



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



DOCUMENTO PROBATORIO DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

PROBLEMA:

INCIDENCIA DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LA SALUD MENTAL DE UNA MUJER DE 22 AÑOS DEL RECINTO SAN ANTONIO DEL CANTÓN MONTALVO.

AUTOR:

GUIZADO CHIMBO MIRIAN VERÓNICA

TUTOR:

FRANCO CHOEZ XAVIER EDUARDO, MSC

BABAHOYO - 2023



Dedicatoria

Dedico este trabajo especialmente a mis padres y hermanas de los cuales he recibido mucho amor y palabras de aliento, quienes han sido mi apoyo incondicional, mi motivo para salir adelante, progresar y alcanzar esta meta profesional.

Guizado Chimbo Mirian Verónica





Agradecimiento

Quiero agradecer principalmente a la Universidad Técnica De Babahoyo.

A mi docente tutor MSc. Xavier Franco y a los docentes Nathaly Mendoza y Andrés Arreaga por brindarme su apoyo y guiarme en cada etapa de este proceso.

También quiero agradecer a mi familia por apoyarme en cada momento que lo necesité a lo largo de esta formación profesional.

El agradecimiento más especial a mis amigas quienes incondicionalmente me ayudaron, acompañaron y motivaron durante todo este trayecto, especialmente a mis mejores amigas Janeth y Shirley.

Guizado Chimbo Mirian Verónica





Resumen

El estudio "Incidencia de la conducta suicida en la salud mental de una mujer de 22 años del recinto San Antonio del cantón Montalvo" tiene como objetivo Determinar la incidencia de la conducta suicida en la salud mental de una mujer de 22 años, residente en el recinto San Antonio del cantón Montalvo, este fue un estudio descriptivo, cualitativo, en donde se utilizó como técnica e instrumentos la entrevista, observación clínica, test psicométricos, inventario de depresión de Beck II, inventario de autoestima de Rossemberg, teniendo como resultado de los test psicométricos y de la información recopilada de la historia clínica, entrevista y observación clínica realizados a la paciente, se llegó al diagnóstico F34.1 Trastorno de depresión persistente, cumpliendo con los criterios de diagnóstico A Y B dentro del DSM-V y CIE10 donde la paciente presenta; baja autoestima, sentimientos de desesperanza, poco apetito, insomnio y falta de concentración, concluyendo que la identificación de la conducta suicida se logró a través de la recopilación de datos y la observación directa. Este resultado demuestra la eficacia de las técnicas utilizadas para identificar y evaluar la conducta suicida en un contexto clínico.

Palabras claves: Conducta suicida, Incidencia, Salud mental, Depresión.



Abstract

The study "Incidence of Suicidal Behavior in the Mental Health of a 22-Year-Old Woman from the San Antonio Area of Montalvo Canton" aims to Determine the incidence of suicidal behavior in the mental health of a 22-year-old woman residing in the San Antonio area of Montalvo Canton. This was a descriptive, qualitative study in which techniques and instruments such as interviews, clinical observation, psychometric tests, Beck II Depression Inventory, and Rosenberg Self-Esteem Inventory were used. The result of the psychometric tests and the information collected from the clinical history, interview, and clinical observation conducted on the patient led to the diagnosis of F34.1 Persistent Depressive Disorder, meeting diagnostic criteria A and B within the DSM-V and ICD-10, where the patient presents low self-esteem, feelings of hopelessness, reduced appetite, insomnia, and lack of concentration. In conclusion, the identification of suicidal behavior was achieved through data collection and direct observation. This result demonstrates the effectiveness of the techniques used to identify and assess suicidal behavior in a clinical context.

Keywords: Suicidal behavior, Incidence, Mental health, Depression.

Índice

Dedicatoria.....	II
Agradecimiento	III
Resumen	IV
Abstract.....	V
Tema.....	¡Error! Marcador no definido.
Contextualización	2
1. Planteamiento del problema	2
2. Justificación.....	3
3. Objetivos.....	4
4. Línea de investigación	4
Desarrollo	5
5. Marco conceptual.....	5
6. Marco metodológico.....	16
7. Resultados.....	19
8. Discusión de resultados	24
9. Conclusiones.....	26
10. Recomendaciones	27
Referencias Bibliográficas.....	28
Anexos	31

Contextualización

1. Planteamiento del problema

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define a la juventud como el período que abarca desde los 15 hasta los 25 años de edad de cualquier individuo, aunque no hay una delimitación exacta. De acuerdo con esta entidad, actualmente, aproximadamente mil millones de jóvenes residen en el mundo, lo que significa que alrededor de una de cada cinco personas, es decir, aproximadamente el 18% de la población mundial, se encuentra dentro del rango de edades de 15 a 24 años. Este es un período de la vida que la mayoría de las personas experimenta de manera intensa, pero, a pesar de ello, existen circunstancias que pueden llevar a algunos jóvenes a sentirse desequilibrados emocionalmente y a considerar poner fin a sus vidas, lo que puede manifestarse en conductas suicidas (ONU, 2022).

En comparación con otras partes del mundo, Ecuador, al igual que la mayoría de los países de América Latina, exhibe una tasa de suicidios relativamente baja. Según los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuya fuente principal es el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), el país registró una tasa de 6.1 suicidios por cada 100.000 habitantes en el año 2019. Esta cifra se encuentra significativamente por debajo del promedio de la tasa de suicidios en la región europea, que fue de 15.74 en el mismo año. No obstante, cifras más recientes del INEC muestran un aumento en las tasas de suicidio, con 7.1 para el año 2021 y 6.7 para el año 2022, esto se debe a un extenso número de factores que podrían contribuir con la ocurrencia de la conducta suicida han sido identificados, los cuales incluyen factores individuales, familiares y sociales (INEC, 2019).

A nivel local el suicidio está entre las primeras causas de muerte en jóvenes y adolescentes, las provincias con mayor incidencia son las de Guayas, pichincha y Los Ríos. En la ciudad de Babahoyo en el 2019 el suicidio fue la segunda causa de muerte entre jóvenes de 12 a 25 años; según datos de la (Dinased) se registraron 38 casos número que ha ido incrementando por diversos factores estresantes como: violencia en el hogar, indiferencia o maltrato de los padres, acoso escolar, un accidente o enfermedad de un cercano aumentan el riesgo de suicidios en adolescentes (Soriano I, 2022).

2. Justificación.

El suicidio y las conductas suicidas son un tema crítico en la salud pública a nivel mundial. Comprender cómo afecta específicamente a una población joven, puede arrojar luz sobre factores de riesgo y desafíos que pueden ser únicos para este grupo demográfico. La investigación sobre la incidencia de la conducta suicida en la salud mental de una mujer de 22 años del recinto San Antonio del Cantón Montalvo se realiza con el propósito de comprender, prevenir y abordar el suicidio, mejorar la atención de salud mental y contribuir al conocimiento científico en beneficio de la comunidad y de las personas que puedan enfrentar situaciones similares.

El estudio busca comprender cómo la conducta suicida afecta la salud mental de la mujer en cuestión. Esto proporcionará una visión más profunda de sus experiencias personales, emocionales y psicológicas relacionadas con el suicidio y sus intentos, es socialmente relevante porque puede contribuir a la prevención del suicidio, mejorar la salud mental de los jóvenes, de estigmatizar problemas de salud mental y mejorar los servicios disponibles para la comunidad, en última instancia, beneficiando a la sociedad en su conjunto.

Esta investigación ayudará a identificar factores de riesgo específicos y proponer estrategias de prevención dirigidas a jóvenes en situaciones similares, los aportes de la investigación tendrán un impacto significativo en la prevención del suicidio, el tratamiento de la salud mental y la concienciación en la comunidad, y contribuirán al desarrollo de estrategias de salud mental más efectivas.

Los resultados de la investigación beneficiarán a diversos actores, desde la persona directamente afectada hasta profesionales de la salud, autoridades, comunidad y la sociedad en general al mejorar la comprensión y la capacidad de prevención y tratamiento de la conducta suicida y los problemas de salud mental.

La investigación tiene una utilidad práctica significativa al proporcionar información que se utilizará para mejorar la atención de la salud mental, prevenir el suicidio, aumentar la conciencia pública y mejorar los servicios relacionados con la salud mental en la comunidad local y más allá.

3. Objetivos.

3.1. Objetivo general

Determinar la incidencia de la conducta suicida en la salud mental de una mujer de 22 años, residente en el recinto San Antonio del cantón Montalvo

3.2. Objetivos específicos

- Identificar la conducta suicida de una mujer de 22 años, residente en el recinto San Antonio del cantón Montalvo.
- Reconocer los cambios psicológicos en la salud mental de una mujer de 22 años, residente en el recinto San Antonio del cantón Montalvo.
- Explicar la incidencia de la conducta suicida en la salud mental de una mujer de 22 años, residente en el recinto San Antonio del cantón Montalvo.

