



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**

PROBLEMA:

**LA BAJA AUTOESTIMA Y SU INSIDENCIA EN EL SINDROME DE
CUTTING EN UNA ADOLESCENTE DE 13 AÑOS DE LA CIUDAD DE SAN JOSE
DE CHIMBO**

AUTOR:

DAVID ANDRES GAIBOR GAIBOR

TUTOR:

MSC FRANCISCO AMAIQUEMA MÁRQUEZ

BABAHOYO - 2022

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo en primer lugar a Dios por ser el motor principal en mi vida. A mi madre por brindarme su apoyo incondicional, su comprensión y su paciencia en todo momento.

A mi esposa y mi hijo por ser el eje fundamental en mi vida y el motivo de mis ganas de superarme día tras día. Y a toda mi familia por el apoyo brindado durante todo este tiempo de vida estudiantil.

AGRADECIMIENTO

A ti Universidad Técnica de Babahoyo mi agradecimiento eterno después de años de esfuerzo, sacrificio, dedicación y grandes alegrías. A mis docentes por cada una de sus enseñanzas. A mi tutor MSc Francisco Amaiquema Márquez por su guía, dedicación y paciencia.

Llego el día en que miraría hacia atrás el camino recorrido por tus pasillos y aulas, y me detendría para agradecerte mi alma mater.

RESUMEN

En el detallado estudio que se presenta a continuación, del caso de la baja autoestima y su incidencia en síndrome de Cutting en una adolescente de 13 años de la ciudad de San José de Chimbo se logró obtener la información necesaria a través de la intervención psicológica utilizando algunos recursos como: La historia clínica la observación y la entrevista semiestructurada.

Se utilizó el teste de Rosenberg (la escala de autoestima de Rosenberg) que sirve de manera específica para determinar cómo las personas se auto valoran, estos recursos fueron de fundamental importancia para dar con el diagnóstico de la paciente, además se organizó algunas sesiones de terapia cognitivo-conductual para de esta manera ayudar a frenar estos pensamientos que le producían malestar e intranquilidad y originan el síndrome de Cutting, también se trabajó en conjunto con los padres para poder mejorar la relación en el entorno familiar y así obtener los resultados esperados que ayudaron a mejorar su estilo de vida sin hacer de lado sus obligaciones.

Palabras claves:

Síndrome de Cutting, test de Rosenberg, diagnóstico, terapia cognitivo-conductual, resultados.

ABSTRACT

In the detailed study presented below, of the case of low self-esteem and its incidence in cutting syndrome in a 13-year-old adolescent from the city of San José de Chimbo, it was possible to obtain the necessary information through psychological intervention using some resources such as: clinical history observation and semi-structured interview

The Rosenberg test (the Rosenberg self-esteem scale) was used, which specifically serves to determine how people value themselves, these resources were of fundamental importance to find the diagnosis of the patient, in addition some therapy sessions were organized cognitive-behavioral in order to help stop these thoughts that caused discomfort and restlessness and originate the cutting syndrome, we also worked together with the parents to be able to improve the relationship in the family environment and thus obtain the expected results that helped to improve your lifestyle without neglecting your obligations.

Keywords:

Cutting syndrome, Rosenberg test, diagnosis, cognitive-behavioral therapy, results.

Contenido

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN	III
Palabras claves:	III
ABSTRACT	IV
Keywords:	IV
1. INTRODUCCION	¡Error! Marcador no definido.
2. DESARROLLO	2
2.1 JUSTIFICACION	2
2.2 OBJETIVO GENERAL	3
2.3 SUSTENTO TEORICO	4
2.3.1 Baja autoestima en adolescentes	4
2.3.2 Concepto del Síndrome de Cutting	4
2.3.3 Factores de riesgo	7
2.3.4 Función del Cutting	8
2.3.5 Diagnóstico	9
2.3.6 Tratamiento	9
2.3.7 Psicoterapia	9
2.4 TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	10
2.4.1 Entrevista semiestructurada	10
2.4.2 Historia Clínica	11
2.4.3 Test psicométricos aplicados	11
2.5 RESULTADOS OBTENIDOS	12
2.5.1 Desarrollo del caso	12
2.5.2 Primera sesión	12
2.5.3 Motivo de consulta	12
2.5.4 Segunda sesión	13
2.5.5 Tercera sesión	13
2.5.6 Escala de autoestima de Rosenberg	13
2.5.7 Test HTP	13
2.5.8 Cuarta sesión	14
2.5.9 Quinta sesión	14
2.5.10 Sexta sesión	14
2.5.11 Séptima sesión	14

