



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



DOCUMENTO PROBATORIO DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGO CLÍNICO

TEMA:

CONFLICTO DE PAREJA Y SU INCIDENCIA EN LA CONDUCTA
SUICIDA EN UNA ADOLESCENTE DE 18 AÑOS DE EDAD DEL
CANTÓN LAGO AGRIO.

AUTOR:

EDISON ORLANDO LUCIO NARANJO

TUTOR:

MSC. XAVIER EDUARDO FRANCO CHOEZ

2022



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



RESUMEN

La presente investigación se desarrolla sobre el conflicto de pareja y su incidencia en la conducta suicida de una adolescente de 18 años de edad del cantón Lago Agrio, teniendo en consideración que un conflicto de pareja, ya sea de novios o de unión matrimonial dentro del vínculo afectivo, puede tornarse disfuncional y problemática. Y producto de esta situación desencadena una serie de manifestaciones en sus pensamientos, emociones y conductas dando como resultado una alteración significativa en la vida de una persona. Es por aquello que la adolescente quien produce una serie de conductas suicidas al estar atravesando un estado de ánimo depresivo a causa de un conflicto con su pareja, y a raíz de este problema hace que la adolescente caiga en desesperanza y lo único que piensa sobre la solución ante el problema como puerta de escape es el suicidio. Por lo tanto en el proceso de la investigación se hace una recolección de datos sobre la adolescente, mediante entrevistas psicológicas, para la recolección de información respectiva ante la problemática del caso, y posteriormente a su elaboración de la misma, también se aplicaron técnicas psicológicas y herramientas psicométricas tales como un test proyectivo y tres test psicométricos. Junto con la corroboración de la sintomatología que presento la adolescente fue diagnosticada según el DSM-5 296.23 y CIE 10 código F32.2. Depresión mayor grave. Por lo tanto se procedió a elaborar un esquema terapéutico con enfoque cognitivo conductual.

Palabras claves; conflicto de pareja, estado depresivo, conducta suicida, adolescente.



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



ABSTRACT

The present investigation is developed on the couple conflict and its incidence in the suicidal behavior of an 18-year-old adolescent from the Lago Agrio canton, taking into consideration that a couple conflict, either of boyfriends or marriage union within the bond affective, it can become dysfunctional and problematic. And product of this situation triggers a series of manifestations in their thoughts, emotions and behaviors resulting in a significant alteration in the life of a person. It is for what the adolescent who produces a series of suicidal behaviors when going through a depressive state of mind due to a conflict with her partner, and as a result of this problem makes the adolescent fall into despair and the only thing she thinks about is the solution before the problem as an escape door is suicide. Therefore, in the research process, a data collection is made on the adolescent, through psychological interviews, for the collection of respective information in the face of the problem of the case, and later to its elaboration, psychological techniques were also applied and psychometric tools such as a projective test and three psychometric tests. Together with the corroboration of the symptoms presented by the adolescent, she was diagnosed according to DSM-5 296.23 and ICD 10 code F32.2. Serious major depression. Therefore, a therapeutic scheme with a cognitive behavioral approach was developed.

Key words; couple conflict, depressive state, suicidal behavior, adolescent.



ÍNDICE

RESUMEN	II
ABSTRACT	III
INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO	2
Justificación	2
Objetivo.....	2
Sustento teórico.....	3
Conflicto de pareja.....	3
Tipos de conflicto en la pareja	4
Consecuencias del conflicto de pareja.....	4
Conflictos de pareja en la adolescencia.....	5
Conducta suicida.....	5
La clasificación de la conducta suicida:	5
Espectro de la conducta suicida.....	6
Causas de las conductas suicidas	6
Modelo de riesgo de la conducta suicida transcultural	7
Los factores de riesgo	7
Epidemiología del suicidio en adolescentes	9
Postura psicológica	10
Técnicas aplicadas para la recolección de información	11
Resultados obtenidos	13
Desarrollo del caso	13
Situaciones detectadas	14
Soluciones planteadas	16
CONCLUSIÓN	19
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación es elaborado como un documento aprobatorio de la dimensión escrita del examen complejo o estudio de caso, previo a la obtención del título en la especialidad de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Babahoyo, siendo desarrollada de acuerdo a la línea de investigación de la carrera de psicología clínica: Prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico; y la sublíneas: Psicoterapias individuales y/o grupales.

El contenido del siguiente estudio de caso propuesto trata sobre el conflicto de pareja y su incidencia en la conducta suicida en una adolescente de 18 años de edad del cantón Lago Agrio. Por lo cual debido a estos conflictos de relación la adolescente empezó a mostrar una afectación significativa en las diferentes áreas como la parte cognitiva, emocional, social, y conductual.

La finalidad que tiene esta investigación es determinar la influencia que tiene las dos variables presentadas en la adolescente. En el cual durante el desarrollo del trabajo se da a conocer temas direccionados para la comprensión del problema tales como: conflicto de pareja, tipos de conflictos, causas y consecuencias del conflicto de pareja, conducta suicida, espectro suicida, causas y factores de una conducta suicida, epidemiología del suicidio en adolescentes, y más temas relacionados con el caso planteado.

En base a la línea y sub línea de investigación de la carrera de psicología se realiza este estudio de caso para brindar un abordaje adecuado ante una problemática que atraviesan especialmente las adolescentes víctimas del suicidio a causa de los conflictos de relación de pareja no resueltos. Teniendo en cuenta que las mujeres son más propensas que los hombres para ejecutar actos suicidas, y esto permite intervenir de manera más oportuna para evitar que se lleve a dichos actos consumados.

Para lograr el objetivo propuesto en la investigación se desarrollara mediante el método cualitativo en el cual se aplicara técnicas descriptivas y herramientas psicológicas como: entrevista semiestructurada y baterías psicológicas, las cuales permitieron la elaboración de la historia clínica. Y también permitirán direccionar la información para la obtención de un diagnóstico diferencial, junto a los criterios diagnósticos de los manuales DSM5 y CIE10.

DESARROLLO

Justificación

La conducta suicida, es la acción más compleja que puede realizar una persona para autodestruirse, y cada vez se vuelve más común en nuestra sociedad, este estudio es muy importante porque actualmente las personas relacionan al suicidio como una medida de escape frente a sus problemas temporales, especialmente los adolescentes son individuos que tienen poca tolerancia a la frustración y quieren que todo se resuelva de inmediato, generalmente cuando es causada por un conflicto de pareja.

La presente investigación se llevara a cabo con el fin de determinar lo que está sucediendo y atravesando en la vida de la adolescente, ya que está desarrollando una conducta suicida por un conflicto de pareja, por ende se brindara herramientas y técnicas de afrontamiento para que no recurra a dicha conducta suicida, obteniendo como finalidad, un cambio en su salud mental y así evitar que recurra a consumir dicho acto suicida.

Esta investigación, permitirá a la adolescente como beneficiaria directa, recibir un proceso de tratamiento para contrarrestar las alteraciones que están afectando su estado mental y obtener más recursos de afrontamiento para enfrentar dicha problemática. La elaboración de este estudio de caso es factible porque la beneficiaria directa pone a su disposición la colaboración para llevar a cabo la investigación, también se dispone de herramientas y técnicas psicológicas para obtener un buen resultado en el presente estudio de caso.

El aporte teórico de diversos autores hace se pueda desarrollar esta investigación con sustento empírico sobre esta problemática, ya que nos facilita el conocimiento, entendimiento y manejo del caso, y así efectuar un buen estudio con relación a las dos variables del tema de investigación para su desarrollo. Con aportes de los criterios de diagnóstico del: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 y la clasificación internacional de enfermedades CIE-10.

Objetivo

Determinar de qué manera un conflicto de pareja influye en la conducta suicida de una adolescente de 18 años de edad, para mejorar su estado de salud mental.

Sustento teórico

Conflicto de pareja

El conflicto es el resultado de la percepción de dos o más partes de que sus intereses actuales son incompatibles. Aunque todas las personas tienen el recurso de afrontar sus conflictos con diferentes estilos, predomina en cada una de ellas un estilo habitual de responder. Laca y Mejía (2017) plantearon el concepto de conflicto como un proceso interpersonal que se produce siempre que las acciones de una persona interfieren con las de la otra. La comunicación es el medio de expresión de la incompatibilidad de intereses que genera un conflicto, así como también de su posible resolución. La comunicación está en el corazón del conflicto y en el de su resolución.