4. Línea de investigación

Este estudio de caso cuenta con una línea de investigación en Psicología Clínica y Forense, y una sublínea de evaluación psicológica clínica y forense.

Desarrollo

5. Marco conceptual

5.1. Conducta suicida

La conducta suicida, según la definición de la Organización Mundial de la Salud, consiste en la acción deliberada de poner fin a la propia vida. Esta acción implica la realización de un acto autolesivo con la intención de causar la propia muerte. El comportamiento suicida engloba diferentes aspectos, que van desde el suicidio propiamente dicho, pasando por los intentos de suicidio, hasta llegar a la ideación suicida. Es importante destacar que el suicidio, por lo general, es el resultado de la interacción de múltiples factores, siendo la depresión el factor de riesgo más común y significativo, aunque no el único (OMS, 2022).

La conducta suicida se desarrolla en una secuencia que progresa desde pensamientos suicidas, pasando por la ideación suicida, los intentos de suicidio, los cuales pueden volverse más letales, hasta finalmente culminar en el suicidio consumado. Este proceso se origina en un deseo extremo de escapar de situaciones que se perciben como insolubles, llevando a la creencia de que el suicidio es la opción más adecuada para poner fin a dichos problemas. (Cañón S, 2019).

5.2. La clasificación de la conducta suicida:

De acuerdo con lo señalado por Baca en 2019, la conducta suicida se divide en dos categorías principales: tipo I, que no causa lesiones, y tipo II, que sí conlleva lesiones. Es importante destacar que la conducta suicida puede variar en su capacidad para provocar lesiones, pudiendo estas ser de distintos grados de gravedad e incluso llevar a la fatalidad (Baca E, 2019).

5.3. Factores de la conducta suicida

5.3.1. Factores Neurobiológicos y Genéticos

La presencia de historiales familiares de suicidio aumenta el riesgo de que los pacientes desarrollen conductas suicidas. Se ha asociado estas conductas con un desequilibrio en el funcionamiento del sistema serotoninérgico central, el cual no está vinculado al diagnóstico psiquiátrico. Se han detectado niveles reducidos de serotonina y sus productos de degradación en el líquido cefalorraquídeo de individuos que han completado el suicidio. Además, se ha establecido una conexión directa entre los niveles bajos de serotonina y la falta de control de los impulsos, así como la tendencia a la violencia y la letalidad de los actos suicidas. (Gutierrez A, 2019).

5.3.2. Factores asociados a la familia

Relaciones familiares: Los hallazgos de varios estudios evaluados en una revisión sistemática indican una relación significativa entre fenómeno suicida y comunicación con miembros de la familia: buena comunicación y sentirse comprendido por miembros de la familia fue asociado con menor prevalencia de pensamientos e intentos suicidas en adolescentes (Vargas H, 2019).

Los hallazgos de varios estudios sugieren que hay una asociación significativa entre fenómenos suicidas y discordia familiar. En términos de género esta asociación sólo parece mantenerse en mujeres. La mayor parte de la evidencia de metaanálisis indican que la relación entre discordia familiar y fenómenos suicidas es directa. Hay algunas evidencias que sugieren que la armonía familiar tiene un fuerte efecto en reducir el riesgo de conducta suicida y que la discordia familiar la incrementa (Vargas H, 2019).

Estudios han sugerido que las mujeres son menos reactivas a factores estresantes familiares que los varones. Hay una clara asociación en ambos géneros entre pensamientos e intentos suicidas y varios aspectos de la relación familiar con los padres. Los resultados de análisis multivariados indican que la falta de soporte parental está directamente asociada con fenómenos suicidas (Gomez D, 2019).

5.3.3. Factores sociales.

Los factores sociales desempeñan un papel crucial en la conducta suicida. La conducta suicida es un fenómeno complejo y multifacético que no puede entenderse únicamente desde una perspectiva individual y de acuerdo con (Cañón S, 2019), se mencionan los siguientes:

5.3.3.1. Exposición a medios de comunicación

La exposición a determinado tipo de información en los medios de comunicación sobre suicidios, también se ha asociado con conductas suicidas en adolescentes. La exposición al suicidio en la televisión fue asociada significativamente con autoagresión deliberada. Esta persiste en el análisis bivariado y multivariado después de controlar género, depresión, hábitos televisivos, eventos de vida (reales y en la televisión), conductas de riesgo y consumo de alcohol y drogas (Cañón S, 2019).

5.3.3.2. Acontecimientos vitales estresantes

Se han relacionado con ideación e intento suicida. Los adolescentes con patología psiquiátrica pueden percibir ciertas situaciones como más estresantes de lo normal y su vez, la presencia de sucesos estresantes puede ser el resultado de una conducta desadaptativa.

5.3.3.3. Rendimiento escolar

La asociación con el rendimiento escolar fue investigada en 10 estudios evaluados en una revisión sistemática. Parece haber una asociación significativa pero indirecta entre pobre rendimiento escolar e intentos suicida. La pobre asistencia escolar estuvo positivamente asociada con ideación e intento suicida. Análisis multivariados fueron reportados en tres estudios, pero la relación no parece ser directa.

El tener una actitud negativa hacia la escuela y hacia el trabajo escolar fue asociado con un incremento de la prevalencia del fenómeno suicida. Análisis multivariados fueron reportados en cuatro de los estudios, uno de ellos encontró que la variable escolar podría tener una contribución independiente en la variación del fenómeno suicida. La mala

conducta en la escuela fue asociada con un incremento de la prevalencia de fenómenos suicidas, pero los resultados de los análisis multivariados fueron inconclusos. También se ha visto que la presencia de dificultades sentimentales es un factor de riesgo en mujeres adolescentes, sobre todo en las de menor edad.

Igualmente, la ruptura reciente de una relación amorosa ha sido relacionada. Soporte social: El soporte social fue específicamente investigado en cinco estudios evaluados en una revisión sistemática. Los hallazgos fueron inconclusos. Actividades recreativas: Hay alguna evidencia de asociación significativa (aunque no directa) entre fenómenos suicidas y participación incrementada en deportes para mujeres, pero esto es menos claro en el caso de varones (Gutierrez A, 2019).

5.4. Salud mental

En psicología cuando se habla de salud mental se la entiende como un estado relativamente perdurable en el cual la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida y está logrando su autorrealización. Es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales (Nizama M, 2019).

En este sentido la salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos, se refiere a la manera como cada uno se relaciona con las actividades en general en la comunidad; comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida. La salud mental depende de: cómo la persona se siente frente a sí misma, cómo se siente frente a otras personas, y en qué forma responde a las demandas de la vida.

Dentro del ámbito de la psiquiatría, se concibe la salud mental como un estado de armonía y adaptación activa y adecuada, que capacita al individuo para interactuar con su entorno de manera creativa. Este estado promueve su desarrollo personal y el bienestar tanto propio como el de su comunidad cercana y distante, con el objetivo de contribuir a la mejora de las condiciones de vida de la población, teniendo en cuenta sus características específicas (Carranza V, 2019)

Dentro del campo de la psicología, se define la salud mental como un estado duradero en el que la persona se encuentra bien adaptada, experimenta satisfacción con la vida y está

en proceso de autorrealización. Se trata de un estado positivo y no simplemente la ausencia de trastornos mentales. Además, se considera un estado normal para el individuo. (Via F, 2020).

En este contexto, la salud mental se relaciona con la vida cotidiana de todas las personas y se refiere a la forma en que cada individuo se relaciona con las actividades en su comunidad en general. Implica la manera en que cada persona logra un equilibrio entre sus deseos, aspiraciones, habilidades, ideales, emociones y valores éticos, y cómo puede responder efectivamente a las exigencias de la vida. La salud mental se basa en cómo la persona se percibe a sí misma, cómo se relaciona con los demás y cómo enfrenta las demandas de la vida.

5.5. Salud mental en la depresión

5.5.1. La Depresión desde la perspectiva cognitivo-conductual

En el estudio propuesto por Puerta en el año 2019, menciona un concepto basado en el conocimiento de Aaron Beck en donde menciona que: El paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. A este esquema se lo conoce como la tríada cognitiva. El paciente se ve así mismo incapaz e inútil, quizás despreciable o defectuoso. Con relación a su entorno, interpreta en términos de daños y pérdidas la mayor parte de sus experiencias vitales al tiempo que cree que el futuro vendrá acompañado de fracasos y frustraciones (Puerta V, 2019).