2.6 SITUACIONES DETECTADAS	15
2.7 SOLUCIONES PLANTEADAS	15
2.7.1 Esquema terapéutico	16
3. CONCLUSIONES	18
4. BIBLIOGRAFIA	¡Error! Marcador no definido.
5. ANEXOS	1
5.1 Anexo I	1
5.2 Anexo II	10
5.3 Anexo III	11
5.4 Anexo IV	12

1. INTRODUCCIÓN

La finalidad de esta investigación es dar a conocer de qué manera repercute la baja autoestima y esto conlleva a un síndrome de Cutting, para lo cual utilizamos este caso en específico denominado la baja autoestima y su incidencia en el síndrome de Cutting en una adolescente de 13 años afectando de esta manera sus funciones cognitivas conductuales

La adolescente desea mediante esta práctica cambiar su estado de ánimo, algunas prácticas autolesivas terminan en disgregación o en conductas obsesivas que no logran controlar, llegando incluso a lastimar de forma más severa el cuerpo cuando se encuentran en crisis emocional sin tener conciencia de lo que realmente sienten. Estas lesiones a las que nos referimos son repetitivas, y las personas que generalmente la practican llegan a tener alivio a su stress emocional, por lo que de una manera u otra las autolesiones son un mecanismo para controlar el estado emocional.

El método que se utilizó en esta investigación fue el método inductivo con el cual se afrontó desde una perspectiva cualitativa y cuantitativa (mixta), en cuanto a la investigación fue exploratoria condicional. Esta área de investigación correspondió a las líneas de prevención, diagnóstico, psicológico, y en cuanto a la sublínea las conductas emocionales en lo que es el ámbito familiar.

En cuanto a recopilación de datos, las técnicas que se usaron, fueron ficha telefónica, entrevistas clínicas, historias clínicas, observaciones, y aplicación de pruebas. Una vez obtenido el diagnóstico, se ejecuta un plan de tratamiento psicológico correspondiente a las características del paciente a la vez proponer una terapia familiar complementaria.

2. DESARROLLO

2.1 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación se realizó con el fin de ahondar más en el Síndrome de Cutting, esto nos hace conocer más sobre las consecuencias que afectan a los que la padecen en este caso una joven de 13 años, como bajo rendimiento escolar, retraimiento, abuso de sustancias ilícitas, entre otros.

Por lo tanto, la intervención de un psicólogo clínico que maneje el caso de manera oportuna y adecuada es primordial, para el tratamiento y en un futuro la superación del trastorno que afecta la salud mental, y por qué no la física también.

La finalidad de esta investigación sobre esta patología, fue la de dar explicación a las causas y sus consecuencias en los adolescentes y de quien lo padecen, beneficiando de manera directa al paciente abordado, a su familia, y de manera indirecta a próximos investigadores, ya que se ahondará en las repercusiones de este síndrome en la vida cotidiana del paciente.

Por ende, es primordial aplicar el procedimiento correcto para este tipo de patología, proceso que es fundamental ya que de eso depende los resultados obtenidos, este tratamiento debe ser individualizado y ajustarse a las necesidades del paciente, como de su familia, así de como de su comunidad; esta investigación se basó en un fundamento científico y aplicado a la práctica.

Este tipo de casos es beneficioso para la comunidad, ya que sirven de base para futuras investigaciones, y algo más importante aún, que es el de ayudar a la comunidad al brindar asistencia psicológica al paciente en cuestión.

2.2 OBJETIVO GENERAL

Establecer la incidencia de la baja autoestima en el Síndrome de Cutting en una adolescente de 13 años.