Las personas tienen actitudes diferentes en cada situación o circunstancias de la vida por lo cual. Camavilca y Recuay (2020) definen al conflicto como la suma de las actitudes, presunciones, comportamiento y contradicción. Definiendo al triángulo del conflicto; las actitudes se basan en el aspecto motivacional es decir cómo piensan y sienten los integrantes de un conflicto, cómo sienten al otro y como ven las metas y el conflicto de sí mismo. El comportamiento es objetivo, se detalla cómo intervienen los integrantes en el conflicto y la contradicción es el aspecto subjetivo, es decir ver el motivo principal que genera el conflicto y cómo se va a manifestar

El conflicto es inevitable en cualquier relación íntima y que inclusive para algunas parejas, este tiene una función constructiva, aunque para otras sea destructiva, el conflicto puede entenderse como una carga emocionalmente fuerte para presionar cambios en la relación desde la otra persona. En concreto, el conflicto en la pareja aparece cuando en los dos miembros existen motivaciones de carácter opuesto o se presentan malos entendidos, que pueden causar insatisfacción, frustración, debilitamiento y hasta pérdida de la pareja.

En todas las relaciones humanas cabe la posibilidad de sentirse herido por la conducta del otro, ya sea por temas irrelevantes o por cuestiones más importantes para las personas. Del mismo modo, esto sucede en la mayor parte de las relaciones de pareja, en las cuales se producen conflictos que pueden tener relación con haberse sentido herido o traicionado por el comportamiento de la otra persona (Cardozo, 2019). Por lo cual podemos decir que un conflicto de pareja es cuando hay situaciones de desacuerdo interpersonal dentro de la relación.

Tipos de conflicto en la pareja

Relacionadas al factor sexual: Cuando una de las dos partes no satisface al otro en el plano sexual. Relacionadas a la comunicación: deteriorar la relación debida a las faltas de respeto, expresando solo lo negativo y no dejando que la otra persona se exprese como quiere. Relacionadas a los celos: Respecto a los celos, podemos entenderlos como una emoción que puede surgir a ambas partes porque hay una sospecha ya sea real o imaginaria que amenaza a la relación y podría conllevar el fin de la misma.

Relacionadas a la infidelidad: cuando uno de los miembros es infiel, en la pareja se rompe algo que es muy importante como es la confianza y puede aparecer la inseguridad. Relacionadas a los intereses propios: Cuando se pierden los intereses que había al principio de la relación, como es pasar tiempo juntos, realizar actividades de ocio, y por lo contrario se pasa a no compartirlos. Relacionadas al factor económico: Las actitudes ante el ahorro, gastos y distribución del dinero. Relacionadas a la rutina: Cuando ya no se hacen cosas nuevas para el disfrute de ambos (Escobedo, 2012).

Consecuencias del conflicto de pareja

Los conflictos dentro de la pareja, de no ser bien manejados o no inducen al cambio o la evolución de la pareja en sí, puede devenir en un deterioro progresivo de la pareja como tal, lo que conllevará finalmente a la disolución de la misma. Con respecto a esto Méndez y Ferro (2009) comentan que es bastante difícil clasificar exactamente todas las razones por el cual las personas deciden terminar, que solo las mismas personas involucradas en la relación lo saben e incluso a veces ni ellas mismas saben el porqué, a pesar de esto la ruptura de pareja está relacionada con acciones que presenta uno mismo.

En el amplio espectro de las relaciones de pareja, que abarca desde las relaciones de noviazgo recién iniciadas hasta los matrimonios consolidados, se manifiestan conductas violentas. La ubicación de esta problemática de forma exclusiva en el ámbito familiar, dándole connotaciones de privacidad, Este comportamiento incluye agresiones físicas, relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual, maltrato psicológico, diversos comportamientos dominantes e incluso la muerte (Villa et al., 2017).

Conflictos de pareja en la adolescencia

La violencia de pareja ha sido un problema frecuentemente abordado en diferentes estudios dada su alta prevalencia e incidencia, en el noviazgo adolescente, se empiezan a configurar patrones de relación que pueden ser sanos o disfuncionales, que, unidos a variables individuales y contextuales, terminen en conductas violentas en la pareja. La violencia de pareja adolescente se define como el intento de dañar o controlar física, psicológica, económica, emocional y sexualmente a la pareja. Puede ocurrir de forma aislada o continua, entre parejas heterosexuales o del mismo sexo, dirigida hacia exparejas e inclusive cara a cara o de manera online.

La violencia en parejas heterosexuales es unidireccional cuando uno de los integrantes ha ejercido malos tratos o bidireccional cuando ambos miembros de la pareja actúen al mismo tiempo como víctima y agresor, aunque la mayoría de las agresiones físicas durante el noviazgo son bidireccionales (Rozo et al., 2019). La impulsividad puede convertirse en factor de riesgo para ejercer la violencia.

Conducta suicida

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) define al suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida. El suicidio es la muerte causada por un acto intencional de autolesión que está diseñado para ser mortal. El comportamiento suicida incluye suicidio consumado, intento de suicidio e ideación suicida. El suicidio suele ser consecuencia de la interacción de muchos factores, siendo la depresión el factor de riesgo de suicidio más frecuente y significativo, aunque no el único.

El comportamiento suicida evoluciona en una secuencia progresiva que va desde el pensamiento suicida, ideación suicida, intentos suicidas, cada vez con mayor letalidad, hasta llegar al suicidio consumado. Es por aquello que el suicidio surge por el deseo excesivo de escapar de un problema sin solución o un momento intolerable basado en que es la opción más viable para terminar con el problema (Castro et al., 2020).

La clasificación de la conducta suicida:

Según Silverman et al. (12, 13) mencionan que la conducta suicida se clasifica de tipo I si no provoca lesiones y tipo II si provoca lesiones, la conducta suicida puede no

provocar lesiones, provocarlas de diferente gravedad e incluso, producir la muerte. Se considera conducta suicida:

Espectro de la conducta suicida.

Según la Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta (CPC, 2012) define al espectro suicida en; Autolesión o gesto suicida: conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones, o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada). Conducta suicida no determinada: conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones, o causar la muerte (muerte autoinfligida con grado indeterminado de intencionada). Intento de suicidio: conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia implícita o explícita de la intencionalidad, de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método. Suicidio: muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía la intencionalidad de auto provocarse la muerte.

La autoagresión no suicida es un acto autolesivo sin intención de provocar la muerte. Entre estos actos se incluyen: infligirse rasguños o cortes en los brazos, quemarse a uno mismo con un cigarrillo e ingerir una sobredosis de vitaminas. La autolesión no suicida puede ser una forma de reducir la tensión porque el dolor físico puede aliviar el dolor psicológico (Moutier, 2021). Estos actos no deben descartarse a la ligera porque las personas con antecedentes de autolesión no suicida presentan un mayor riesgo de suicidio a largo plazo.

Causas de las conductas suicidas

El suicidio es un hecho multicausal que no puede atribuirse a un suceso único, razón por la cual, resulta muy relevante el estudio de los factores de riesgo y protectores asociados. Entre los primeros, con mayor frecuencia se destacan: la baja autoestima, la pobreza, el desempleo, trastornos psiquiátricos como la depresión y trastornos del estado de ánimo, la pérdida de un ser querido, situaciones estresantes, conflictos en las relaciones amorosas, la edad, el consumo de sustancias psicoactivas y el maltrato físico y emocional en la infancia, la orientación sexual, entre otros (Benavides et al., 2019).

Las causas de la presencia de pensamientos suicidas pueden ser muchas y muy diferentes, dependiendo del caso concreto. Como se ha indicado es poco general este tipo de pensamiento, suelen sucederse después de la vivencia o notificación de algún hecho doloroso o una pérdida en la que aparecen sentimientos profundos de dolor, culpa o vergüenza que escapan al control del individuo y le sumen en un estado de desesperación en el que no encuentran ninguna solución posible.