En concreto, los pacientes con depresión suelen presentar los siguientes pensamientos negativos:

- Pensamientos negativos sobre sí mismos: se ven a sí mismos como incompetentes, inútiles, defectuosos o no merecedores de amor.
- Pensamientos negativos sobre el mundo: perciben el mundo como hostil, negativo y amenazante.
- Pensamientos negativos sobre el futuro: creen que el futuro será terrible y lleno de fracasos.

Estos pensamientos negativos se originan en distorsiones cognitivas, que son inexactitudes en el procesamiento de la información. Por ejemplo, individuos que sufren de depresión pueden percibir una situación neutral como desfavorable o pueden llegar a conclusiones negativas de alcance general basándose en experiencias particulares.

5.5.1.1 Trastorno depresivo mayor

El trastorno de depresión mayor (TDM) es uno de los diagnósticos psiquiátricos más prevalentes e incapacitantes en la clínica actual, un episodio depresivo mayor se caracteriza por la presencia durante al menos dos semanas consecutivas y la mayor parte del día de una alteración del estado de ánimo y/o por una disminución del placer. El estado de ánimo depresivo se debe a la presencia de tristeza, vacío, desesperanza o irritabilidad, siendo éste último más característico en niños y adolescentes que la propia tristeza.

Con respecto a la anhedonia (es decir, pérdida del interés o de placer), ésta se produce en mayor o menor grado en todas o casi todas las actividades. Sin embargo, es necesario que estén presentes de forma concomitante a estos dos últimos criterios, al menos cuatro de los siguientes síntomas: alteración del sueño, cambios en el apetito (hiperfagia o anorexia) y en el peso, pérdida de energía, fatiga, dificultades a la hora de pensar, concentrarse o tomar decisiones, sentimientos de inutilidad o culpabilidad, agitación o retraso psicomotor e ideación suicida recurrente (Beltran M, 2019).

En los pacientes depresivos es frecuente la aparición de alteraciones del sueño, de tal modo que, diversos autores han estimado que alrededor del 90% de los pacientes depresivos presentan algún tipo de alteración que compromete la calidad del sueño. Las perturbaciones más comunes son el insomnio de inicio o de mantenimiento, el despertar precoz o la hipersomnia (pudiéndose presentar éste último como un aumento del sueño durante el día o como periodos de sueño prolongados durante la noche).

Todas estas alteraciones, según se ha podido constatar en diversos estudios, son diferentes consecuencias de un acortamiento de la latencia del sueño REM, característico de la patología depresiva. Como veremos más adelante, la perturbación del sueño podría estar influenciando, en parte, tanto el inicio como el curso y la remisión del trastorno. Por otra parte, los síntomas psicomotores de agitación (entre los que se incluye la incapacidad para

estarse quieto, la necesidad de ir constantemente de un lado para otro o estar tocándose 8 continuamente la piel u objetos) o de retraso (como la lentificación en el discurso o aparición de mutismo, disminución del volumen de la voz, entre otros) han de ser lo suficientemente graves como para ser observable por otras personas y no sólo una mera queja subjetiva por parte del paciente depresivo (Monti J, 2020).

En los pacientes depresivos también es habitual la aparición de pensamientos relacionados con la muerte o la ideación suicida, llegando a ser frecuentes incluso los intentos de suicidio. Dicha sintomatología viene determinada por la presencia del deseo pasivo de no despertarse, pensamientos de cometer el suicidio o incluso por la elaboración de un plan específico para cometer el suicidio. De todo este amplio conjunto de síntomas hasta ahora mencionados, es posible que en un episodio depresivo no estén presentes todos y cada uno de ellos.

5.5.1.2. Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)

Según (Sanz B, 2020) el rasgo principal del trastorno depresivo persistente (distimia) es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y los adolescentes.

Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presenta más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

- Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:
- Poco apetito o sobrealimentación.
- Insomnio o hipersomnia.
- Poca energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
- Sentimiento de desesperanza.

Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescente) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p.ej., hipotiroidismo).

Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Sanz B, 2020).

5.5.1.3. Trastorno depresivo especificado o no especificado

De acuerdo con Añasco S menciona que el "Trastorno Depresivo Especificado" y el "Trastorno Depresivo No Especificado" son términos utilizados en el campo de la psiquiatría y la salud mental para describir trastornos del estado de ánimo que no cumplen con los criterios específicos de otros trastornos depresivos más definidos, como el trastorno depresivo mayor o el trastorno distímico (Añasco S, 20219).

El Trastorno Depresivo Especificado se utiliza cuando los síntomas depresivos no cumplen con los criterios para un trastorno depresivo mayor o distímico específico, pero aun así causan angustia o deterioro significativo. Puede incluir presentaciones atípicas de la depresión que no se ajustan a las categorías estándar.

El Trastorno Depresivo No Especificado se utiliza cuando los síntomas depresivos no cumplen con los criterios para ningún trastorno depresivo específico y no se pueden clasificar de otra manera.

Una cita que respalda la definición de estos términos proviene del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5), que es una referencia ampliamente reconocida en psiquiatría y salud mental. El DSM-5 describe estos términos de la siguiente manera (Pierro B, 2021)

Estos términos son útiles en situaciones en las que una persona experimenta síntomas depresivos, pero no cumple con los criterios para un trastorno depresivo específico. Ayudan a los profesionales de la salud mental a reconocer y abordar la angustia y el deterioro que pueden experimentar las personas que no encajan perfectamente en las categorías diagnósticas tradicionales.

Un episodio depresivo describe un período de tiempo que se caracteriza por tener el ánimo bajo y decaído. Las personas con esta condición se sienten tristes o decaídas, con bajo nivel de energía y poca motivación. La depresión afecta más a mujeres que a hombres, especialmente en la adultez media o tardía.

Un episodio depresivo puede ser un evento único, pero también puede volverse persistente en el tiempo o reaparecer. Para diagnosticar una depresión persistente los síntomas deben estar presentes por más de dos años.

El diagnóstico de depresión se realiza durante una consulta médica basándose en los síntomas y pueden ser necesarios análisis de sangre para descartar otras condiciones médicas que producen ánimo decaído. El tratamiento depende de la gravedad de la depresión y puede envolver orientación psicológica, psicoterapia y medicamentos antidepresivos.

La mayoría de las personas se recupera bien de un episodio depresivo, pero en algunos casos los síntomas pueden persistir a lo largo del tiempo. Los episodios depresivos además pueden ser la primera señal de un trastorno afectivo bipolar, aunque esto es poco frecuente (Pierro B, 2021).

5.5.2 Riesgos

La depresión afecta ligeramente más a mujeres que a hombres y es más común en la adultez media o tardía. Alrededor de una cada seis personas experimentarán un episodio depresivo en algún momento de su vida (OMS, 2023).

5.5.3 Síntomas

Durante un episodio de depresión, las personas se sienten tristes o decaídas la mayor parte del tiempo. Tienen dificultad para motivarse y se cansan fácilmente. A menudo notan que no disfrutan la vida tanto como solían hacerlo. Muchas personas experimentan emociones negativas, tales como falta de esperanza, sentimientos de vacío o culpa y sensación de que se es inútil. Los episodios depresivos también acompañarse de síntomas físicos, tales como dificultad para dormir, falta de apetito, dolores de cabeza, dificultad para concentrarse y cansancio (Novolol C, 2022).

5.5.4 Diagnóstico

El diagnóstico de depresión se basa en los síntomas que experimenta la persona afectada. Durante una consulta médica se deben descartar otras posibles causas de los síntomas, como ciertos medicamentos, infecciones o condiciones del sistema endócrino, antes de realizar el diagnóstico. Algunos análisis de sangre pueden ser útiles para descartar estas causas. Además, llevar un diario para documentar los estados de ánimo, el sueño, la energía y los pensamientos, puede ser de ayuda para realizar el diagnóstico (Novolol C, 2022).

5.6. Salud mental y autoestima

Para la OMS la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productivamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. En este sentido, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad. Estos planteos que la OMS resalta desde principios de siglo, se vuelven una necesidad emergente en tiempos de pandemia: el aislamiento, la pérdida de

seguridad y la incertidumbre, elevan a situación de alarma los casos de enfermedades neuropsiquiátricas como la ansiedad, la depresión o el estrés (OMS, 2022).

La OMS también declara que factores como la autoestima, el fortalecimiento emocional, el pensamiento positivo, las destrezas sociales, la capacidad de resolución de problemas y de manejo del estrés logran interrumpir los procesos que retroalimentan la vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos mentales (OMS, 2022).

