, a veces siento que ya no puedo más, que lo único por lo que sigo aquí es por mi hijo. No puedo creer cómo se empeñan en arruinarnos más de lo que estamos, y lo peor es que es mi propia familia la que hace esto, esto va a seguir así ¿cuál es el sentido de vivir? A veces solo quisiera morir y que esto se acabe pero no sería capaz de dejar a mi hijo solo, no sirvo para nada, a mí nadie me necesita, solo mi hijo y aun así no lo atiende como debe ser, mire lo que le pasó por mi culpa”. Durante el relato de su discurso la paciente llora continuamente. Manifiesta que tiene poco apetito y que tiene dificultades para conciliar el sueño.

Sesiones

Este estudio de caso se realizó en cuatro sesiones, las cuales se darán a conocer a continuación:

Primera sesión: Con fecha 10 de junio de 2021 a las 09:00 se ha procedido a dar inicio a la primera sesión, creando un ambiente de confianza, estableciendo pautas para llevar a cabo las sesiones, se procede a hacer una lectura y posterior firma del consentimiento informado en el cual se le informa a la paciente acerca del procedimiento, la confidencialidad, ética, la grabación de la entrevista en audio y la toma de pruebas psicológicas.

Una vez la primera parte de la sesión ha sido establecida, se procede a la toma de datos básicos de la paciente, donde manifiesta ser originaria del cantón Montalvo, refiere tener cuatro

hijos de los cuales únicamente el menor de 10 años vive junto a ella en un departamento del cantón aledaño, comenta que se ha dedicado a las labores agrícolas desde que era muy joven y que practica activamente la religión cristiana evangélica.

La paciente relata que hace varios meses su hijo comenzó a manifestar conductas de agresividad hacia ella, por lo cual contantemente intentaba indagar y saber qué sucedía, hasta que un día mientras bañaba a su hijo le confesó que en casa de un familiar cercano a su hogar, un primo quien es mayor de edad había procedido a violentarlo sexualmente en repetidas ocasiones. Una vez se enteró de lo sucedido, procedió a poner la respectiva denuncia en la fiscalía de la provincia, y es desde ese día que relata vivir una pesadilla.

Manifiesta que no puede conciliar el sueño, despertarse por la noche o muy temprano en la mañana sin poder descansar nuevamente, comenta que se siente obligada a preparar alimentos, bañarse y vestirse para que su hijo no tenga una imagen negativa de sí misma.

Siendo las 09:45 se procede a explicarle a la paciente como los pensamientos crean sentimientos, así mismo se ha procedido a explicarle una tarea que tendrá que realizar durante el curso de los días hasta la siguiente sesión, la cual consiste en identificar y anotar los pensamientos, sentimientos y situaciones que le produzcan malestar o abatimiento. Se acuerda una siguiente cita para el 16 de junio a las 09:00.

Segunda sesión: En esta sesión se ha continuado con la toma de datos importantes para la historia clínica, al igual que se ha procedido a la revisión de la tarea enviada a casa en la sesión pasada, se evalúa sintomatología

La paciente relata que hoy hizo un gran esfuerzo por levantarse de la cama, ya que comenta que hay días en los que quisiera que su sufrimiento llegue a un fin lo más pronto posible. Se le

pide a la paciente con ayuda de una hoja haciendo una línea divisoria que relate cuales eran las razones que en el pasado tenía para continuar con su vida, y cuáles de esas razones continúan siendo válidas ahora en el presente. Se acuerda una cita para el 24 de junio a las 10:00.

Tercera sesión: La sesión se da el jueves 24 de junio a las 10:00, con una duración de 1 hora 10 minutos. Se continúa con detalles de la historia clínica, la paciente refiere que el asistir a las sesiones la ayuda porque se siente escuchada pero relata que una vez que llega a casa se siente sola, a pesar que su hijo está constantemente acompañándola. Comenta constantemente sentir una opresión en su pecho, y relata que no hay peor castigo que lo que ha pasado con su hijo menor, que no sabe cómo hará para que el niño tenga un buen futuro y cuestiona si es importante continuar con su vida.