Modelo de riesgo de la conducta suicida transcultural

Los modelos de riesgo de la conducta suicida tiene un proceso transcultural en donde se generan algunas bases para conformarle Toro et al., (2021). Mencionan que la conducta suicida se combina de constructos como la intención suicida, intento suicida, ideación suicida e ideación de muerte. La intención suicida es el deseo e intención de realizar un acto autodestructivo que lleve a la muerte, incluye la ideación suicida, mientras que el intento suicida es la acción autoinfligida con el propósito de hacerse daño de manera letal, suele ser mencionado por la persona, generalmente acompañado del deseo de muerte como forma de propiciar cambios deseados

La Ideación Suicida (IS) son aquellos pensamientos pasivos sobre querer estar muerto, con ideas activas sobre asesinarse a sí mismo, no necesariamente acompañadas de conductas de preparación, de esta manera, estos pensamientos de servirse como agente de la propia muerte, pueden variar en gravedad dependiendo de la especificidad del plan suicida y del grado de intención. Se ha identificado que la IS está altamente asociada con los trastornos depresivos agudos, aunque se han identificado incrementos en niveles sintomáticos depresivos medios, bajos o subclínicos (Cukrowicz et al., 2011).

Los factores de riesgo

Según Tabares at al., (2020) menciona que la depresión es uno de los principales predictores de la ideación suicida en población adolescente y joven, a su vez, tanto la sintomatología depresiva como el cuadro clínico, especialmente la depresión mayor, son los principales factores que explican la ideación y el riesgo suicida. Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2017), la depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño laboral, escolar o familiar y en la capacidad para afrontar la vida diaria, aspectos que permitan explicar cómo en su forma más grave, puede

conducir al suicidio. Tanto la depresión como la impulsividad son variables que están estrechamente relacionadas con el riesgo y la ideación suicida en la adolescencia.

La depresión, incluyendo la depresión que forma parte del trastorno bipolar, está involucrada en más del 50% de los intentos de suicidio y en un porcentaje aún mayor de suicidios consumados. La depresión puede ocurrir de forma inesperada, estar desencadenada por una pérdida reciente u otro evento perturbador o ser consecuencia de una combinación de factores. Los problemas en la relación matrimonial, un arresto reciente o problemas con la ley, las relaciones amorosas difíciles o que concluyen, los conflictos con los padres o el acoso escolar (en el caso de los adolescentes) o la pérdida reciente de un ser querido (sobre todo en la población de edad avanzada) (Moutier, 2021). Todos estos pueden ser algunos de los desencadenantes de un intento de suicidio en las personas con depresión.

La impulsividad es un factor que desinhibe el comportamiento y origina conductas de alto riesgo e incluso comportamientos suicidas, razón por la cual se asocia con intentos fallidos de suicidio o gestos suicidas, de tal modo que, una alta impulsividad es un factor de riesgo para el intento de suicidio, especialmente en la adolescencia. La impulsividad está asociada a un déficit en el procesamiento cognitivo y un pobre control inhibitorio, que en esta etapa del desarrollo se manifiesta con comportamientos irreflexivos, temerarios, explosivos y sin mediar las consecuencias de los actos, lo cual se convierte en un factor de riesgo y vulnerabilidad para el suicidio y ha sido asociado con trastornos limítrofes de personalidad (Tabares et al., 2020).

En este sentido, de acuerdo a Castañeda (2016) menciona que un déficit en el funcionamiento ejecutivo está relacionado con el riesgo y el comportamiento suicida en general, justamente porque puede encaminar al aumento de la impulsividad, la hostilidad, la irreflexibilidad cognitiva y todo tipo de comportamientos autodestructivos que pueden acrecentarse ante eventos vitales estresantes.

Las personas con trastorno límite de la personalidad o con trastorno de personalidad antisocial, en especial las que presentan un historial de impulsividad, agresividad o comportamiento violento, presentan también un mayor riesgo de suicidio. Las personas con estos trastornos de personalidad tienden a presentar una baja tolerancia a la frustración y tienden a reaccionar al estrés de manera impulsiva, lo que a veces conlleva autolesiones o comportamientos agresivos.

El TLP se considera un trastorno grave por el elevado sufrimiento que ocasiona en los pacientes, la disfuncionalidad e incapacidad que ocasiona en diversas esferas de su vida (emocional, interpersonal y laboral) y el padecimiento de los sujetos que comparten el día a día con un TLP (familiares, pareja y amigos). Asimismo, nos encontramos con el único síndrome en el que figuran las conductas suicidas y parasuicidas como criterio diagnóstico (Domènech, 2019). Este trastorno es el único que está más asociado incluye la conducta autodestructiva en el criterio diagnóstico.

Las experiencias traumáticas durante la infancia, en particular las que incluyen el abuso físico y sexual, aumentan el riesgo de intento de suicidio. El aislamiento aumenta el riesgo de comportamiento suicida. El riesgo de consumación de suicidio es mayor entre las personas separadas, divorciadas o viudas. El suicidio entre la población que tiene pareja estable es menos frecuente que entre la población soltera o sin pareja estable.

Epidemiología del suicidio en adolescentes

Según la OMS, unas 800 mil personas se suicidan cada año, lo que representa una tasa estimada de 11,4 muertes por cada 100 mil habitantes. Las muertes por propia voluntad representan la segunda causa de fallecimientos entre los jóvenes de entre 15 a 29 años, después de los accidentes de tránsito. Sin embargo, la agencia sanitaria de Naciones Unidas admite que puede haber su notificación, ya que el estigma y el tabú que rodean a este problema hace que no se denuncien a nivel mundial los casos de comportamientos suicidas no fatales. Se estima que sólo alrededor del 25% de quienes intentan quitarse la vida necesitan o buscan atención médica (UNICEF, 2017).

Según diversos autores. Chávez et al., (2018) mencionan que en los jóvenes (de entre 15 y 24 años de edad), el suicidio es la tercera causa de muerte, y su incidencia se ha triplicado a lo largo de los últimos 40 años. Sin embargo, las tasas de suicidio son máximas en los ancianos (edad igual o superior a 65 años) y continúan aumentando, en especial en los individuos de edad igual o superior a 75 años.

Mientras que los hombres son más propensos que las mujeres a morir por suicidio, las mujeres son dos veces más propensas a intentar suicidarse. Esto se debe a que los hombres actúan de manera decisiva, ellos no piensan cuando van a hacer algo, en cambio las mujeres en lo que hemos detectado es que cometen intentos, y eso nos permite que sean intervenidas y evitar las muertes.

La adolescencia es una etapa en la que se producen entre otros, cambios mentales como los relacionados al estado de ánimo, que de no contar con un adecuado manejo del entorno que lo rodea, puede conducir a estado depresivo. En la adolescencia se incrementa la carga de presiones o responsabilidades individuales, que unido a la inexperiencia e inmadurez generan tropiezos que pueden traducirse en momentos de angustia, soledad y frustración, que propician factores de riesgo para cometer un acto o conducta suicida.

Los adolescentes con conductas suicidas generalmente provienen de familias desestructuradas, con carencias en el aspecto económico, déficit sociales y culturales, alteraciones en las relaciones dentro y fuera del grupo familiar, o lo que pudiera llamarse familias multiproblemas, o familias que por sus características intrafamiliares y por el entorno en que viven pueden calificarse de alto riesgo, con pobreza educacional, y de exposición a situaciones familiares adversas.

Existen rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo para cometer un acto suicida como lo es la poca tolerancia a la frustración, actitudes hiperperfeccionistas, son críticos, rígidos intelectualmente, que no toleran el más mínimo fracaso, y a veces están convencidos de su propia maldad y no se sienten queridos. Si bien la conducta suicida puede ser considerada por el adolescente como una posible solución a sus problemas (Anales de la Academia de Ciencias de Cuba Versión, 2021).

Postura psicológica

En la actualidad los adolescentes son más propensos a tener conductas suicidas debido a su baja tolerancia a la frustración en la cual hace que la desesperanza como factor principal cause que el adolescente no soporte toda la carga emocional que tiene en su mente y lo que busca es una salida para resolver sus problemas, en donde desaparecer de esta vida es la solución, para ellos es un escape a sus problemas en donde piensan y sienten que hacen lo correcto, por lo cual desde el enfoque cognitivo conductual se da una triada cognitiva en el pensamiento en donde explica que estos pacientes tiene visión negativa de sí mismo, de los demás, y de su futuro. Causando que se ve afectada su área cognitiva, afectiva, física y conductual. Y por ende desarrollen conductas suicidas por un estado de ánimo deprimido al tener un conflicto de relación con su pareja. Siendo la desesperanza el factor más relevante en desarrollar dichos actos.