2.3 SUSTENTO TEORICO

2.3.1 Baja autoestima en adolescentes

La autoestima se considera un factor importante en el ciclo de vida del ser humano ya que se ve influenciado en el desempeño y actitudes hacia el desarrollo de sus diferentes actividades. El adolescente con baja autoestima refiere tener una imagen deteriorada sobre sí mismo o no posee una imagen clara de sí mismo, al acontecer son poco o nada exitosos, pues siempre autocrítican en exceso atribuyéndose las fallas de sí mismo y de los demás, se muestran inseguros y piensan que son una carga para su entorno. (Machuca Lozano & Meléndez Ordaz , 2018)

Por el contrario, el adolescente que refleja una alta autoestima muestra seguridad de sí mismo, toma sus propias decisiones favorables para sí, no se deja influenciar por otros, se traza sus propios objetivos con camino hacia el éxito, admite sus errores, encontrando la solución correcta y los toma como parte de su aprendizaje. (Machuca Lozano & Meléndez Ordaz , 2018)

La autoestima es la experiencia de ser aptos para la vida y para sus requerimientos. Más concretamente consiste en: confianza en nuestra capacidad de pensar, de afrontar los desafíos de la vida, así misma confianza en nuestro derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos. (Machuca Lozano & Meléndez Ordaz , 2018)

2.3.2 Concepto del Síndrome de Cutting

Entre los más diversos síntomas entendidos como autolesiones y conductas autoagresivas, domina el cortarse, este es un fenómeno prevalente entre un grupo de adolescentes, denominado "Self Injury" y "Self Cutting", siendo un objetivo y uno de ellos la autoagresión. La autolesión conductual y sintomática más común entre los jóvenes con este problema es el intento de cambiar el estado de ánimo dañando físicamente los tejidos del cuerpo. El "daño de los tejidos" generalmente se refiere al daño que, frota o quema la piel, esto causa sangrado o es un rastro que no desaparece en minutos.

El estado de ánimo que una persona quiere cambiar a través de la autolesión puede ser positivo o negativo, o ninguno. Algunas conductas autolesivas para acabar con la disociación o sentimientos obsesivos que no pueden controlar, o incluso dañar su cuerpo cuando caen en un torbellino emocional sin saber cómo se sienten.

El tipo de autolesión al que nos referimos es la autolesión repetitiva (repetida). Las personas que se autolesionan aprenden que las autolesiones alivian el estrés emocional. Por eso la autolesión es un mecanismo de gestión de las emociones. (Gallo & Xothil, 2014)

No habrá autolesiones si la finalidad principal es:

- El placer sexual.
- Decoración de la piel.
- Iluminación espiritual (ritual).
- Ser miembro o pertenecer a un grupo.

Socialmente para los adolescentes que las practican, el Cutting, risuka o Self Injury de la muñeca se refiere al acto de cortarse la muñeca con un objeto cortante, provocando una lesión superficial sin intentar suicidarse. La acción de corte más común suele ser con una cuchilla, y el corte suele realizarse en la muñeca o el antebrazo, más comúnmente en niñas, donde la mayoría tiene una relación negativa con la conducta de corte. Este comportamiento puede convertirse en un hábito o incluso en un hábito de moda.

"Cutting" es un término que identifica conductas que provocan heridas superficiales en partes del cuerpo con el objetivo de aliviar el dolor emocional. Aquellos que no pueden poner en palabras este miedo y reportan que les cuesta acercarse a los demás para contarles lo que les está pasando, generalmente están tristes o desesperados.

El Cutting es un tipo de autolesión que resulta de la cortadura de diferentes longitudes, profundidades y formas de diferentes partes del cuerpo, incluso para algunos niños, adolescentes, jóvenes e incluso adultos.

Algunos mitos relacionados con este fenómeno son:

- Intento de suicidio
- Para llamar la atención
- Solo lo hacen los adolescentes

El Cutting predomina en los adolescentes de entre 12 y 16 años, pero también puede aparecer en la edad adulta temprana. Este fenómeno afecta tanto a las personas que lo practican como a su entorno, especialmente a sus familias. Para ellos, ver las heridas de un niño es un efecto muy poderoso, e incluso los padres informan que se sienten culpables por lo que hacen los jóvenes. En este sentido, debe quedar claro que no se trata de buscar culpables, sino que se

debe acudir a profesionales que puedan ayudar a estos padres y jóvenes con sentimientos de culpa por la práctica de Cutting.

Conocer su importancia nos lleva a preguntas inevitables: ¿por qué alguien se lastimaría de esta manera? Las reacciones de quienes realizan esta actividad suelen ser muy diferentes, pero en la mayoría de los casos el Cutting es una forma de “alivio emocional”.