En relación con el tema de investigación, se muestra un estudio realizado por Lara X el cual presenta como tema Autoestima y su relación con la ideación suicida en estudiantes universitarios cuyo objetivo de la investigación fue determinar la relación entre el autoestima e ideación suicida en los estudiantes universitarios. La metodología que se implementó tuvo un enfoque cuantitativo de tipo correlacional, diseño no experimental, corte transversal, la cual se aplicó a 110 estudiantes universitarios en edades comprendidas entre 20 a 24 años seleccionados por un muestreo no probabilístico por conveniencia en donde el 73,6% fueron mujeres y el 26,4% fueron hombres. Se aplicó la Escala de autoestima de Rosenberg (EAR) y el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI). Los resultados determinaron correlación positiva entre la autoestima e ideación suicida positiva ($p < 0,001$) lo que indica que a mayor autoestima mayor ideación suicida positiva, mientras que entre la autoestima e ideación suicida negativa se encontró una correlación negativa ($p < 0,001$) lo que demuestra que a mayor autoestima menor ideación suicida negativa (Lara X., 2022).

6. Marco metodológico

6.1. Tipo de investigación

La investigación descriptiva es la elección adecuada para este tema, ya que permite una exploración detallada y exhaustiva de la incidencia de la conducta suicida. Este enfoque es esencial para comprender la naturaleza del problema, identificar factores de riesgo y protección, y desarrollar estrategias efectivas de prevención y atención en salud mental en esta población específica (Hernandez S, et al, 2014).

6.2. Enfoque de investigación

La investigación cualitativa se elige porque permite una exploración profunda y detallada de la experiencia de una mujer joven en relación con la conducta suicida y la salud mental en un contexto específico. Este enfoque es esencial para comprender las razones subyacentes, las percepciones individuales y las estrategias de intervención efectivas para abordar este tema complejo y delicado (Hernandez S, et al, 2014).

6.3. Técnicas

6.3.1. Entrevista

Se usó la técnica de entrevista misma que permite una exploración en profundidad, contextualizada y personal de la experiencia de la mujer en relación con la conducta suicida y la salud mental. Esto es esencial para comprender sus pensamientos, emociones y circunstancias de manera completa y precisa, lo que a su vez puede informar estrategias de prevención y apoyo más efectivas (Labrador F, 2019).

6.3.2. Observación clínica

Se empleó la técnica de observación clínica que permite una evaluación objetiva y continua de la conducta y el estado emocional de la mujer. Esto es esencial para una comprensión completa de la incidencia de la conducta suicida y su impacto en la salud

mental, así como para la toma de decisiones clínicas informadas y la implementación de medidas de prevención y apoyo adecuadas (Labrador F, 2019).

6.3.3. Test psicométricos

La utilización de test psicométricos proporciona una evaluación objetiva y cuantitativa de la salud mental de la mujer, incluyendo la evaluación de la conducta suicida. Estas pruebas pueden ayudar a identificar el riesgo, evaluar la gravedad de los síntomas y monitorear el progreso, lo que es esencial para la toma de decisiones clínicas informadas y la planificación de intervenciones de prevención y tratamiento adecuadas (Paz S, 2021).

6.4. Instrumentos

6.4.1. Cuestionario de preguntas abiertas

Es importante usar cuestionarios de preguntas abiertas para obtener información más detallada y contextualizada sobre las experiencias y pensamientos de la participante. Los cuestionarios de preguntas abiertas permiten a los participantes expresar sus ideas y sentimientos de manera libre y espontánea. Esto permite al investigador obtener una comprensión más profunda de las motivaciones y factores que contribuyen a la conducta suicida (Hernandez S, et al, 2014).

6.4.2. Observación directa

La observación directa es una técnica de investigación que permite al investigador recoger datos sobre el comportamiento y las interacciones de los participantes en su entorno natural. Esta técnica puede ser útil para la investigación sobre la incidencia de la conducta suicida en la salud mental de una mujer de 22 años del recinto San Antonio del cantón Montalvo.

6.4.3. Modelo de historia clínica

La historia clínica es un documento psicológico que contiene información detallada sobre una persona, incluyendo sus antecedentes psicológicos, familiares, sus tratamientos y

sus resultados de pruebas. La historia clínica puede ser una fuente valiosa de información para la investigación sobre la incidencia de la conducta suicida en la salud mental (Guzman F, 2019).

6.4.4. Inventario de depresión de Beck II

El Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) es una herramienta de autoinforme utilizada para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos. El BDI-II es un instrumento validado y confiable que ha sido utilizado en una amplia gama de poblaciones (Beltran M, 2019).

6.4.5. Inventario de autoestima de Rosseberg

La autoestima es un factor importante que puede contribuir a la conducta suicida. Las personas con baja autoestima tienen un mayor riesgo de pensar en el suicidio o de intentarlo. El Inventario de Autoestima de Rosenberg (ARS) es una herramienta de autoinforme que se utiliza para evaluar la autoestima. El ARS consta de diez ítems que miden la percepción de la persona sobre su valía personal y su satisfacción con sí misma (Rojas C, 2019).

7. Resultados

DESCRIPCIÓN DEL CASO

M. S. G. C es una mujer de 22 años de edad, oriunda del recinto San Antonio del Cantón Montalvo de la Provincia de Los Ríos, actualmente vive en la ciudad de Quito por motivos de estudio, se encuentra estudiando la universidad, de estado civil soltera, no pertenece a ninguna religión, se acercó a consulta por sugerencia de su madre. Las sesiones que se llevó a cabo para el presente estudio de caso fueron 6 con duración de 45 minutos aproximadamente, las cuales se detallarán a continuación:

SESIONES

Sesión N°1 24/07/2023

Durante la primera sesión se recabó e indagó en la mayor información de la paciente haciendo uso de la historia clínica en la cual paciente expresó que su motivo de consulta era porque manifiesta un bajo estado de ánimo y se siente un poco decaída. La paciente replicó que: *“últimamente me he sentido agobiada y muy triste, siento que no tengo mejoría o algún tipo de progreso”* haciendo referencia a que la terapia a la que asistía debido a que en el pasado tuvo una conducta suicida *“sentía que no le estaba funcionando”* y decidió abandonarla hace dos meses atrás. Y es aquí donde ella manifiesta este decaimiento, desesperanza, baja autoestima y mucha inseguridad e inestabilidad emocional.

Mediante la observación clínica implementada se observó que la paciente manifestaba expresión de decaimiento y cansancio, lucía algo triste. También tenía ciertas expresiones de nerviosismo, aunque su actitud era estar dispuesta a colaborar. Su vestimenta estaba dentro de lo adecuado para la ocasión.

La hipótesis en base a los resultados obtenidos arroja como un posible caso de depresión grave

- Aplicación de Inventario de depresión de Beck para confirmación; los resultados fueron: 41 (depresión grave).

- Aplicación de Escala de Autoestima de Rossemberg; resultado 16 (baja autoestima)

Se le hace breve explicación sobre la relación entre los pensamientos, emociones y conducta y se le pide a la paciente que los anote para revisión en la siguiente sesión.

Sesión N°2 31/07/2023

En la sesión número dos se realizó la devolución de resultados de los instrumentos aplicados y en base a la información recopilada se explica a la paciente el diagnóstico del trastorno.

Se procede a explicar a la paciente el proceso psicoterapéutico que se va a utilizar, el cual es el Modelo Cognitivo Conductual que explica la íntima relación entre los pensamientos acerca de si mismo, de su entorno y de su futuro. Se le plantea ejemplos para la mejor comprensión del tema.

Sesión N°3 07/08/2023

Para está sesión se realizó una retroalimentación de la sesión pasada para verificar que los conceptos están claros, se trabajó en identificar sus pensamientos negativos los cuales fueron *''siento que no tengo mejoría o progreso''* y *''sentía que la terapia no estaba funcionando''*. Se utilizó la técnica de identificar pensamientos distorsionados a través de un Registro Diario de Pensamientos distorsionados los cuales el paciente consultará y revisará en conjunto en las sesiones posteriores.

Sesión N°4 14/08/2023

En la sesión número cuatro se procedió a trabajar junto con la paciente con las técnicas de evaluación: Búsqueda de Evidencia y Costo Beneficio para brindarle una alternativa o solución diferente con respecto a sus pensamientos distorsionados que fueron identificados.

Una vez trabajado eso se procedió con la Técnica de Reestructuración Cognitiva para ayudar a que la paciente sea consciente y cambie algunos pensamientos distorsionados

(negativos) que le causan malestar emocional. Se emplea las 3 fases: Identificación de ideas, evaluación de ideas y cambio de ideas.

Sesión N°5 21/08/2023

En dicha sesión se llevó a cabo las Técnicas Conductuales donde se le manifiesta a la paciente como esta le puede ayudar a mejorar el aislamiento social que se encuentra padeciendo al momento de realizar esta intervención. Se desarrolla un cuestionario de actividades semanales mismo que fue elaborado en conjunto con la paciente en base a las actividades que le gustaban realizar como: hacer las compras, ir a las galerías de arte, arreglarse para salir, pintar en el tiempo libre, etc., pero que dejó de hacerlo a partir de su recaída, y para valorar esto se elaboró el cuestionario de Dominio y agrado donde calificará las actividades elaboradas anteriormente.