Técnicas aplicadas para la recolección de información

Las técnicas aplicadas en la recolección de información son las más adecuadas para el caso existente, por lo cual fueron aplicadas de forma ascendente de acuerdo al proceso desarrollado.

La metodología empleada en esta investigación es el método cualitativo. La entrevista semiestructurada, la historia clínica, y los instrumentos como los test psicológicos, proporcionan la evaluación, direccionan a un diagnóstico estructural y también se pueden establecer los resultados definitivos de la hipótesis planteada al inicio de la investigación sobre este caso. También se ejecutara como intervención terapéutica, el enfoque cognitivo conductual para tratar de contrarrestar los síntomas y signos que presenta la adolescente.

La entrevista semiestructurada permite obtener información muy detallada de la adolescente investigada, en el cual el entrevistador establece una relación empática, de confianza y flexibilidad con la entrevistada, omitiendo las críticas estigmatizadas del discurso. Por ende se direcciona a la estructuración de sus percepciones con flexibilidad a su capacidad de léxico, adaptando para que exprese libre y voluntaria su malestar que está presentando ya que esto permite obtener información específica para la elaboración de la historia clínica y posteriormente poder diagnosticar el problema que refiere la adolescente. (Anexo 1)

La historia clínica se procedió a elaborar según la entrevista semiestructurada que se realizó a la adolescente, en la cual se obtuvo información específica para cada una de las partes relacionadas a la historia clínica como son los datos de identificación, motivo de consulta, historia de cuadro psicopatológico actual, antecedentes familiares, tipología habitacional, historia personal, exploración del estado mental, test psicológicos aplicados, cuadro psicopatológico, diagnóstico diferencial, pronóstico, recomendaciones y el debido esquema terapéutico propuesto desde el enfoque. Esta información se queda registrada en la historia clínica de la paciente que accedió a dar información y permito obtener información adecuada para su diagnóstico. (Anexo 2)

Las baterías psicométricas aplicadas en este estudio de caso fueron los test psicológicos direccionados y referentes a la problemática presentada, con el objetivo de obtener una sustentación adecuada, conjuntamente con la información brindada en cada una de las sesiones trabajadas. Las baterías que se aplicaron son los test psicológicos los cuales

son de gran ayuda como herramientas para el profesional de la salud mental, estas pruebas facilitan obtener una medición de los rasgos de la personalidad o patológicos que padece la adolescente. Entre las pruebas psicológicas aplicadas están un test proyectivo y tres test psicométricos.

El HTP (House-Tree-Person), En español, Test de casa-árbol-persona, es un test proyectivo que permite la identificación de su sentir mediante los trazos en sus dibujos, en donde la adolescente proyecta de manera inconsciente su estado emocional y ciertos traumas de su interior no expresados. (Anexo 3)

La Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI). Es una escala elaborada por Beck, que sirve para verificar el pensamiento suicida de la persona en la cual permitirá medir la ideación suicida de la adolescente ante las conductas suicidas debido a sucesos que están alterando el estado emocional en la paciente, por lo cual ayudara a valorar ciertos criterios suicidas y evidenciar si la adolescente está atravesando por dichos actos. (Anexo 4)

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). La finalidad de aplicación del inventario de depresión de Beck es un cuestionario de aplicación directa a la adolescente que está atravesando por una situación de afectación emocional o estado anímico y servirá para evaluar y valorar los rasgos con manifestaciones depresivas que presenta la adolescente mediante el relato de sus signos y síntomas basados en la desesperanza y mediante el puntaje dictaminado por el test, llegar a obtener una base consolidada en su sintomatología depresiva. (Anexo 5)

El Cuestionario Salamanca para el screening de trastornos de la personalidad. Es un cuestionario con criterios de los rasgos de la personalidad que servirá para confirmar o descartar si la adolescente tiene algún tipo de trastorno de personalidad que también este aportando al desarrollo de conductas suicidas ya que este test evalúa dichas características de cada uno de los tipos de personalidad. (Anexo 6)

Resultados obtenidos

Desarrollo del caso

El presente estudio de caso es ejecutado en una adolescente de 18 años de edad del cantón Lago Agrio perteneciente a la provincia Sucumbíos, la adolescente a quien llamaremos Ismenia, acude a consulta psicológica de forma voluntaria por estar presentando una conducta suicida producto de un conflicto con su pareja. Ella actualmente sigue viviendo con su padre de 60 años, su madre de 53 años, su hermano de 24 años y su hermana de 20 años. Para obtener conocimiento de su problemática, se procedió a realizar las entrevistas psicológicas pertinentes; con duración de 4 sesiones de 40 minutos cada una en horario de 9:00 am -9:40 am horas. A continuación se detallan cada una:

La primera sesión; se realizó el día viernes 17 de diciembre del 2021, desde las 9:00 am hasta las 9:40 am con una duración de 40 minutos, lo primero que se realizó fue establecer un buen rapport con la paciente, estableciendo empatía y confianza, ofreciendo confidencialidad ante la entrevista, una vez establecido lo dicho, se procedió a recoger los datos de identificación personal, seguidamente se empezó a recoger información sobre el motivo de consulta, y todos los síntomas que le están perturbando en su estado mental mediante la entrevista semiestructurada, procediendo también a llenar la historia clínica de la paciente. En la cual la paciente manifestó lo siguiente: « Estoy muy desesperada que no sé qué hacer tengo mucha ira y tristeza a la vez que he intentado suicidarme por algunas ocasiones por que tenía una relación muy conflictiva con mi pareja.» En donde se procedió a recoger información de su cuadro psicopatológico actual. Y a su vez se realizó la observación directa a la paciente de su estado físico emocional y mental.

La segunda sesión; se realizó el día viernes 20 de diciembre del 2021, desde las 9:00 am hasta las 9:40 am con una duración de 40 minutos, se procedió a completar la información de la historia clínica continuando con la entrevista semiestructurada y culminando con la historia familiar y personal. En donde se pudo constatar que la paciente se formó en una familia nuclear, de relación disfuncional con necesidades insatisfechas de afecto desde sus padres y también tiene una hermana que es diagnosticada con fobia social. Pero no existen antecedentes familiares relacionados al suicidio. También se procedió aplicar un test proyectivo de House-Tree-Person (HTP).

La tercera sesión; se realizó el día jueves 23 de diciembre del 2021, desde las 9:00 am hasta las 9:40 am con una duración de 40 minutos, con toda la información obtenida y teniendo un diagnóstico presuntivo se procedió a tomar dos test psicométricos como: La Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI). Y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Para corroborar la información e ir armando un diagnóstico diferencial. Teniendo en cuenta que estos test son los más adecuados al caso según los síntomas cognitivos, emocionales, y conductas presentados por la paciente.

La cuarta sesión; se realizó el día jueves 30 de diciembre del 2021, desde las 9:00 am hasta las 9:40 am con una duración de 40 minutos, una vez obtenida la información del cuadro sindrómico por parte del paciente y los resultados arrojados de los test. Y para finalizar se procedió a tomar un último test, llamado cuestionario de salamanca para el screening de trastornos de la personalidad. Para obtener consideración sobre su tipo de personalidad. También según los criterios diagnósticos de los manuales DSM-5 y el CIE-10. Se realizó la respectiva devolución de su diagnóstico, y se crea un plan terapéutico para continuar con el tratamiento en donde se explica a la paciente el proceso terapéutico mediante la psicoeducación del enfoque cognitivo conductual distorsiones cognitivas que ella procesa y generar un cambio mediante la reestructuración cognitiva.

Situaciones detectadas

Posteriormente realizadas las sesiones con la adolescente y aplicadas las diferentes técnicas y herramientas para obtener el diagnóstico definitivo se detectan las siguientes situaciones como resultado:

En el test House-Tree-Person (HTP). La paciente proyectó gráficos de tamaño pequeño y ubicado en el centro inferior izquierdo de cada hoja, con trazos débiles y suaves pero en ciertas partes un marcado fuerte con falta de delimitación. Demostrando como resultado, inseguridad, depresión, conductas límite, sentimientos de inadecuación, baja autoestima, con eventos traumáticos experimentados en su infancia y también impulsividad y con tendencia límite.

En la Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI), esta escala arroja una puntuación de 20 puntos, en la cual demuestra que existe un gran alto nivel en su conducta suicida.