Se pasa a la toma de las pruebas psicométricas, con las cuales se da la respectiva explicación. La paciente finaliza el BDI-II a los 8 minutos de iniciada la prueba, para la SSI toma más tiempo en analizar los ítems y brindar una respuesta, tomando un total de 19 minutos. Durante la sesión se ha trabajado la desesperanza de los pensamientos suicidas, como tarea para casa se ha enviado a evaluar el grado de creencia de sus pensamientos, previa explicación.

Cuarta sesión: La sesión dio inicio con fecha 02 de julio de 2021 a las 09:00, con una duración de 50 minutos se ha procedido a realizar la devolución de las sesiones anteriores y la actual, se explica acerca de los resultados obtenidos en las pruebas psicológicas, acerca de la sintomatología que se encuentra y se da detalles acerca del proceso psicoterapéutico a iniciarse. La paciente relata que ha sentido mucha indignación con su hermana ya que ella protege al agresor de su hijo, cree que si ella no realiza ningún acto de violencia contra sí misma, lo hará en contra de ella. Manifiesta estar en incertidumbre al no saber qué hacer con su vida y cómo manejar la situación emocional y legal con el menor. Se acuerda una cita para el 08 de julio del 2021.

SITUACIONES DETECTADAS

En el inventario de depresión de Beck II la paciente ha obtenido una puntuación de 48 puntos, estando en el rango de sintomatología depresiva severa, siendo los ítems de mayor calificación a tener en cuenta las ideas de ser un fracaso, pérdida de placer, sentimientos de castigo, sentimientos de culpa, autocrítica, pérdida de energía, poco apetito, pérdida del interés. Otros aspectos importantes a considerar de la prueba del individuo son los pensamientos de muerte, irritabilidad, hábitos de sueño, cansancio, pesimismo y la tristeza constante.

En la escala de ideación suicida de Beck la paciente tiene un puntuación de 18, siendo la categoría más alta con 7 puntos las características de los pensamientos o deseos suicidas, seguida por 6 puntos de las características o actitudes hacia la vida o muerte. En cuanto a las características del proyecto de intento marca un total de 3 y en la realización del proyecto 2. No tiene puntuación para los factores de fondo, su factor disuasorio es su hijo menor.

El resumen sindrómico indica:

Área cognitiva-afectiva: Presenta alteración del pensamiento, dificultad en la realización de actividades cotidianas, ideas de inutilidad, pensamientos de muerte, pensamiento de culpa, tristeza, angustia, temor, hostilidad, irritabilidad, llanto frecuente.

Área conductual: Aislamiento, evitación de situaciones de riesgo.

Con base a los síntomas y signos recopilados durante el proceso, la paciente cumple con los criterios del F32.2 que indica un Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos de acuerdo a la Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades en su décima versión.

SOLUCIONES PLANTEADAS

Para el bienestar integral de la salud mental de la paciente se recomienda terapia cognitiva conductual a través del siguiente esquema terapéutico:

Esquema terapéutico						
Categoría	Objetivo	Actividad	Técnica	# S e s	Fecha	Resultados Obtenidos
Cognitiva-afectiva	Reestructurar los pensamientos que generan angustia y tristeza.	Se ha brindado los recursos necesarios para la identificación de pensamientos que causen malestar a través de las técnicas empleadas. Se ha trabajado las ideas de suicidio a través de una evaluación a las razones válidas del presente y del futuro.	Elicitación de pensamientos /retribución / pensamiento alternativo / Inclinación de la balanza en contra el suicidio	5	08/07/ 2021 16/07/ 2021 22/07/ 2021 30/07/ 2021 02/08/ 2021	Se ha conseguido que la paciente logre identificar los pensamientos que le producen un malestar significativamente alto durante el día, y combatir los pensamientos o ideas acerca del suicidio.
Conductual	Generar un cronograma de actividades con asignación gradual y un entrenamiento en conductas productivas.	Se ha instruido acerca de las actividades a plantearse cuando aparezcan los pensamientos negativos y que evalúe de manera realista las situaciones que pueden presentarse.	Programación de actividades / asignación de tareas graduales / entrenamiento en asertividad	3	06/08/ 2021 13/08/ 2021 19/08/ 2021	La paciente ha logrado realizar actividades sin mayor problema, ha aprendido a plantear soluciones y evaluar objetivamente las situaciones planteadas.