Sesión N°6 28/08/2023

Finalizando con la sesión número seis, se le explicó a la paciente acerca de cuan complejo le puede resultar su diagnóstico en la vida cotidiana, pero que es necesaria una continua intervención terapéutica, así que la sugerencia es que no la abandone, que tenga un proceso continuo en base al cuidado de su salud mental y los más primordial es que si piensa que el tratamiento no está funcionando, se lo comunique al profesional.

Se le enseñó a la paciente la técnica de relajación para que así pueda practicarla en casa y en los momentos en los que se le resulta demasiado difícil conciliar el sueño.

SITUACIONES DETECTADAS

La paciente manifiesta que asistía a terapia ya que tuvo una conducta suicida hace dos años aproximadamente, pero hace dos meses atrás decidió dejar la terapia ya que se sentía decaída porque sentía que la terapia no estaba funcionando ni tomando el rumbo que creía que debía tomar. Dado ese motivo la paciente asiste a consulta como sugerencia de su madre ya que manifiesta un bajo estado del animo a raíz de eso.

La paciente evidencia un malestar emocional a causa de sus pensamientos pesimistas de que nada mejorará y se siente sin esperanzas de un progreso. En la aplicación de El

Inventario de Depresión de Beck II obtuvo la puntuación de 41 puntos el mismo que dentro de rango de puntuación arroja que la paciente presenta una depresión grave. Así mismo presenta una actitud negativa sobre sí misma y cierta insatisfacción. También se aplicó La escala de autoestima de Rossemberg cuya puntuación fue de 16 reflejando que la paciente presenta una baja autoestima.

Mediante los resultados obtenidos de los test psicométricos y de la información recopilada de la historia clínica, entrevista y observación clínica realizados a la paciente, se llegó al diagnóstico F34.1 Trastorno de depresión persistente, cumpliendo con los criterios de diagnóstico A Y B dentro del DSM-V y CIE10 donde la paciente presenta; baja autoestima, sentimientos de desesperanza, poco apetito, insomnio y falta de concentración.

Tabla 1: Diagnostico estructural según el DSM V y CIE10

DIAGNOSTICO ESTRUCTURAL	
DSM-V	300.4
CIE 10	F34.1

Fuente: Elaboración propia

SOLUCIONES PLANTEADAS

En base a los datos obtenidos en la fase diagnostica de la paciente, se procedió con la elaboración de un esquema terapéutico con un enfoque cognitivo conductual para la modificación de pensamientos y sentimientos negativos que causan el malestar emocional. A continuación, se detalla el esquema terapéutico:

Tabla 2: Esquema Terapéutico

ESQUEMA TERAPEUTICO					
Hallazgos	Meta terapéutica	Técnica	N° de sesiones	Fecha	Resultados obtenidos
Área cognitiva: Sentimientos de desesperanza Baja autoestima	Mejorar el control emocional y reducir los pensamientos negativos y de desesperanza.	Psicoeducación Identificación de pensamientos distorsionados. Técnicas de Evaluación. Reestructuración cognitiva.	3	31/07/2023 07/08/2023 14/08/2023	La paciente comprende sobre el problema que está padeciendo y como se va a intervenir. La paciente identificó pensamientos que le causan malestar emocional. La paciente logró modificar sus pensamientos distorsionados.
Área afectiva: Pesimismo					
Área conducta social escolar: Aislamiento social	Lograr un cambio comportamental con resultado positivo.	Técnica conductual	2	21/08/2023	La paciente logró realizar pocas pero efectivos comportamientos sociales que le producían bienestar.
Área somática: Insomnio	Superar los problemas de sueño.	Técnica de relajación	2	28/08/2023	Mediante los ejercicios de relajación, se logró que la paciente mejore sus hábitos de sueño.

8. Discusión de resultados

El presente estudio de caso tuvo como objetivo general determinar la incidencia de la conducta suicida en la salud mental de una mujer de 22 años de edad. En base a los instrumentos y técnicas aplicadas a lo largo de este estudio se obtuvo que la conducta suicida de la paciente si causó repercusiones en su salud mental, principalmente en su estado de ánimo y autoestima.

La identificación de una conducta suicida en la mujer de 22 años se logró a través de la recopilación de información y la observación directa. Esto demuestra que es posible identificar y evaluar este comportamiento en un contexto clínico, lo que es fundamental para proporcionar el apoyo necesario.

Varios estudios han demostrado que los adultos jóvenes, como la mujer en cuestión, pueden estar en riesgo de conducta suicida debido a factores como el estrés, la depresión, la ansiedad y la falta de apoyo emocional. Un estudio significativo realizado por Aguirre A en 2022 reveló que la prevalencia de la ideación suicida fue de 26.32%, el 53% fueron femeninas, un 57,2% con edades entre 20 a 26 años, el ingreso más común fue 1 SME con 34%, se registró síntomas de depresión en el 61,5% de los casos, disfunción familiar en el 59% y bullying en el 16%. Estos resultados respaldan la idea de que la conducta suicida estaba presente en la mujer de 22 años a causa de un trastorno el cual le causaría repercusiones en su salud mental de manera prolongada al no ser llevado con la atención primordial que se requiere.

El segundo objetivo se enfocó en reconocer los cambios psicológicos en la salud mental de la mujer de 22 años de edad, los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck II arrojaron que la paciente se encontraba atravesando por una depresión grave. Del inventario de Autoestima de Rossemberg se obtuvo que la paciente presenta una baja autoestima lo cual evidencia que los cambios psicológicos están presentes causando un efecto negativo en su bienestar psicológico.

El registro de cambios psicológicos hallados en la paciente tales como: depresión y baja autoestima, concuerda con investigaciones previas como la de Contreras L. en su tema

“Efecto de la depresión y la autoestima en la ideación suicida” donde menciona que la conducta suicida se ha incrementado en jóvenes y adolescentes. El objetivo fue estudiar el efecto de la autoestima y la depresión en la ideación suicida en adolescentes, las estudiantes tuvieron mayor prevalencia de ideación suicida, depresión y baja autoestima. La autoestima y la depresión tuvieron un efecto directo en la ideación suicida. La autoestima tuvo un efecto negativo sobre la ideación suicida, cuando está mediada por la depresión. Los estudios sobre ideación suicida ayudan a generar evidencia para la planeación, diseño y evaluación de estrategias, políticas y programas de prevención del suicidio, investigación que han resaltado la relación entre la salud mental y la conducta suicida (Contreras L, 2019).

Un estudio significativo realizado por Siabato E en 2019 examinó 289 participantes y encontró que el 30% de los participantes presentó un nivel alto de ideación suicida y el 9% reportaron síntomas depresivos, hallándose evaluación más alta en mujeres que en hombres para ambas variables de estudio. Estos hallazgos respaldan la idea de que los aspectos psicológicos y emocionales juegan un papel crítico en la conducta suicida, y que abordar estos aspectos es esencial en la evaluación y la intervención. En este contexto, el presente estudio subraya la importancia de una evaluación y un tratamiento holísticos que incluyan la atención a la salud mental y emocional de las personas en riesgo de conducta suicida. Esto implica no solo abordar los síntomas de depresión y baja autoestima, sino también fomentar la resiliencia emocional y proporcionar apoyo terapéutico adecuado. El conocimiento de esta relación entre la salud mental y la conducta suicida nos permite tomar medidas más efectivas para prevenir y abordar esta problemática de manera integral (Siabato E, 2019).

Los resultados brindan una explicación de la incidencia de la conducta suicida en la salud mental de la mujer. Se sugiere que factores como la presencia de síntomas depresivos y la falta de confianza en sí misma contribuyen al deterioro de su salud mental lo cual la pone en riesgo de volver a tener una conducta suicida a causa del malestar emocional que está atravesando.

9. Conclusiones

De acuerdo con la información obtenida en el presente estudio de caso realizada a una mujer de 22 años, se llegó a las siguientes conclusiones:

La investigación confirmó que la conducta suicida estaba presente en la paciente mediante la implementación de herramientas metodológicas, la cual permitió ahondar en los sucesos detonantes y en como la paciente llegó a tomar dicha decisión.

La paciente a causa de su conducta suicida desarrolló un Trastorno de Depresión Persistente 300.4 (F34.1) en base a los criterios de diagnóstico del DSM-V Y CIE10, la cual tuvo su alto nivel de afectación a raíz del abandono de su tratamiento por creencias de que no estaba funcionando, cuya decisión provocó que tales alteraciones surgieran y afectaran el autoestima y la cognición.