En el Inventario de Depresión de Beck BDI (Beck Depression Inventory). Este cuestionario arroja una puntuación de 40 puntos, arrojando un cuadro depresivo grave.

En el Cuestionario salamanca para el screening de trastornos de la personalidad. Este cuestionario nos arrojó una puntuación de 3 puntos específicamente en los ítems 15 y 16 del grupo b, perteneciente a los rasgos de un trastorno límite de la personalidad.

Áreas afectadas

Se detectaron la existencia de distorsiones cognitivas como los pensamientos automáticos entre ellas están la personalización, la visión catastrófica, y sobre generalizaciones producto de celos, engaños, agresiones físicas y psicológicas dentro de la relación que generaron síntomas significativos en cada una de sus áreas.

Área cognitiva: Pensamientos e ideas suicidas, culpabilidad, dificultad para concentrarse.

Área afectiva: Tristeza, ánimo deprimido, ira, melancolía, desesperanza, anhedonia, sensibilidad.

Área de la conducta social – Escolar: Conductas suicidas, irritabilidad, impulsividad.

Área somática: Pérdida de apetito, disminución de peso, insomnio, llanto intenso, fatiga.

Una vez concluido con la recolección de los signos y síntomas de cada área afectada y tener un cuadro sindromico de la patología, el tiempo de prevalencia los factores predisponentes y precipitantes, se procedió a realizar el diagnóstico diferencial: mediante un exhaustivo y minucioso proceso de verificación de confiabilidad y validez ante la referencia de los criterios diagnósticos otorgados por los manuales: DSM-5 y CIE-10. Se diagnosticó: Depresión mayor grave. 296.23 (F32.2). Una vez terminada el proceso de evaluación y diagnostico se procedió a elaborar el proceso terapéutico.

Soluciones planteadas

Tabla 1

Enfoque: Terapia Cognitivo Conductual

Hallazgos	Meta terapéutica	Técnicas	N	Fecha	Resultado
Cognitivo					La paciente logro conocer que tiene un problema y quiere seguir con el proceso.
Pensamientos e ideas suicidas culpabilidad dificultad para concentrarse	Preparar al paciente para el proceso terapéutico cognitivo conductual.	Psicoeducación en el enfoque cognitivo conductual.		04-01-2022	La paciente expreso que los motivos de sus pensamientos suicidas es la desesperanza.
	Explorar los motivos que le llevan a tener pensamientos e ideas suicidas.	Exploración los motivos para el suicidio.	4	11-01-2022	
	Hacer que la paciente logre resistir ante los decesos suicidas.	Inclinación de la balanza en contra del suicidio.		18-01-2022	La paciente logro considerar las razones para seguir viviendo.
	Tratar de identificar la distorsión de su pensamiento.	Categorizando la distorsión del pensamiento.		25-01-2022	La paciente logro identificar sus distorsiones cognitivas que son las que le están generando conducta suicida

Nota: Cuadro de Técnicas e intervención psicoterapéutica en el área cognitivo.

Tabla 2***Enfoque: Terapia Cognitivo Conductual***

Afectivo					La paciente logro bajar el grado de emoción que sentía por padecer un alto grado de carencia en su pensamiento.
Tristeza, Animo deprimido, ira, melancolía, desesperanza, anhedonia, sensibilidad.	Obtener el grado de la intensidad que siente la emoción y la firmeza que le aferra a una creencia.	Clasificando el grado de emoción y el grado de creencia en un pensamiento.		01-02-2022	
	Buscar evidencias a favor y en contra de sus creencias.	Examinando evidencias.	3	08-02-2022	La paciente logro obtener las evidencias a favor y en contra con validez en seguir viviendo.
	Tratar de hacer frente a los impulsos suicidas.	Intensificación de los deseos suicidas.		15-02-2022	La paciente logro hacer frente a los impulsos suicidas.

Nota: Cuadro de Técnicas e intervención psicoterapéutica en el área afectiva.

Tabla 3***Enfoque: Terapia Cognitivo Conductual***

Conducta social.	Tratar de preparar al paciente para que pueda hacer frente a sus	Técnica de inoculación de stress. (Práctica cognitiva).	3	22-02-2022	La paciente logro generar y obtener soluciones a sus problemas.
Conductas suicidas,					

irritabilidad, impulsividad	problemas. Buscar alternativas al momento de querer autolesionarse. Lograr que su familia se interese en la paciente.	Técnica basada en las alternativas ante las conductas suicidas. Programación de actividades con la familia.	02-03- 2022 08-03- 2022	La paciente logro pensar en actividades alternativas para manejar sus impulsos. La paciente logro obtener ayuda de su familia.
--------------------------------	---	--	--------------------------------------	--

Nota: Cuadro de Técnicas e intervención psicoterapéutica en el área conductual.

Tabla 4

Enfoque: Terapia Cognitivo Conductual

Somática Pérdida de apetito, disminución de peso, insomnio, llanto intenso, fatiga.	Obtener mecanismos de relajación. Y de mantener la mente ocupada en hábitos saludables para mejorar su salud mental.	Técnicas de 1 de relajación pasiva.	15-03- 2022	La Paciente logro establecer una rutina adecuada para conciliar el sueño. También realiza ejercicios de respiración y cambios de hábitos saludables.
---	---	---	----------------	---

Nota: Cuadro de Técnicas e intervención psicoterapéutica en el área somática.

CONCLUSIÓN

Una vez obtenida toda la información se concluye que: el conflicto de pareja incide en que una adolescente presente una conducta suicida debido a su estado de ánimo deprimido por el cual está atravesando y esto hace que desarrolle una serie de pensamientos negativos basados en la desesperanza y llevándole a cometer actos que atenten contra su vida.

El conflicto de pareja que está atravesando la adolescente es una situación muy complicada para ella, debido a que no puede soportar la relación conflictiva que lleva con su pareja, alterando su estado mental, manifestando desesperanza, tristeza, estado de ánimo deprimido, angustia, intranquilidad, incomprensión, culpabilidad, irritabilidad, impulsividad, anhedonia y conductas suicidas con frecuencia de sentir casi todos los días debido a su conflicto de relación con su pareja.

Las distorsiones cognitivas que presento la adolescente fueron un detonante para tener una serie de pensamientos automáticos entre estas distorsiones están la personalización, de visión catastrófica y sobre generalizaciones tales como, sentirse culpable por la situación conflictiva que está atravesando, que su relación nunca va a cambiar, y que ella es un fracaso en el amor. Las cuales desencadenaron una afectación muy significativa en las diferentes áreas de su esquema mental.

También, se encontró que la adolescente tenía una afectación muy significativa en las siguientes áreas que no le permitían salir de su estado patológico, en la parte cognitiva desarrollo culpabilidad con pensamientos e ideas suicidas, y dificultad para concentrarse en su vida diaria. En la parte afectiva se encuentra con un estado de desesperanza, estado de ánimo deprimido, tristeza, angustia, irritabilidad, sensibilidad, soledad, anhedonia. Por otra parte, debido a la culpabilidad y la desesperanza que presenta la adolescente muestra conductas suicidas debido a su impulsividad de escapar de sus problemas, siendo afectada también el área de conducta social, y la última afectada es el área somática con falta de apetito e insomnio, disminución de peso, cefaleas y fatigas.

Brindar un adecuado acompañamiento en su tratamiento psicológico fue primordial para la adolescente en donde se preparó con las técnicas de la terapia cognitivo conductual para combatir y tratar los problemas en la conducta suicida debido a su alteración en su estado depresivo, donde se encuentra afectado su estado mental, generando pensamientos distorsionados que atentan contra su propia vida.

Las técnicas establecidas fueron aplicadas a la adolescente con el respectivo acompañamiento de un profesional en salud mental para su desarrollo durante el proceso, con su debido seguimiento después del proceso terapéutico. Para el tratamiento del padecimiento de la adolescente quien no soportaba el sufrimiento de seguir aferrada a sus pensamientos y estados de ánimos depresivos, su cooperación y factibilidad para el proceso de intervención psicológica ante la problemática que venía atravesando es muy difícil pero no imposible de buscar ayuda y a su vez permitió dar seguimiento al caso, demostrando la fuerza de voluntad para efectuar un tratamiento y mejorar el estado de bienestar psicológico de la adolescente.