CONCLUSIONES

Con este estudio de caso se concluye sobre la grave afectación que produce la depresión debido a la violencia sexual en una mujer de 40 años, dado que quienes padecen un episodio depresivo grave suelen tener síntomas de profunda tristeza, ideas de suicidio, dificultad para realizar tareas cotidianas, poca energía, baja autoestima, sentimientos de culpa, lo que conlleva a las constantes de ideas de minusvalía y esto a su vez ocasiona que la paciente no se pueda desenvolver con la misma agilidad que tenía antes de presentar este malestar. Un episodio depresivo afecta de tal manera que no solo se ve envuelto quien lo padece, sino quienes constantemente son parte de la vida diaria del individuo, ya que afecta las áreas afectiva, cognitiva, conductual, familiar, social, laboral y sexual.

La línea de investigación usada para este estudio de caso ha sido eficazmente aplicada, ya que se organiza con las herramientas y técnicas usadas. Se ha mantenido el enfoque a la solución de la depresión de una mujer de 40 años debido a la violencia de carácter sexual dentro del entorno familiar, basándose en el modelo cognitivo conductual para el tratamiento psicoterapéutico y su posterior beneficio y en el CIE-10 para el diagnóstico F32.2 que indica un episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. Así se ha cumplido con la línea de investigación de la carrera de Psicología Clínica, la cual es acerca de la salud integral y sus factores físicos, mentales y sociales, y a su vez con la sublínea problemas psicosociales de la familia y del desarrollo evolutivo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, en especial en la salud mental de la paciente.

Se puede finiquitar acerca del trabajo integral en salud mental que se hace con el uso de las herramientas psicológicas presentadas anteriormente, como lo son el uso de test psicométricos como lo han sido el Inventario de depresión de Beck II y la Escala de ideación suicida de Beck, la

historia clínica, observación directa, el uso de los manuales de diagnóstico, así como la preparación académica para llevar a cabo el proceso psicoterapéutico.

Se han realizado cuatro sesiones que han comprendido el uso de métodos y técnicas para recopilar y efectuar un análisis correcto de la información proporcionada, para así avalar los datos previamente presentados. En estas sesiones se pudo conocer acerca del estado depresivo de la paciente a través de manifestaciones sintomatológicas como son la tristeza, llanto frecuente, insomnio, desinterés, sentimientos de culpa, entre otros.

Se recomienda que para un tratamiento eficaz con el fin de obtener un bienestar general en la salud no solo física sino también mental de la paciente, continúe asistiendo a consulta psicológica, realizando los ejercicios que se han explicado en las sesiones terapéuticas para así continuar con su recuperación íntegra.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvárez-Cienfuegos, A., & Egea, F. (2003). Aspectos psicológicos de la violencia en la adolescencia. *Revista de Estudios de Juventud*, 37 - 44.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Díaz, L., Torres, V., Urrutia, E., Moreno, R., Darías, I., & Monteagudo, M. (2006). Factores psicosociales de la depresión. *Revista cubana de medicina militar*, 35(3).
- Domínguez, V. J. (1991). Sobre la melancolía en Hipócrates. *Psicothema*, 3(1), 259-267.
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2005). Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos del abuso sexual. En J. Sanmartín, *Violencia contra los niños* (págs. 86-112). Barcelona: Ariel.
- Espín, J. C., Valladares, A. M., Abad, J. C., Presno, C., & Gener, N. (2008). La violencia, un problema de salud. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 24(4).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2015). *Depresión en Ecuador*. Quito: MSP Publishing.
- Ministerio de Justicia. (2014). *Código Orgánico Integral Penal*. Quito.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Washington D.C.: OPS Publishing.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.

- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington D.C.: OPS Publishing.
- Pérez, E., Cervántez, V., Hijuelos, N., Pineda, J., & Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. Barcelona: Morgan Impresores S.A.
- Retamal, P. (1999). *Depresión. Guía para el paciente y la familia*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria S.A.
- Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista chilena de Neuro-psiquiatría*, 9-20.
- Sullivan, P., Neale, M., & Kendler, K. (2000). Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis. *The american journal of psychiatric*, 1552-1562.

ANEXOS

Anexo 1

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____ Fecha: _____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: _____ Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Género: _____ Estado civil: _____ Religión: _____

Instrucción: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Remitente: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

b. Tipo de familia: _____

c. Antecedentes psicopatológicos familiares: _____

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

Tipo de vivienda: Construcción: #Pisos: #Habitaciones:
#Baños: #Salas: #Comedores: #Pacios: #Garajes:
#Estudios: Otros:

6. HISTORIA PERSONAL

6.1 ANAMNESIS

Periodo de gestación de la madre:

de hermanos:

Parto:

Tipo:

Complicaciones:

Periodo de lactancia:

Meses: Años:

Periodo de marcha:

Meses: Años:

Periodo lingüístico:

Meses: Años:

Periodo de control de esfínteres:

Meses: Años:

Funciones de autonomía:

Enfermedades:

Alergias:

Hospitalizaciones:

6.2 ESCOLARIDAD

6.3 HISTORIA LABORAL

6.4 ADAPTACIÓN SOCIAL

6.5 USO DEL TIEMPO LIBRE

6.6 AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

6.7 HÁBITOS**6.8 ALIMENTACIÓN Y SUEÑO****6.9 HISTORIA MÉDICA****6.10 HISTORIA LEGAL****6.11 PROYECTO DE VIDA****7. EXPLORACIÓN DEL ESTADO MENTAL****7.1 FENOMENOLOGÍA****7.2 ORIENTACIÓN**

7.3 ATENCIÓN

7.4 MEMORIA

7.5 INTELIGENCIA

7.6 PENSAMIENTO

7.7 LENGUAJE

7.8 PSICOMOTRICIDAD

7.9 SENSOPERCEPCIÓN

7.10 AFECTIVIDAD

7.11 JUICIO DE REALIDAD

7.12 CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

7.13 HECHOS PSICOTRAUMÁTICOS E IDEAS SUICIDAS**8. PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS****9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO**

FUNCIÓN	SIGNOS Y SÍNTOMAS	SÍNDROME
Cognitivo		
Afectivo		
Pensamiento		
Conducta social-escolar		
Somática		

9.1 FACTORES PREDISPONETES**9.2 EVENTO PRECIPITANTE**

9.3 TIEMPO DE EVOLUCIÓN

Meses: Años:

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL**11. PRONÓSTICO**

Favorable		
Desfavorable		
Reservado		

12. RECOMENDACIONES**13. RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS**

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	# Ses.	Fecha	Resultados Obtenidos

Gabriela A. Carrillo Sánchez

Evaluador

Anexo 2

BDI-II¹

Nombre: _____ Estado Civil: Soltera Edad: 40 Sexo: F
 Ocupación: Agricultora Educación: Bachillerato Fecha: 24/6/21

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

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

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

6. Sentimientos de Castigo

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

7. Disconformidad con Uno Mismo

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

8. Autocrítica

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

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

10. Llanto

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

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

24

Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>① Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de Interés</p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>③ Me es difícil interesarme por algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>① Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Desvalorización</p> <p>0 No siento que yo no sea valioso.</p> <p>1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>③ Siento que no valgo nada.</p> <p>15. Pérdida de Energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>③ No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <hr/> <p>1a Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>②b Duermo mucho menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>② Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p>18. Cambios en el Apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>③a No tengo en apetito en absoluto.</p> <p>3b Quiero comer todo el tiempo.</p> <p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>① No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>③ Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>② Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
---	---

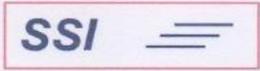
24 Subtotal Página 2

24 Subtotal Página 1

48 Puntaje total

Anexo 3

 **FAES_{2.1}** Cuestionarios y escalas de valoración en salud mental

 **SSI**

1/5

Identificación Fecha 24/06/21

I.- CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA / MUERTE.