Se estableció que la conducta suicida incide en la salud mental produciendo una serie de sintomatologías que causan malestar emocional afectando en su calidad de vida, la cual sin un continuo tratamiento existe el riesgo de recaídas contribuyendo así al deterioro de la persona.

10. Recomendaciones

Se recomienda a la paciente continuar su proceso psicoterapéutico con otro profesional para que aborde más a detalle los distintos aspectos de su diagnóstico y así llegar a una contrastación con los resultados obtenidos en esta investigación con el fin de que tenga un adecuado tratamiento de su problemática.

Se sugiere a la paciente asistir a terapia de grupo específicamente en intervenir la misma problemática para que así pueda tener una red de apoyo emocional, donde hablar de sus emociones, sentimientos y pensamientos, los distintos malestares emocionales que atraviesa y así sentirse entendida.

Se propone a la comunidad científica continuar estudios de incidencia de la conducta suicida en la salud mental con el fin de que proporcione información que sirva de apoyo efectivo tanto para personas que han atravesado por eso, como personas con familiares o personas cercanas que lo han hecho.

Referencias Bibliográficas

- Añasco S. (2019). Prevalencia Y Factores De Riesgo De Depresión . Obtenido De Repositorio Digital Pontificia Universidad Católica Del Ecuador: [Http://Repositorio.Puce.Edu.Ec/Bitstream/Handle/22000/13909/Tesis%20%28word%29%20prevalencia%20de%20depresion%20y%20factores%20de%20riesgo%20en%20estudiantes%20de%20medicina%202017.Pdf?Sequence=1&Isallowed=Y](http://Repositorio.Puce.Edu.Ec/Bitstream/Handle/22000/13909/Tesis%20%28word%29%20prevalencia%20de%20depresion%20y%20factores%20de%20riesgo%20en%20estudiantes%20de%20medicina%202017.Pdf?Sequence=1&Isallowed=Y)
- Baca E. (2019). Universidad De Alcalá. Obtenido De Clasificación De La Conducta Suicida: [Https://Ebuah.Uah.Es/Dspace/Bitstream/Handle/10017/17103/Tesis_2012_Teresa_Legido.Pdf?Sequence=1&Isallowed=Y](https://Ebuah.Uah.Es/Dspace/Bitstream/Handle/10017/17103/Tesis_2012_Teresa_Legido.Pdf?Sequence=1&Isallowed=Y)
- Beltran M. (2019). El Inventario De Depresión De Beck: Su Validez En Población Adolescente. Obtenido De [Https://Www.Scielo.Cl/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0718-48082012000100001](https://Www.Scielo.Cl/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0718-48082012000100001)
- Cañón S. (2019). Ideación Y Conductas Suicidas En Adolescentes Y Jóvenes. Obtenido De Scielo: [Https://SciELO.Isciii.Es/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S1139-76322018000400014](https://SciELO.Isciii.Es/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S1139-76322018000400014)
- Carranza V. (2019). El Concepto De Salud Mental En Psicología Humanista–Existencial. Obtenido De Ajayu Órgano De Difusión Científica Del Departamento De Psicología Ucbp: [Http://Www.Scielo.Org.Bo/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S2077-21612003000100001](http://Www.Scielo.Org.Bo/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S2077-21612003000100001)
- Gomez D. (2019). Factores Psico-Sociales Influyentes Para Intento Suicida. Obtenido De [Https://Ri.Ues.Edu.Sv/Id/Eprint/16181/1/Factores%20psico-Sociales%20influyentes%20para%20intento%20suicida%20de%20pacientes%20embarazadas%20en%20las%20regiones%20occidental%20y%20central%20del%20sistema%20nacional%20de%20salud%20entre%20el%20periodo%20de%20](https://Ri.Ues.Edu.Sv/Id/Eprint/16181/1/Factores%20psico-Sociales%20influyentes%20para%20intento%20suicida%20de%20pacientes%20embarazadas%20en%20las%20regiones%20occidental%20y%20central%20del%20sistema%20nacional%20de%20salud%20entre%20el%20periodo%20de%20)
- Gutierrez A. (2019). Scielo. Obtenido De Suicidio Y Algunos De Sus Correlatos Neurobiológicos. Primera Parte: [Https://Www.Scielo.Org.Mx/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0185-33252008000400009](https://Www.Scielo.Org.Mx/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0185-33252008000400009)
- Guzman F. (2019). La Historia Clínica. Obtenido De [Http://Www.Scielo.Org.Co/Pdf/Rcci/V27n1/V27n1a2.Pdf](http://Www.Scielo.Org.Co/Pdf/Rcci/V27n1/V27n1a2.Pdf)
- Hernandez S, Et Al. (2014). Metodología De La Investigacion. Mexico: Mcgraw Hill.
- Inec. (2019). Epidemiología Del Suicidio En Adolescentes Y Jóvenes En Ecuador. Obtenido De

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49163/V42e1002018.pdf?sequence=1&isallowed=Y>

Jane A. (2019). Temas De Salud Mental . Obtenido De Organización Panamericana De La Salud:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3141/temas%20de%20salud%20mental%20en%20la%20comunidad.pdf?sequence=1>

Labrador F. (2019). Manual De La Entrevista Psicologica. Obtenido De <https://unidaddegenerosgg.edomex.gob.mx/sites/unidaddegenerosgg.edomex.gob.mx/files/files/biblioteca/14%20manuales%20y%20protocolos/manual%20de%20entrevista%20psicologica.pdf>

Lara X. (2022). Autoestima Y Su Relación Con La Ideación Suicida En Estudiantes Universitarios. Obtenido De Facultad De Ciencias De La Salud, Carrera De Psicología Clínica: <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/4120-Texto%20del%20art%C3%ADculo-16299-1-10-20221227.pdf>

Monti J. (2020). Actualización Sobre La Incidencia Y Las Causas Del Insomnio Primario Y Secundario. Obtenido De Scielo: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902002000100003

Nizama M. (2019). Suicidio. Obtenido De Revista Peruana De Epidemiología ;: <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203122516002.pdf>

Novolol C. (2022). Episodio Depresivo No Especificado. Obtenido De Ada Health GmbH: <https://ada.com/es/conditions/depressive-episode/>

Oms. (2022). Obtenido De Entendiendo La Conducta Suicida: <https://funpres.org/sv/entendiendo-la-conducta-suicida/#:~:text=La%20organizaci%C3%B3n%20mundial%20de%20la,pretende%20obtener%20los%20cambios%20deseados%20del%209d.>

Oms. (2023). Depresion. Obtenido De Organizacion Mundial De La Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Onu. (2022). Prevención Del Suicidio. Obtenido De Organizacion De Naciones Unidas: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>

Paz S. (2021). Fundamentos De La Evaluación Psicológica. Quito: Editorial Abya-Yala.

Pierro B. (2021). Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales. Madrid: Masson. Obtenido De

- <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Puerta V. (2019). Terapia Cognitiva-Conductual (Tcc) Como Tratamiento Para La Depresion. Obtenido De Red De Revistas Científicas De América Latina, El Caribe, España Y Portugal: <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Rojas C. (2019). La Escala De Autoestima De Rosenberg: Validación Para Chile En Una Muestra De Jóvenes Adultos, Adultos Y Adultos Mayores. Obtenido De https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600009
- Sanz B. (2020). Intervención Cognitivo Conductual . Obtenido De Casos Clinicos En Salud Mental: [File:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Dialnet-Intervencioncognitivoconductualenuncasodedistimiac-5912890%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Dialnet-Intervencioncognitivoconductualenuncasodedistimiac-5912890%20(2).pdf)
- Siabato E. (2019). Asociación Entre Depresión E Ideación Suicida En Un Grupo De Adolescentes . Obtenido De Universidad Pedagógica Y Tecnológica De Colombia: http://www.scielo.org.co/scielo.php?_=arttext&pid=S1657-89612017000100004
- Silva D. (2019). Factor Neurotrófico Derivado Del Cerebro Como Marcador De Conducta Suicida En Pacientes Con Trastorno Depresivo Mayor. Obtenido De Scielo: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272015000100006
- Torrents S. (2019). Ansiedad En Los Cuidados. Una Mirada Desde El Modelo De Mishel. Obtenido De Scielo: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100013#:~:Text=La%20ansiedad%20es%20una%20reacci%C3%B3n,A%20ansiedad%20es%20elevada%20y%20persistente.
- Vargas H. (2019). Factores Asociados Con La Conducta Suicida En. Obtenido De Revista De Neuro Psiquiatria: <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372036937004.pdf>
- Via F. (2020). Ajayu. Órgano De Difusión Científica Del Departamento De Psicología De La Universidad. Obtenido De Prejuicios Sobre La Demanda De Servicios De Salud Mental En Estudiantes De Un Instituto Rural: <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545473003.pdf>
- Virues R. (2019). Ansiedad Y Sus Efectos Traen Consigo Un Desgaste Emocional Y Comportamental Demasiado Serio Y Complicado. Obtenido De Revista [Psicologiacientifica.Com: https://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/](https://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/)

Anexos



Anexo 1.- Historia Clínica

HISTORIA CLINICA

H.C#001

Fecha: 31/07/ 2023

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

M. S. G. C

Edad: 22

Lugar y fecha de nacimiento: 17/ 01/ 2000

Género: Femenino

Estado civil: Soltera

Religión: Ninguna

Instrucción: Bachillerato completo

Ocupación: Estudiante universitaria

Dirección: XXXXXXXXXXXXX

Teléfono: 09XXXXXXXXXX

Remitente: Sin remitente

MOTIVO DE CONSULTA

M. S. G. C asiste a sesión psicológica como sugerencia de su madre ya que manifiesta un bajo estado de ánimo y se siente un poco decaída.

2. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

Paciente sexo femenino, asiste a consulta como sugerencia de su madre, se observa que está orientada en tiempo y espacio, durante la entrevista manifiesta que “últimamente me he sentido agobiada y muy triste, siento que no tengo mejoría o algún tipo de progreso”.

La paciente manifiesta que asistía a terapia a causa de su conducta suicida, pero decidió abandonarla porque sentía que no estaba progresando lo cual la llevó a sentirse un poco frustrada y pesimista ante esa situación.

3. ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS FAMILIARES

No refiere información

4. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

No refiere información

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

La paciente refiere ser una buena estudiante desde los diversos niveles académicos que ha cursado hasta la actualidad, cuando estaba cursando el 4to de básica, se mudó a la ciudad de Quito, pero manifiesta que no se le resultó tan difícil adaptarse.

6.3. HISTORIA LABORAL

La paciente refiere que actualmente no cuenta con un empleo.





6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

La paciente manifiesta que desde pequeña no ha tenido dificultad en hacer amistades, tanto en la escuela como en el colegio, incluso cuando se fue a vivir a otra ciudad, en la universidad manifiesta tener una vida normalmente sociable y si interactúa con su entorno.

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

En su tiempo libre aprovecha para pintar ya que es un hobby del que disfruta mucho y se le da muy bien, así mismo le gusta escuchar música y pasar un considerable tiempo en redes sociales en internet.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

Paciente heterosexual, refiere sentirse atraída por el sexo masculino, tenía una pareja con la cual mantenía una relación aparentemente estable, pero decidió ponerle fin a casi a finales del 2021 ya que no se sentía bien emocionalmente.

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

No consume ningún tipo de sustancia que sea perjudicial para su salud.

6.8 ALIMENTACIÓN Y SUEÑO.

Paciente manifiesta tener problemas para conciliar el sueño y ha estado teniendo una inadecuada alimentación.

6.9 HISTORIA MÉDICA

No refiere ninguna enfermedad médica.

6.10 HISTORIA LEGAL

No refiere antecedentes legales.

6.11 PROYECTO DE VIDA

Desearía poder realizarse como profesional en la carrera que actualmente estudia, vivir una vida cómoda y tranquila junto a sus seres queridos, y cumplir con todas las metas que se ha propuesto.

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

Paciente somatotipo ectomorfo, posee vestimenta adecuada, con estatura de alrededor de 1.60 m, de etnia mestiza, se manifiesta con una expresión un poco nerviosa, pero con interés por colaborar y brindar información, también se observa ciertos signos de decaimiento y luce algo cansada.

7.2 ORIENTACIÓN

No presenta dificultades para situarse en tiempo y espacio.

7.3 ATENCIÓN

Presenta algunas dificultades para concentrarse en sus actividades académicas.





7.4 MEMORIA

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

7.5 INTELIGENCIA

Paciente denota una inteligencia acorde a su edad.

7.6 PENSAMIENTO

Presenta pensamientos pesimistas y negativos sobre sí misma.

7.7 LENGUAJE

Presenta lenguaje fluido y espontáneo.

7.8 PSICOMOTRICIDAD

No refiere alguna problemática con respecto a la psicomotricidad.

7.9 SENSOPERCEPCION

No refiere alguna dificultad referente a la sensopercepción.

7.10 AFECTIVIDAD

La paciente inicialmente se mostró algo cohibida para brindar información, pero poco a poco se fue sintiendo en confianza.

7.11 JUICIO DE REALIDAD

La paciente posee un buen juicio de realidad.

7.12 CONCIENCIA

Paciente tiene conciencia del problema.

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II – DEPRESIÓN GRAVE (41)

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE ROSSEMBERG – BAJA AUTOESTIMA (16)

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos negativos • Sentimientos de desesperanza • Baja autoestima 	Trastorno de depresión persistente 300.4 (F34.1)
Afectivo	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Pesimismo 	
Conducta social - Escolar	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para concentrarse • Aislamiento social • Disminución de la locuacidad 	
Somática	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de energía o fatiga • Insomnio • Pérdida de peso 	

10. Formulación del caso (Describir, factores predisponentes, eventos precipitantes, factores perpetuantes, el tiempo de evolución)

10.1 Factores predisponentes:

Conducta suicida.

10.2 Eventos precipitantes:

Abandono de terapia.





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



10.3 Tiempo de evolución:

Dos años.

11. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Trastorno de depresión persistente (F34.1)

12. PRONÓSTICO

Pronóstico favorable

13. RECOMENDACIONES

Se recomienda a la paciente seguir el tratamiento psicoterapéutico.



ESQUEMA TERAPEUTICO					
Hallazgos	Meta terapéutica	Técnica	N° de sesiones	Fecha	Resultados obtenidos
Área cognitiva: Sentimientos de desesperanza Baja autoestima	Mejorar el control emocional y reducir los pensamientos negativos y de desesperanza.	Psicoeducación Identificación de pensamientos distorsionados. Técnicas de Evaluación. Reestructuración cognitiva	3	31/07/2023	La paciente comprende sobre el problema que está padeciendo. Se logró una mejoría de la autoestima en la paciente. La paciente logró modificar sus pensamientos distorsionados que le causaban malestar emocional.
Área afectiva: Pesimismo				07/08/2023	
Área conducta social – escolar: Aislamiento social	Lograr un cambio comportamental con resultado positivo.	La activación conductual	1	21/08/2023	La paciente logró realizar pocas pero efectivos comportamientos sociales que le producían bienestar.
Área somática: Insomnio	Superar los problemas de sueño.	Técnicas de relajación	1	28/08/2023	Mediante los ejercicios de relajación, se logró que la paciente mejore sus hábitos de sueño.



Anexo 2.- Ficha de Observación Clínica

FICHA DE OBSERVACIÓN CLINICA

MODELO DE REPORTE DE OBSERVACIÓN PSICOLOGICA

1. DATOS GENERALES:

Nombre: M. S. G. C

Sexo: Femenino

Edad: 22

Lugar y fecha de nacimiento: Babahoyo, 17/09/2000

Instrucción: Estudiante Universitaria

Tiempo de observación: _____ Minutos: 45

Hora de inicio: 9:00 am

Hora final: 9:45 am

Fecha: 31/07/2023

Tipo de observación: Clínica

Nombre del Observador (a): Guizado Chimbo Mirian Verónica

2. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN:

2.1 DESCRIPCIÓN FÍSICA Y VESTIMENTA

Paciente femenina, vestimenta acorde a su género, de contextura delgada, de estatura media de aproximadamente 1.60 m, tez blanca, presenta un adecuado aseo y cuidado personal y aparenta su edad cronológica. Cuando hace su ingreso lo hace de manera tranquila. Viste con un pantalón holgado blanco y una blusa celeste con estampado de flores. Muestra una actitud colaborativa, se encuentra orientada en tiempo, lugar y espacio. Su expresión facial demuestra serenidad, aunque al mismo tiempo luce decaída y cansada.

2.2 DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE.

Se realizó la entrevista en su vivienda, en la cual el área que se utilizó contaba con buena iluminación y ventilado, asiento cómodo para la paciente, no entraba ningún tipo de ruido que pudiera interrumpir o causar distracción durante la sesión.

2.3 DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA

Durante la sesión la paciente se mostraba algo nerviosa e inquieta por la sesión que se llevaría a cabo, conforme se fueron realizando las preguntas la paciente manifestó una muy buena predisposición para responder con completa sinceridad y eficiencia. Hubo ciertos momentos en los que se tomaba su tiempo para continuar, sobre todo cuando eran temas sensibles. Pero aun así brindó la mayor información posible sobre su problemática y luego al finalizar manifestó que se sentía más tranquila y con mucho ánimo de afrontar su situación.