Para finalizar, en la actualidad hay muchas estigmatizaciones sobre el suicidio, y hoy en día los conflictos de pareja puede llevar a desarrollar un problema leve o grave, con baja o alta intensidad en la salud mental de una adolescente, dejándole sin recursos de afrontamiento y en consecuencia las conductas suicidas pueden ser letales para la vida de esta persona si se llegan a consumarse, por el simple hecho de estar atravesando un estado depresivo. Y si no se efectúa la atención necesaria en el momento adecuado puede ser lamentable perder una vida de un ser humano, por lo tanto continuar realizando estas investigaciones encaminadas con adolescentes y encontrar más técnicas para la intervención en esta problemática ayudaría a muchas personas a continuar con su expectativa de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Anales de la Academia de Ciencias de Cuba.* (mayo-agosto de 2021). Obtenido de CIENCIAS BIOMEDICAS, conducta suicida, adolescencia y riesgo.: <http://scielo.sld.cu/pdf/aacc/v11n2/2304-0106-aacc-11-02-e939.pdf>
- Association, A. P. (2014). *MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-5*. Madrid, España: Medica Panamericana, S.A.
- Benavides, V. V. (2019). Conducta suicida en Colombia: una revision sitematica. *Revista de Psicopatologia y Psicologia Clinica*, vol.24, 181-195. Obtenido de https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/04/30446_Psicopatologia_Vol_24_N3_WEB_Parte7.pdf
- Camavilca, M. y. (2020). *Practicas de vivencias conflictivas en padres y madres con hijos adolescentes en el distrito de Lurigancho-Chosica*. Obtenido de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/61856/Camavilca_GMM-Recuay_PCM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cardozo, E. (Mayo de 2019). *Facultad de Psicologia "CONFLICTO Y PERDON EN LA PAREJA"*. Obtenido de <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/994/Trabajo%20de%20Investigacion%20de%20Psicologia%20SUNEDU%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castro, A. R. (2020). *RELACION ENTRE LOS SIGNIFICADOS QUE TIENEN LOS JOVENES ADULTOS DE LA CALIDAD DE BOGOTA SOBRE LA REPRESENTACION DE PAREJA CON LA CONDUCTA SUICIDA*. Obtenido de <http://repository.unipiloto.edu.co/bitstream/handle/20.500.12277/6901/Trabajo%20de%20Grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Chavez, N. F. (Julio de 2018). Trilogia del pensamiento suicida en adolescentes. *Dilemas Contemporaneos: Educacion, Politica y Valores*.(num. 32), pag.20. Obtenido de <https://dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/244/816>

Consejo Asesor Sobre Asistencia Psiquiatrica y Salud Mental. (s.f.). Obtenido de Trastorno Limite de la Personalidad:

https://www.trastornolimite.com/images/stories/pdf/tlp_cast.pdf

Domenech, E. F. (Julio de 2019). TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD: REVISION SISTEMICA DE LAS INTERVENCIONES TLP. *Universidad Nacional Adistancia (UNED). Facultad de psicologia.*, 197-212. Obtenido de <https://revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/article/view/274/241>

Laca, F. y. (enero-abril de 2017). DEPENDENCIA EMOCIONAL, CONSCIENCIA DEL PRESENTE Y ESTILOS DE COMUNICACION EN SITUACIONES DE CONFLICTO DE PAREJA. *Enseñanza e Investigacion en Psicologia*, 22(1), 66. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29251161006.pdf>

Ministerio de Sanidad, P. S. (2012). *Guia Practica Clinica de Prevencion y Tratamiento de la Conducta Suicida.* Agencia de evaluacion y tecnologias sanitarias de Galicia (avalia-t). Obtenido de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf

Moutier, C. (Julio de 2021). *Conducta suicida.* Obtenido de American Foundation For Suicide Prevention: <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida>

Organizacion Mundial de la Salud, [. (2014). *La OMS, pide que se preste mayor atencion a la salud de los adolescentes.* Obtenido de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>

Organization, W. H. (2000). *Guia de bolsillo de la clasificacion CIE-10.* Madrid, España: Medica Panamericana, S,A.

Roso, A. M. (23 de Mayo de 2019). *Modelo de violencia en relaciones de pareja en adolescentes colombianos.* Obtenido de <https://blogs.konradlorenz.edu.co/files/19018-final.pdf>

Tabares, A. N. (Marzo de 2020). Riesgos e Ideacion Suicida y su Relacion con la Impulsividad en Adolescentes Escolares. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluacion* , vol. 1(num. 54). Obtenido de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4596/459664448014/459664448014.pdf>

- Toro, R. g. (5 de octubre de 2021). Modelo de riesgo suicida trascultural: Evidencias de la capacidad predictiva en dos países de Latinoamericana. *Ansiedad y Estrés*, 112-118. Obtenido de <https://www.ansiedadystres.es/sites/default/files/rev/2021/anyes2021a15.pdf>
- UNICEF], E. F. (Mayo de 2017). *Guias para periodistas: (Communication Childhood And Adolescence)* . Obtenido de <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>
- Villa, M. G. (julio de 2017). Violencia en el noviazgo, dependencia emocional y autoestima en adolescentes y jóvenes españoles. *Revista Iberoamericana de psicología y Salud.*, Vol. 8(nume. 2), pp. 96-107. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2451/245153986004.pdf>

ANEXOS

Anexo # 1 Cuestionario de entrevista.

- 1) Saludo, presentación, y rapport.
- 2) Datos de identificación de la paciente.
- 3) ha estado en consulta psicológica antes ¿Cuál es su expectativa?
- 4) Cuénteme, ¿Cuál es el motivo de la consulta psicológica?
- 5) ¿Cuántas veces has intentado suicidarte?
- 6) ¿Cómo es la relación con tu pareja?
- 7) ¿Qué piensas, que sientes y que haces cuándo tienes discusiones con tu pareja?
- 8) ¿Qué te hecho seguir con esta relación conflictiva?
- 9) ¿Cómo te está afectando emocionalmente esta situación?
- 10) ¿Qué piensas al respecto de ti mismo por lo que estás pasando?
- 11) ¿Has intentado hacer algo para tratar de cambiar esta situación?
- 12) ¿Hay algo más que me quieras contar?
- 13) ¿Tienes alguna otra pregunta que desees hacerme?
- 14) ¿Qué tan dispuesta estas a poner de tu parte para el proceso terapéutico?

Anexo # 2 Historia clínica

HISTORIA CLÍNICA

HC. 005

Fecha: 17/12/2021

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: I. C.

Edad: 18

Lugar y fecha de nacimiento: Lago Agrio, 2003

Género: Femenino

Estado civil: Soltera

Hijos: No

Instrucción: Secundaria

Ocupación: Estudiante

Religión: Católico

Dirección Parroquia 10 de Agosto. Antecedentes: No

Teléfono: 098089322

Remitente: Ninguno

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 18 años de edad, de contextura delgada, acude a consulta psicológica de acuerdo al tiempo y espacio que nos encontramos. Por estar atravesando una serie de conductas suicidas producto de una relación conflictiva que lleva con su pareja. En la cual la paciente manifiesta, "Estoy muy desesperada que no sé qué hacer tengo mucha ira y tristeza a la vez que he intentado suicidarme por algunas ocasiones por los problemas que tengo con mi pareja".

Dentro de esta relación su pareja le engaña, le miente, no le valora, siempre están discutiendo y a su vez se agreden física y psicológicamente, por ende las conductas suicidas viene presentando desde hace un año atrás tiempo después de empezar la relación con su pareja, basado en la desesperanza de que su relación no va a funcionar y que no es lo que ella esperaba en sus expectativas sentimentales, por lo cual piensa que no va a cambiar, va seguir teniendo una vida miserable y no tiene sentido seguir viviendo porque ella no nació para el amor, y como puerta de escape de todo ese sufrimiento es tratar de acabar con su vida y poner fin a su padecimiento. La paciente esta conciente del problema que está atravesando y decide buscar ayuda psicológica.

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

La paciente tiene una relación con su pareja desde que tenía 17 años, la paciente refiere que cuando empezó su relación pensó que era la pareja ideal pero poco después empezaron a darse los celos, engaños, discusiones, peleas, agresión física y psicológica, dentro de la relación y a partir de ahí se mantiene en una relación conflictiva con su pareja, por lo cual se siente afectada emocionalmente y ha perdiendo el sentido a su vida. Desde entonces viene presentando aproximadamente, hace un año atrás una serie de conductas e ideas suicidas con el objetivo de quitarse la vida. Las cuales la realizo en cuatro ocasiones.