Durante el desarrollo adolescente, los cambios que se experimentan son continuos y radicales, y en muchos casos los adolescentes no saben cómo afrontarlos. Los principales problemas parecen ser, entre otros, la dificultad de regulación emocional, los problemas de comunicación y los problemas familiares. Al visitar la escuela secundaria, se puede constatar que muchos hombres y mujeres tienden a cortarse. (Arce, 2018)

Muchas veces, se relacionó como una práctica exclusiva de los emos, aunque la realidad es otra; ya sean adolescentes, fresas, geeks o de cualquier tribu urbana encuentran herirse, como un acto de escape al sufrimiento emocional.

Como primer síntoma de que una persona está atrapado en el Cutting es la negación.

Otros síntomas son:

- Arañarse.
- Pincharse con agujas.
- Lacerar la piel con objetos filosos.
- Morder cualquier espacio del miembro superior como la mano el dedo o el brazo.
- Agujerearse o tatuarse ellos mismos.

Un terrible sentimiento los embarga, cuando se les pide que los describan. Estas autolesiones les ayudan a sentirse en control. Otros refieren sentir sensaciones de rabia o tensión que se van acumulando dentro de uno hasta que se sienten como si fueran a explotar.

Las autolesiones a decir ellos alivian esta tensión. Las sensaciones de culpa o vergüenza que sienten pueden también hacerse insoportables. Las autolesiones de alguna manera es una forma de autocastigarse. Algunos se adaptan a experiencias emocionales que son traumáticas o abusivas intentando convencerse de que los acontecimientos que les atormentan nunca han sucedido. (Bazan Diana, 2011)

Causas

- Poco control de impulsos.
- Trastornos que afectan la personalidad: (psicosis, trastorno límite, depresión, crisis obsesivas, estrés postraumático, entre otros)
- Manejo inadecuado de emociones: creen sobrellevar el dolor que les provocan las mismas.
- Librarse de conductas negativas: enojo, ansiedad o tristeza.
- Abuso físico o sexual, bullying.
- Disfunción familiar

Es una forma de comunicación no verbal, donde los sentimientos se transmiten de manera visual a través del cuerpo. Sin número de jóvenes pueden describir sus emociones como "dormidas" o "muertas". De alguna manera expresan que autolesionarse es una forma de sentirse más vivos o conectados, sintiéndose separados de su cuerpo y del mundo. (Carolina, 2009)

2.3.3 Factores de riesgo

El primer factor de riesgo es el género ya que las mujeres son más propensas a involucrarse en conductas autolesivas que los hombres. Corte principalmente en todos los cortes en brazos piernas o pecho. Pueden estar relacionados con síntomas depresivos más severos baja autoestima o desregulación emocional en las mujeres.

El siguiente factor a considerar es la dificultad para manejar las propias emociones. Como medida preventiva recomendamos conocer cómo manejan las personas las situaciones estresantes y los métodos que utilizan para autorregularse. Esto ayudará a detectar si la persona está arrumada y no puede aliviar su malestar. (Patricia, 2011)

Por otro lado, las personas que tienen baja autoestima o tienen pensamientos negativos sobre sí mismos y el mundo tienen más probabilidades de hacerse daño a sí mismos. Suelen ser personas que usan expresiones despectivas y encubrimientos para referirse a sí mismos como "Soy un desastre" o "Nada me funciona".

Otro factor a considerar es el consumo de drogas. Por lo tanto, puede actuar como elemento disuasorio del comportamiento auto agresivo o como una estrategia para hacer frente al estrés. Finalmente, y en cuanto a los factores de riesgo psicosociales es fundamental tener en cuenta si el paciente está experimentando conflictos interpersonales como conflictos

familiares o acoso escolar u otros. Se ha demostrado que la intimidación tiene el gran propósito de cortar con uno mismo u otros comportamientos de autolesión. (Trujano)

2.3.4 Función del Cutting

Los comportamientos de autolesión se pueden utilizar como mecanismos de defensa para hacer frente a una determinada situación o para realizar otras funciones a nivel individual o social. A continuación, verá las cuatro funciones principales de los comportamientos de autolesión. (Manca, 2011)

- Evitación experiencial: La autolesión se utiliza para regular las emociones que los abruman. Sienten tal incomodidad y dolor que intentan aliviarlo cortándose. Auto aliviar las molestias.
- Refuerzo intrapersonal: La autolesión también se puede utilizar para inducir placer en otras situaciones como el aburrimiento.
- Refuerzo social: Los cortes son una buena forma de expresar su malestar a través de sus señales pueden buscar el apoyo o el cuidado de sus seres queridos.
- Control intrapersonal: Y la explicación final es que algunas personas usan las autolesiones como una forma de evitar responsabilidades sociales que no pueden manejar.