3. COMENTARIO:

Ninguno





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

Anexo 3.- Cuestionario de preguntas abiertas



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

CARRERA DE PSICOLOGÍA



CUESTIONARIO DE ENTREVISTA A LA PACIENTE

ENTREVISTADORA: MIRIAN GUIZADO

NOMBRE: M. S. G. C

FECHA: 07/08/2023

1. ¿Cómo te sientes al venir a consulta?

Me siento algo extraña, ya que volver a interactuar con un profesional de la salud mental me resulta agradable, pero al mismo tiempo me siento insegura.

2. ¿Por qué tienes ese tipo de pensamientos?

Es que cuando estaba en tratamiento anteriormente a causa de mi conducta, sentía que no estaba funcionando puesto que mis pensamientos no tomaban el rumbo que yo creí que tomarían, empecé a experimentar resentimiento hacia mis personas importantes como lo son mis padres, pero aun así creo que ese no era el camino. Y llego un punto en el que sentí que ya no podía continuar.

3. ¿Te gustaría contarme un poco más sobre aquel acontecimiento de conducta suicida?

La verdad es que fue algo que siento que marcó muy en mí, pero de alguna manera por ciertas ocasiones no lo consideré como algo extremadamente grave. Fue en finales del 2021, yo tomé la decisión de intentar quitarme la vida puesto que me sentía completamente sin esperanzas, sentía que ya no podía más. Meses antes de mi intento sucedieron varias cosas que me afectaron demasiado, como el hecho de que yo estaba viviendo con mi hermano y su familia, pero no congeniábamos bien y su esposa me causaba maltrato psicológico al ser mezquina con todo y en más de una ocasión me decía que yo no significaba nada para mi hermano. Tomé la decisión de salir de ahí y vivir en la casa que tenemos en Quito, pero estaba sola, me empecé a sentir mejor pero las cosas que me decía venían a mi mente de vez en cuando, al mismo tiempo cursaba el 4to semestre de mi carrera en el cual ciertas materias me tenían bastante decaída ya que mis calificaciones eran demasiado bajas, a veces no asistía a clases porque no me sentía lo suficientemente bien como si quiera para salir y por ende me atrasaba, así mismo también tenía una pareja, con mi novio todo parecía estable y yo creí que realmente encontré un buen compañero, estaba enamorada, pero tenía ciertas actitudes y opiniones acerca de mí que me hacían sentir aún más insegura, estas dos últimas situaciones sucedían al mismo tiempo lo cual me resultó aún más difícil de sobrellevar. Finalmente tomé la decisión de terminar mi relación lo cual a pesar de ser yo quien la daba por terminada si me afectó demasiado emocional y anímicamente. Mi madre finalmente vino a pasar tiempo conmigo en la casa porque mis familiares no me veían bien, pero aun así con su compañía yo me sentía bien, la gota que derramó el vaso fue cuando terminé el semestre y perdí cuatro materias. Sentía como si todo





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



estuviera arruinado, que no habría manera de mejorar y no veía algo positivo por ningún lado. Entonces fue cuando lo decidí, mi madre se encontraba en la cocina y yo estaba en mi cuarto, escribí cartas para mi madre, mi padre, mis hermanos, mi mejor amiga y mi ex, donde les pedía que no se sintieran culpables que la decisión era completamente mía porque ya no me sentía bien. Las dejé en mi cama y me dirigí al baño con una Gillette en mano y me hice un corte más arriba de la muñeca, en el antebrazo, cuando me di cuenta ya estaba cubierta en sangre y estaba manchando el piso del baño, podía visualizar como salía la sangre por el corte y entonces caí en cuenta que me estaba desangrando, yo al darme cuenta de lo que había hecho me intenté cubrir la herida con papel y fui hasta mi cuarto por un trapo para limpiar el piso del baño, entonces mi mamá se empezó a percatar que algo estaba pasando, algo no iba bien y me fue a buscar al baño y me encontró sentada en el baño intentando detener la sangre, inmediatamente me llevó a un centro de salud en el cual me atendieron la herida y derivaron con un psicólogo.

4. ¿Cómo ha sido tu proceso desde aquel evento hasta ahora?

Pues decidimos quedarnos en Quito ya que siempre cuando eran las vacaciones de fin de semestre regresábamos a San Antonio, pero esa vez decidimos que no, mi madre se quedó conmigo y yo empecé a asistir a terapia, en gran parte sentí como iba mejorando y pocas veces es que me sentía triste y decaída, pero fue cuando después de cierto tiempo empecé a sentir que la terapia no estaba funcionando y que ya estaba lo suficientemente estable como para poder sola que decidí dejarla, lo único que mantengo de ese tratamiento es el journaling lo cual si me agrada y me causa bienestar realizar.

5. ¿Tienes con quien hablar de tus pensamientos y sentimientos?

Pues hay pocas ocasiones en las que quiero hablar, pero no de mucho y suelo hacerlo con mi mamá

6. ¿Cómo te sientes luego de compartir aquella situación en esta sesión?

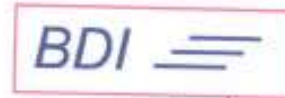
Me resulta algo hasta nostálgico podría decir el recordar como yo me sentía para tomar tal decisión, pero aun así creo que es muy difícil que yo mejore.

Guizado Chimbo Mirian

Firma del responsable



Anexo 4.- Inventario De Depresión De Beck II




Identificación M.S.G.C. Fecha 14/08/2023

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

1. No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 Me siento desanimado respecto al futuro.
 Siento que no tengo que esperar nada.
 Siento que el futuro es desalentador y las cosas no mejorarán.
3. No me siento fracasado.
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 Me siento culpable constantemente.
6. No creo que esté siendo castigado.
 Me siento como si fuese a ser castigado.
 Espero ser castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
7. No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.
 Me da vergüenza de mí mismo.
 Me detesto.



BDI 

Identificación M. SGC

Fecha 14/08/2023

8. No me considero peor que cualquier otro.
 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 Continuamente me culpo por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 Desearía suicidarme.
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. No lloro más de lo que solía.
 Ahora lloro más que antes.
 Lloro continuamente.
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. No estoy más irritado de lo normal en mí.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado continuamente.
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. No he perdido el interés por los demás.
 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 He perdido todo el interés por los demás.
13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 Evito tomar decisiones más que antes.
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 Ya me es imposible tomar decisiones.
14. No creo tener peor aspecto que antes.
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 Creo que tengo un aspecto horrible.

Identificación M.S.G.C Fecha 14/08/2023

15. Trabajo igual que antes.
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 No puedo hacer nada en absoluto.
16. Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. No me siento más cansado de lo normal.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.
19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar: SI NO
20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 Estoy menos interesado por el sexo que antes
 Estoy mucho menos interesado por el sexo
 He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL:

41

L> Depresión grave



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



Anexo 5.- Inventario De Autoestima De Rossemberg

ESCALA DE AUTOESTIMA
(Rosenberg, 1965)

Nombre: M.S.G.C Fecha de Nacimiento: 17 septiembre 2006
Edad: 22 Ocupación: Estudiante

Lea cada frase atentamente y anote el grado de acuerdo o desacuerdo con la misma.

Responda cada afirmación colocando una equis (X) en la casilla que mejor describa como piensa y/o siente acerca de si mismo. Asegúrese de escoger solamente una respuesta por cada frase. Debido a que cada persona es diferente, no hay respuestas correctas o incorrectas a estas frases. Para saber si una determina forma de pensar o sentir es típica de su forma de ver las cosas, tenga presente como es la mayor parte del tiempo.

Fijese en el ejemplo que sigue. Para mostrar una frase en que una afirmación describe su actitud, marque con una equis (X) en la casilla del 1 (muy de acuerdo) al 4 (muy en desacuerdo). Una respuesta del 2 o 3 indicará que usted está en acuerdo o en desacuerdo con la afirmación.

Ejemplo: Conteste en una de la siguiente casilla la frase

Nº	AFRIMACIONES	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 En desacuerdo	4 Muy en desacuerdo
15.	Si me equivoque es porque soy una mala persona	X			

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN





Nº	AFIRMACIONES	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 En desacuerdo	4 Muy en desacuerdo
1.*	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás .			X	
2.	Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado.			X	
3.*	Creo que tengo varias cualidades buenas.			X	
4.*	Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				X
5.	Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí.	X			
6.*	Tengo una actitud positiva hacia mi mismo.			X	
7.*	En general estoy satisfecho conmigo mismo.				X
8.	Desearía valorarme más a mi mismo.		X		
9.	A veces me siento verdaderamente inútil.	X			
10.	A veces pienso que no sirvo para nada.	X			

Total: 16 Autoestima baja

Anexo 6.- Fotografía



Imagen 1: Primera sesión

Anexo 7.- Fotografía



Imagen 2: revisión con el tutor