1.- Deseo de vivir.

Moderado a intenso Débil Ninguno

2.- Deseo de morir.

Moderado a intenso Débil Ninguno

3.- Razones para vivir / morir.

Las razones para vivir son superiores a las de morir
 Iguales
 Las razones para morir son superiores a las de vivir

4.- Deseo de realizar un intento activo de suicidio.

Moderado a intenso Débil Ninguno

5.- Intento pasivo de suicidio.

Tomaría precauciones para salvar su vida
 Dejaría su vida / muerte en manos del azar (por ej.: cruzar descuidadamente una calle muy transitada)
 Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ej.: un diabético que deja de tomar la insulina)

Identificación Fecha

II.- CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS.
6.- Dimensión temporal: duración.-

- Breve, periodos pasajeros
 Periodos más largos
 Continuo (crónico), o casi continuo

7.- Dimensión temporal: frecuencia.

- Rara, ocasional Intermitente Persistente o continuo

8.- Actitud hacia el pensamiento / deseo.

- Rechazo Ambivalencia, indiferencia Aceptación

9.- Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo.

- Tiene sensación de control
 No tiene seguridad de control
 No tiene sensación de control

10.- Factores disuasorios del intento activo. El terapeuta debe anotar cuáles son (ej.: familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversibilidad).

- No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio
 Los factores disuasorios tienen cierta influencia
 Influencia mínima o nula de los factores disuasorios

Si existen factores disuasorios, indicarlos:

Su hijo menor.

11.- Razones del proyecto de intento.

- Manipular el medio, atraer atención, venganza
 Combinación de ambos
 Escapar, acabar, resolver problemas

Identificación Fecha

III.- CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO DE INTENTO.**12.- Método: especificación / planes.**

- No los ha considerado
- Los ha considerado, pero sin detalles específicos
- Los detalles están especificados / bien formulados

13.- Método: accesibilidad / oportunidad.

- Método no disponible; no hay oportunidad
- El método llevaría tiempo / esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente.
- Método y oportunidad accesible
- Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado

14.- Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento.

- No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente
- Inseguro de su coraje, competencia
- Seguro de su competencia, coraje

15.- Expectativas / anticipación de un intento real.

- No
- Incierto, no seguro
- Si

Identificación Fecha

IV.- REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO.**16.- Preparación real.**

- Ninguna
- Parcial (ej.: empezar a recoger píldoras)
- Completa (ej.: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)

17.- Notas acerca del suicidio.

- No escribió ninguna nota
- Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla
- Completada

18.- Preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ej.: seguro, testamento, donaciones).

- Ninguno
- Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados
- Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado

19.- Engaño / encubrimiento del intento proyectado (se refiere a la comunicación de su idea al terapeuta).

- Reveló estas ideas abiertamente
- Fue reacio a revelarlas
- Intentó engañar, encubrir, mentir

Identificación Fecha

V.- FACTORES DE FONDO.
20.- Intentos previos de suicidio.

- Ninguno
 Uno
 Más de uno

21.- Intención de morir asociada al último intento.

- Baja
 Moderada; ambivalente, insegura
 Alta

PUNTUACIÓN TOTAL:

10

Actitud ante la vida/muerte:

6

Pensamientos/deseos suicidas:

7

Proyecto de intento:

3

Intento proyectado:

2

Factores disuasorios:

Su hijo menor.

Intentos previos:

0