Al existir muestra signos de cortes, abrasiones u otros tipos de autolesiones, lo primero que puede hacer es no culpar ni dramatizar a quien lo padece. La compasión cercana y asertiva permite que otros se abran y te expliquen más. Es muy importante que pueda ayudarlo a expresar el malestar que le provocó hacerse este daño. (Zambrano)

Después de ayudarlo a expresar su malestar, sería adecuado sugerirle que busque ayuda psicológica o psiquiátrica que pueda ayudarlo a lidiar con este malestar.

En las sesiones de terapia, las técnicas de atención plena te ayudan a obtener una conciencia plena de tu propio cuerpo. También puedes leer tu cuerpo sin miedo a las sensaciones físicas. Los terapeutas, por otro lado, lo empoderan ayudándolo a encontrar recursos emocionales y cognitivos y experiencias positivas que le permitan manejar su enfermedad de una manera más saludable. Del mismo modo, para las personas que se autolesionan, es de gran ayuda enseñar técnicas de resolución de problemas que les permitan utilizar otros recursos además de la autolesión en situaciones difíciles. (Dolores Pino, 2017)

2.3.5 Diagnóstico

Algunas personas piden ayuda, pero la familia y los amigos pueden descubrir que se autolesionan. Alternativamente, un médico de control regular puede notar signos de cicatrices o heridas recientes.

No existe una prueba de diagnóstico para las autolesiones. El diagnóstico se basa en pruebas físicas y psicológicas. Es posible que lo deriven a un psicólogo con experiencia en el tratamiento de autolesiones para que lo evalúe. Un psiquiatra también puede evaluarte en busca de otros trastornos mentales que puedan estar asociados con las autolesiones como depresión o trastorno de la personalidad. En este caso, la evaluación puede incluir herramientas adicionales como cuestionarios y pruebas psicológicas.

2.3.6 Tratamiento

No existe una mejor manera de tratar las autolesiones, pero el primer paso es decirle a alguien que busque ayuda. El tratamiento se basa en problemas específicos y condiciones de salud mental asociadas, tales como: depresión. Las autolesiones pueden ser una gran parte de su vida, por lo que es mejor buscar tratamiento de un psicólogo que tenga experiencia con las autolesiones.

Si las autolesiones están asociadas con un trastorno mental como la depresión o el trastorno límite de la personalidad, el plan de tratamiento se centrará tanto en el trastorno como en las autolesiones.

El tratamiento de las autolesiones puede llevar mucho tiempo, lo que requiere trabajo duro y el deseo de recuperarse.

2.3.7 Psicoterapia

La psicoterapia, también conocida como terapia de conversación o asesoramiento psicológico, puede ayudarlo a:

- Identificar y manejar el problema subyacente que causa la autolesión.
- Aprende habilidades para manejar mejor el estrés
- Aprende a ajustar tus emociones
- Aprende a mejorar tu imagen que tienes
- Desarrollar habilidades para mejorar las relaciones y las habilidades sociales.
- Desarrollar habilidades sólidas de resolución de disputas.

Hay varios tipos de psicoterapia individual que pueden ser útiles:

La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) ayuda a identificar creencias y conductas negativas y dañinas y reemplazarlas por otras que sean adaptativas y saludables.

La terapia conductual dialéctica es un tipo de terapia cognitiva conductual que enseña habilidades conductuales que ayudan a soportar el estrés, controlar o regular las emociones y mejorar las relaciones con los demás.

Las terapias basadas en la atención plena ayudan a las personas a reconocer mejor los pensamientos y comportamientos de quienes las rodean y a vivir en el presente para reducir la ansiedad y la depresión y mejorar el bienestar general. Se puede recomendar la terapia familiar o de grupo además de las sesiones de terapia individual.