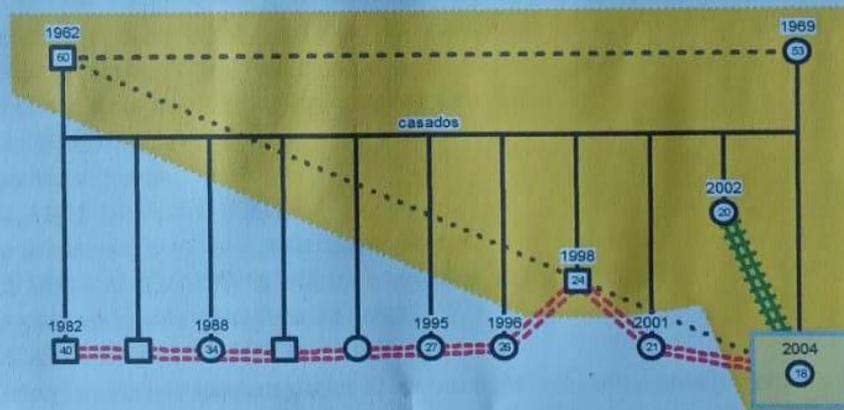
La primera vez que lo intento tenía 17 años, en la cual ingirió dosis de pastillas que no recuerda su nombre, a causa de **tener una fuerte discusión con su pareja**. La segunda vez

que lo intento fue en el mismo año, en donde ingirió cloro en poca cantidad por lo cual no llego a su cometido pero ella **deseaba morir**, la tercera vez que lo intento tenía 18 años y lo quería hacer lanzándose sobre un carro que pasaba sobre la vía, porque **sentía mucha ira y tristeza a la vez**, que no podía controlar la idea de terminar con su vida, y lo único que quería era **autolesionarse**. Pero en esta ocasión su pareja lo evito. Y la cuarta vez que lo intento fue cuando se automédico 6 pastillas que le había recetado un médico para su estado de ánimo. Pero no llego a consumarse por que no eran tan letales y eran las únicas que tenía.

También manifiesta que, desde que empezó los problemas con su pareja siente mucha desesperanza, **porque piensa que es un fracaso para el amor**, a partir de ahí siente un tristeza intensa con un estado de ánimo deprimido casi todos los días, se siente muy melancólica, tiene un estado de anhedonia, siente un vacío intenso y se siente sola a pesar de estar rodeada de gente, tiene dificultades para concentrarse, dolor de cabeza, pérdida del apetito, disminución del peso, insomnio, se ha vuelto muy sensible, propensa al llanto, se siente fatigada, también se pone irritable e impulsiva, **piensa que es culpable de todo lo que le está pasando en su vida, porque todo le sale mal y que su relación nunca va a cambiar**, por lo cual esto le está generando pensamientos e ideas suicidas con intentos no consumados con el fin de desaparecer de este mundo.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).



b. Tipo de familia.

Paciente proveniente de una familia nuclear.

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

- Su padre es hipertenso.
- Su madre es diabética.

- Su hermana con tratamiento por fobia social.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

Habitación de su hermana	Habitación de su hermano	Cocina
Habitación de sus padres	Sala	Habitación de la paciente

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

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

Paciente proveniente de un embarazo normal, siendo la última hija de once hermanos; parto eutócico. Lactancia mantuvo hasta los 18 meses, la marcha empezó a los 18 meses, el lenguaje empezó a los 12 meses y el control de esfínteres a los 2 años. A los 5 años sintió que podía decidir solo en ciertos requerimientos que se le presentaba, no presentó enfermedades.

6.2. ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros,

En su niñez y adolescencia le costaba relacionarse con sus compañeros, no tenía un buen rendimiento porque cuando tenía once años fue acosada por un profesor el cual siempre le dejaba sin recreo y dejaba salir al último de las clases porque no sabía bien las tablas. Y le decía si le podía tocar pero no llegó a realizar dicho acto.

6.3. HISTORIA LABORAL

Paciente no trabaja.

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

No se relaciona muy bien con las demás personas.

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

Le gusta estar a solas la mayoría del tiempo.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

Conoció a su primer enamorado a los 12 años en donde solo había cartas y abrazos, a los 13 años tuvo su segundo enamorado de igual manera solo cartas y abrazos, a los 15 años tenía una relación más formal con un enamorado que al año de estar juntos tuvieron relaciones sexuales en mutuo acuerdo por los dos pero no fue satisfactorio para ella. Lo cual terminaron porque el enamorado andaba con más mujeres, le mentía y no estuvo para ella cuando debía estar. Y posteriormente tiene su última relación con una persona mayor de 27 años en donde la sexualidad se volvió diferente, no siente placer cuando tiene algún encuentro sexual, por los conflictos dentro de su relación.

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

No refiere.

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

La paciente no tenía hambre y no comía en todo el día y por la noche no podía conciliar el sueño debido a la melancolía.

6.9. HISTORIA MÉDICA

No refiere.

6.10. HISTORIA LEGAL

No refiere.

6.11. PROYECTO DE VIDA

Ninguno.

7. EXPLORACIÓN DEL ESTADO MENTAL

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

Paciente asiste a consulta presencial con vestimenta de acuerdo al tiempo y espacio; su lenguaje no verbal manifestó una profunda preocupación; su contextura corporal delgada; actitud desmotivada; perteneciente a la etnia mestiza y su lenguaje poco fluido.

7.2. ORIENTACIÓN

Paciente se encuentra un poco desorientada en el tiempo y espacio que nos encontramos.

7.3. ATENCIÓN

Paciente se encuentra algo desconcentrada, confundida y con poco interés durante el proceso.

7.4. MEMORIA

Paciente presenta memoria a corto y largo plazo por lo que trata de recordar lo que le sucedió desde su infancia hasta la actualidad.

7.5. INTELIGENCIA

Paciente presenta inteligencia acorde a su edad.

7.6. PENSAMIENTO

Paciente presenta un pensamiento poco claro para formar sus ideas.

7.7. LENGUAJE

Paciente muestra un lenguaje verbal poco fluido y espontáneo. En el lenguaje no verbal, se mantiene intranquila.

7.8. PSICOMOTRICIDAD

Paciente muestra una postura anatómica de perfil derecho, con movimientos en sus manos, y tendencia al llanto.

7.9. SENSOPERCEPCION

Paciente percibe los estímulos externos de manera poco clara al momento de interactuar.

7.10. AFECTIVIDAD

Paciente en la consulta mostró mucha tristeza, su tonalidad de voz y mirada, se notaron con tendencia a la desesperanza, y mantenía el silencio para luego continuar con la narrativa.

7.11. JUICIO DE REALIDAD

Paciente posee juicio de la realidad.

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Paciente tiene consciencia de su enfermedad.

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

Paciente presenta hechos psicotraumáticos e ideas de conductas suicidas.

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

- House-Tree-Person (HTP).
- En la Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI).
- El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).
- Cuestionario salamanca para el screening de trastornos de la personalidad.

09. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Pensamientos e ideas suicidas, culpabilidad, dificultad para concentrarse.	Depresión mayor grave 296.23 (F32.2).
Afectivo	Tristeza, Animo deprimido, ira, melancolía, desesperanza, anhedonia, sensibilidad.	
Conducta social - Escolar	Conductas suicidas, irritabilidad, impulsividad	
Somática	Pérdida de apetito, disminución de peso, insomnio, llanto intenso, fatiga.	

9.1. Factores predisponentes:

- Traumas en su infancia.
- Falta de afecto por parte de sus padres.
- Rupturas amorosas.

9.2. Evento precipitante:

- Conflictos de relación con su pareja.

9.3. Tiempo de evolución:

Presenta su malestar desde hace un año.

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

Los signos y síntomas que presenta la paciente refiere un trastorno de:

- Depresión mayor grave. 296.23 (F32.2). Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 y el CE-10.

11. PRONÓSTICO

Paciente en riesgo de llegar al suicidio consumado. Por qué está atravesando un cuadro depresivo mayor.

12. RECOMENDACIONES

Se recomienda empezar un proceso terapéutico cognitivo conductual para determinar sus distorsiones cognitivas mediante la reestructuración cognitiva. Para superar el cuadro depresivo mayor.