2.4 TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

2.4.1 Entrevista semiestructurada

En el proceso de intervención psicológica realizada en esta investigación, se aplicó la entrevista semiestructurada en modalidad presencial, en este tipo de entrevista se realiza preguntas abiertas y cerrada (mixta), y deben realizarse en tres tipos de fases para que sea eficaz al momento de utilizarla. Las fases comprendidas son exploratorias, fase resolutive, cierre de la entrevista. (Alma Cecilia Díaz Rodríguez)

En la fase exploratoria se aborda:

- En primera instancia el saludo cordial para entrar en confianza, se establece el motivo de consulta, se trata de conocer los sentimientos y pensamientos que el paciente refleja en base a su problemática, sondeo de los diferentes ambientes en el que se desenvuelve la entrevistada (familia, amigo y ámbito escolar.)

Fase resolutive:

- Dar información al paciente referente a su patología, basándonos a los datos recogidos referentes a la problemática, verificar el entendimiento del paciente a la información otorgada, explicar el derecho del paciente en tomar una decisión concerniente a su salud.

Fase negociadora o cierre de la entrevista:

- Se negocia con el paciente, sobre la manera de llevarse a cabo el proceso terapéutico a realizar en base al diagnóstico previamente obtenido, a través de la información recopilada en la historia clínica.

2.4.2 Historia Clínica

La historia clínica es un documento, con un formato técnico, que nos permite recopilar información referidos por el paciente, mediante la entrevista semiestructurada. En este documento encontramos de manera puntual y específicas la información de las áreas de exploración, tanto lo biológico, psicológico y social, también información adicional, de relevante importancia que se necesita saber sobre la paciente, obtenida mediante la entrevista, para desarrollar un trabajo complementario y de base.

El llenado de la historia clínica se realiza a lo largo de las sesiones que se tenga con la paciente, hasta completar el último punto señalado en el documento. Ver anexo I

2.4.3 Test psicométricos aplicados

- Escala de autoestima de Rosenberg
- Test proyectivo HTP

2.4.3.1 La escala de autoestima de Rosenberg

Esta escala en psicología es el más utilizado para medir la autoestima, ya que aparte de que su proceso es rápido tiene gran fiabilidad e igual validez. Aunque fue creada para uso con adolescentes, hoy en día su aplicación se lo hace a todos en general.

Este test consta de 10 ítems, que miden la valía personal y la satisfacción que uno siente de sí mismo. Está dividida en dos partes, una parte con formuladas positivamente y las otras cinco con opiniones negativas.

La puntuación de cada uno de los ítems va del 0 al 3 midiendo con esto la percepción del paciente tiene de sí mismo. Así 0 es estar en desacuerdo y 3 es estar de acuerdo. Ver anexo II

2.4.3.2 Test proyectivo HTP

El HTP es un test que mediante proyecciones evalúa los rasgos de personalidad, con dibujos que realizan los evaluados, estos pueden ser, un árbol, una casa y una persona, y según como estos estén realizados, se da un resultado. Es aplicado en niños adolescentes y adultos, se aplica en un tiempo de 150 minutos. Al finalizar se realiza un cuestionario al paciente respecto a cada dibujo. Ver anexo III

2.5 RESULTADOS OBTENIDOS

2.5.1 Desarrollo del caso

Paciente de 13 años de edad atendido de manera presencial, de sexo femenino, soltera, nacido en el cantón Chimbo, con instrucción educación básica.

2.5.2 Primera sesión

En esta se trató el motivo de consulta y se realizó la recolección de información siguiendo los parámetros de la historia clínica:

2.5.3 Motivo de consulta

“María” es una chica de 13 años que cursa el octavo año de básica. Su mamá la lleva a consulta psicológica por insistencia de la escuela, ya que en esta tiene actitudes violentas con sus compañeros además de que se corta brazos y piernas con navajas obtenidas de los sacapuntas. También refiere que se escapa de casa, denota un ánimo inestable, es rebelde y tiende a aislarse. Se argumenta además que la han encontrado aspirando solventes e ingiriendo bebidas alcohólicas.

“María” acudió con su madre. A primera vista la niña parece muy tímida, no logra mantener contacto visual. Su estatura muy baja, su contextura muy delgada, y se presenta vestida con pantalones y un buzo grande con lo que cubre casi todo el cuerpo. No muestra su rostro al llevar la capucha subida y su cabello desordenado sobresale, por lo que resulta muy difícil distinguir su cara. Como la madre es quien solicita la consulta para su hija se procede a hablar primero con ella a solas. Donde nos cuenta que “María” es “...rebelde, malcriada, grosera, peleona...”.

Está preocupada pues cree que consume alcohol y drogas. Los cortes que se su hija se realiza le preocupan, pues en la escuela le dijeron que puede suicidarse en cualquier momento y le aconsejaron llevarla al psicólogo. La madre refiere que para corregirla recurre a los regaños, los golpes, los insultos o hasta el encierro. Ella trabaja en el mercado y está casi todo el tiempo fuera de casa. Tiene un esposo con el que la niña no se lleva bien. Posteriormente nos entrevistamos con “María”, quien se mostró introvertida.

Le agradecemos su colaboración y le dio a conocer que solo queríamos conversar si estaba de acuerdo, pues solo conocíamos lo que su madre nos indicó además de lo que refería la escuela, pero nos importaba más saber lo que ella pensaba sobre lo que decían los demás. Inicia diciendo que “se mete en problemas” en la escuela y se fuga. Nos comenta que si le

preocupa los disgustos que le da a su madre, pero las peleas son porque no la deja salir y le prohíbe ciertas amistades.

Indica que le pega muy fuerte, la insulta con palabras de grueso calibre y la encierra con candado. De grande quiere ser veterinaria, pues le gustan mucho los animales. Refiere que a pesar de su mal comportamiento lleva un buen promedio en la escuela, entrega sus trabajos, indica que prefiere llevarse con los compañeros hombres, ya que las niñas la rechazan.

Al finalizar la sesión comenta que se hace los cortes cuando siente tristeza o la desesperación, pues así se desahoga y obtiene tranquilidad. Nos cuenta que inicio en esto porque una amiga se lo enseñó y vio que funcionaba en ella, puesto que la relaja y hace que olvide sus problemas. Asegura que ya no quiere seguir haciéndolo, por eso se pone a dibujar, camina o ve una película. Pero manifiesta, le gusta ver cómo le sale la sangre.

2.5.4 Segunda sesión

En la segunda sesión, se empezó a recopilar información a través de la entrevista semiestructurada recabando apuntes en la historia clínica de la paciente.

La paciente indica que volvió a cortarse por recordar momentos tristes de su vida, acota que fue un pequeño rasguño en su pierna pero que le permitió sentir desahogo. Se le pregunta si tiene otra forma de alejar la tristeza, nos indica que, si tiene como ver televisión con su hermanito, además nos cuenta de una amiga que es “normal”, no se corta, no consume alcohol ni drogas, y le da buenos consejos además de llamarle la atención cada vez que se lastima.

2.5.5 Tercera sesión

Se realizó con la aplicación de test la elaboración del informe en base a las específicas sintomatologías que presenta la paciente.

2.5.6 Escala de autoestima de Rosenberg

Una vez realizado el test se obtuvo la puntuación de 15, todo esto quiere decir que la paciente atraviesa una autoestima baja, se realizó la complementación con otro test, para obtener una verificación y precisar los resultados para el proceso psico-diagnóstico.

2.5.7 Test HTP.

En el test HTP los resultados obtenidos mediante los gráficos realizados por la paciente en el cual se obtiene las proyecciones de las figuras anteriormente dibujadas como es: depresión, angustia, frustración, y aislamiento social.

2.5.8 Cuarta sesión

En esta sesión se procede a dar una devolución de información, guiándonos con la descripción sobre el trastorno que presenta la paciente.

“María” muestra buena acogida hacia la terapia. Se observa cambios importantes, como que llega con el rostro descubierto ya no se coloca la capucha del buzo, se sienta derecha, no baja la mirada, mira a los ojos y se nota más animada. No se ha realizado más cortes, lo que aplaudimos empoderándola

2.5.9 Quinta sesión

El proceso terapéutico se realiza en esta sesión para la mejora de la paciente. Se separa su comportamiento; la niña del pasado la que se cortaba y era problemática; con la de ahora más animada y con proyecciones.

Explicación del modelo de la terapia Cognitivo Conductual. Se procedió a la evaluación de valoraciones evidenciadas, creencias que tiene la paciente, y a la normalización para de esta manera superar la baja autoestima.

2.5.10 Sexta sesión

Cuando, “María” llega a consulta nos sorprende con su apariencia: se cortó el cerquillo dejando ver sus ojos, se peinó y se vistió con una blusa manga corta mostrando sus cicatrices. Su madre la acompaña, y se muestra avergonzada de que muestre las cicatrices. Ella por su parte no se avergüenza de ella porque son parte de su pasado.