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

ENFOQUE: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
<u>Cognitivo</u> Pensamientos e ideas suicidas, Culpabilidad. Dificultad para Concentrarse.	Preparar a la paciente para el proceso terapéutico cognitivo conductual	Psicoeducación en el enfoque cognitivo conductual.	4	04-01-2022 11-01-2022 18-01-2022 25-01-2022	La paciente logro conocer que tiene un problema y quiere seguir con el proceso.
	Explorar los motivos que le llevan a tener pensamientos e ideas suicidas.	Exploración de los motivos para el suicidio.			La paciente expreso que los motivos de sus pensamientos suicidas es la desesperanza.
	Hacer que la paciente logre resistir ante los deseos de morir.	Inclinación de la balanza en contra del suicidio.			La paciente logro considera las razones para seguir viviendo.
	Tratar de identificar la distorsión de su pensamiento.	Categorizando la distorsión del pensamiento.			La paciente logro identificar sus distorsiones cognitivas que son las que le están generando conductas suicidas.

<u>Afectivo</u> Tristeza, Animo deprimido, ira, melancolia, desesperanza, anhedonia, sensibilidad.	<p>Obtener el grado de la intensidad que siente la emoción y la firmeza que le aferra a una creencia.</p> <p>Buscar evidencias a favor y en contra de sus creencias.</p> <p>Tratar de hacer frente a los impulsos suicidas.</p>	<p>Clasificando el grado de emoción y el grado de creencia en un pensamiento.</p> <p>Examinando evidencias.</p> <p>Intensificación de los deseos suicidas.</p>	3	<p>01-02-2022</p> <p>08-02-2022</p> <p>15-02-2022</p>	<p>La paciente logro bajar el grado de emoción que sentía por padecer un alto grado de carencia en su pensamiento.</p> <p>La paciente logro obtener las evidencias a favor y en contra con validez en seguir viviendo. Ante los pensamientos negativos.</p> <p>La paciente logro hacer frente a los impulsos suicidas.</p>
<u>Conducta social</u> <u>Escolar</u> Conductas suicidas, irritabilidad, impulsividad	<p>Tratar de preparar al paciente para que pueda hacer frente a sus problemas.</p> <p>Buscar alternativas al momento de querer autolesionarse.</p>	<p>Técnica de inoculación de stress. (Práctica cognitiva).</p> <p>Técnica basada en las alternativas ante las conductas suicidas.</p>	3	<p>22-02-2022</p> <p>02-03-2022</p> <p>08-03-2022</p>	<p>La paciente logro generar y obtener soluciones a sus problemas.</p> <p>La paciente logro pensar en actividades alternativas para manejar sus impulsos.</p>

	Lograr que su familia se interese y busque actividades para ayudar a la paciente.	Programación de actividades con la familia.			La paciente logro obtener ayuda de su familia y realizaron actividades de convivencia familiar.
Somática Pérdida de apetito, disminución de peso, insomnio, llanto intenso, fatiga.	Obtener mecanismos de relajación. Y de mantener la mente ocupada en hábitos saludables para mejorar su alimentación y sueño.	Técnicas de relajación pasiva.	1	15-03-2022	La Paciente logro establecer una rutina adecuada para conciliar el sueño. También realiza ejercicios de respiración y cambios de hábitos saludables.

EDISON LUCIO.
Psicólogo clínico

Anexo # 3 Test proyectivo de House-Tree-Person (HTP).



TEST- (HTP)

CASA-ÁRBOL-PERSONA

Karen Rocher

Anexo # 4 Escala de ideación suicida de Beck (scale for suicide ideation, ssi).

7.1.1. Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI)

1

1. *Deseo de vivir*
 0. Moderado a fuerte
 1. Débil
 2. Ninguno

2. *Deseo de morir*
 0. Ninguno
 1. Débil
 2. Moderado a fuerte

3. *Razones para vivir/morir*
 0. Porque seguir viviendo vale más que morir
 1. Aproximadamente iguales
 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo

4. *Deseo de intentar activamente el suicidio*
 0. Ninguno
 1. Débil
 2. Moderado a fuerte

5. *Deseos pasivos de suicidio*
 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida
 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad
 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida

6. *Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)*
 0. Breve, periodos pasajeros
 1. Por amplios periodos de tiempo
 2. Continuo (crónico) o casi continuo

7. *Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)*
 0. Raro, ocasional
 1. Intermitente
 2. Persistente o continuo

8. *Actitud hacia la ideación/deseo*
 0. Rechazo
 1. Ambivalente, indiferente
 2. Aceptación

9. *Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out*
 0. Tiene sentido del control
 1. Inseguro
 2. No tiene sentido del control

10. *Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)*
 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo
 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos

11. *Razones para el intento contemplado*
 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
 1. Combinación de 0 y 2
 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta

12. *Método (especificidad/planificación del intento contemplado)*
 0. No considerado
 1. Considerado, pero detalles no calculados
 2. Detalles calculados/bien formulados

13. *Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)*
 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
 2. Método y oportunidad accesibles
 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

14. Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento
- 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
 - 1. Inseguridad sobre su valor
 - 2. Seguro de su valor, capacidad
-
15. Expectativas/espera del intento actual
- 0. No
 - 1. Incierto
 - 2. Sí
-
16. Preparación actual para el intento contemplado
- 0. Ninguna
 - 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
 - 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
-
17. Nota suicida
- 0. Ninguna
 - 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
 - 2. Nota terminada
-
18. Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)
- 0. Ninguno
 - 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
 - 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
-
19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado
- 0. Reveló las ideas abiertamente
 - 1. Frenó lo que estaba expresando
 - 2. Intentó engañar, ocultar, mentir

Total : 20 puntos.

Anexo # 5 Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II).

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: I. C. Estado Civil: Soltera Edad: 18 Sexo: F
Ocupación: Ninguna Educación: Primaria Fecha: 23-12-2021

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 mi.
- 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 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este 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 gusta 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.

11 Agitación

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

12 Pérdida de Interés

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

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de Energía

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

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

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

17. Irritabilidad

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

18. Cambios en el Apetito

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

19. Dificultad de Concentración

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

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: 40 Puntos. Depresión Grave.

Anexo # 6 Cuestionario salamanca para el screening de trastornos de la personalidad.



CUESTIONARIO SALAMANCA
PARA EL SCREENING DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD
 Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa, M^a Esperanza Gómez Gazol

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

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

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

2. Me gustaría dar a la gente su merecido.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

3. Prefiero realizar actividades que pueda hacer yo solo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

4. Prefiero estar conmigo mismo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

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

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

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

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

7. Soy demasiado emocional.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

8. Doy mucha importancia y atención a mi imagen.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

9. Hago cosas que están fuera de la ley.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

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

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

11. Soy especial y merezco que me lo reconozcan.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

12. Mucha gente me envidia por mi valía.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

13. Mis emociones son como una montaña rusa.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

14. Soy impulsivo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

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

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

16. Me siento aburrido y vacío con facilidad.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

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

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

18. Soy detallista, minucioso y demasiado trabajador.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

19. Necesito sentirme cuidado y protegido por los demás.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

20. Me cuesta tomar decisiones por mí mismo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

21. Soy nervioso.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

22. Tengo mucho miedo a hacer el ridículo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

CUESTIONARIO SALAMANCA PARA EL SCREENING DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa, M^a Esperanza Gómez Gazol

Nombre y apellidos: <u>I. C.</u>			
Fecha: <u>23-12-2024</u>	Sexo: <u>F</u>	Edad: <u>18</u>	Diagnóstico: <u>Trasgos de un trastorno de la inestabilidad. E. Limite.</u>
Estado Civil: <u>Soltera.</u>			
Profesión: <u>Ninguna.</u>			
Tratamiento:			

CORRECCIÓN DEL CUESTIONARIO

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

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

Según la nomenclatura del DSM-IV TR: Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Histriónico, Antisocial, Narcisista y Dependiente

Según la nomenclatura del CIE-10: Trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo, Trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite, Anancástico y Ansioso.

Refleje la puntuación en el siguiente gráfico:

PUNT	GRUPO A			GRUPO B				GRUPO C			
	PAR	ESQ	EQT	HIST	ANT	NAR	IE IMP	IE LIM	ANAN	DEP	ANS
6											
5											
4								4			
3											
2	2	2	2	2	2	2	2		2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1				
0											

Anexo # 6 Sesión con la adolescente.