En estas sesiones se realizó en primera instancia la reestructuración cognitiva, esto se lo hizo mediante la orientación de las estrategias de intervención cognitiva como son: la recopilación de evidencias, el análisis de costes-beneficios, la identificación de errores cognitivos, la elaboración de alternativas y la puesta en prueba de hipótesis empíricas.

2.5.11 Séptima sesión

Se aplicó las técnicas de estrategia de atención y técnica de respiración controlada para de esta manera llegar al cierre del tratamiento terapéutico. Al concluir la terapia se resalta los recursos de “María” para superar su baja autoestima como el ser ella su propia amiga y aliada, además de las grandes posibilidades de tener el futuro que se proyecta, dejando atrás la época de consumir alcohol y de los cortes.

2.6 SITUACIONES DETECTADAS

Al iniciar la conversación con la madre y con “María” se observó una relación con mucha complejidad en la cual, aunque coinciden en ciertos puntos, sus narrativas son diferentes. En cuanto a la madre esta tiene un discurso dominado por el encasillamiento de su hija como adolescente rebelde, desafiante, extraña y muy difícil, llegando a pensar que está enferma. La niña actúa de acuerdo a la etiqueta impuesta por la madre, esto nos recuerda a la proyección de la profecía autocumplida de Durrant y White (1993), haciendo cada vez más difícil la posibilidad de crear escenarios alternativos.

Con la madre es similar, pues “María” refiere que es una madre ausente, despreocupada y su única interacción son para gritar, golpear o castigar (sin embargo, le prometió no cortarse más). Detectamos al mismo tiempo, que el comportamiento propio de su edad, como cumplir con sus tareas y con la escuela pasan desapercibidos.

En cuanto a nuestras sesiones, de forma increíble, en la primera sesión “María” entro en confianza de forma rápida, se relajó, y de respuestas con monosílabos y mirada ausente y esquiva, paso a una conversación tímida pero más fluida, aunque su expresión física no vario ya que siempre estaba encorvada y “escondida” en su buzo ancho.

Nos dijo sentirse muy sola e incomprendida, y para ser popular y sentirse parte de algo, procede a cortarse y pelear en la escuela, así como escaparse de casa o ingerir alcohol. Desde nuestro punto de vista, “María” está encasillada en etiquetas rígidas, en estigmas, por lo tanto, en un espiral de actitudes retadores principalmente con la madre, donde su interacción es muy violenta. No obstante, esta puede cambiar y lograr relacionarse con el entorno y consigo misma de manera diferente: esto se demuestra al ser capaz de encontrar excepciones y llevarlas a cabo que eviten cortarse nos lo confirma.

2.7 SOLUCIONES PLANTEADAS

De acuerdo con los puntos de vista constructivos y los tratamientos discutidos anteriormente eliminamos el discurso patológico sobre la autolesión y su relación con el consumo de alcohol y drogas para colocarlo como una forma de comunicación incrustada en un complejo relacional. contextualizado y enfocado en los recursos y habilidades de la niña enfatizando su empoderamiento ayudándola a darse cuenta de sí misma su potencial y su capacidad para construir otro futuro. Por tal motivo las intervenciones se han focalizado en analizar las capas de sentido (deconstrucción) asociadas a los significados patológicos y

estigmatizantes y en la construcción de deconstrucciones alternativas (más liberadoras o más adaptativas).

2.7.1 Esquema terapéutico

Hallazgos	Meta terapéutica	Técnica	Numero de sesión	Fecha	Resultados obtenidos
Una chica de 13 años es llevada por su madre a terapia derivada de su institución educativa al presentar conductas negativas además de autolesiones llegando a temer que atente contra su vida	Mejorar la relación de madre e hija	Psicoterapia familiar sistémica Preguntas circulares	1	6/12/2021	Se acordó con la niña evitar autolesionarse
Indica que otra vez se autolesiona por tristeza	Establecer otras formas de sobrellevar la tristeza	Empoderamiento	2	20/12/2021	Se pudo encontrar alternativas para aliviar la tristeza
Mas disposición hacia la terapia	Establecer el grado de baja autoestima	Escala de autoestima de Rosenberg	3	3/01/2022	Se pudo definir el grado de autoestima

La chica se muestra más decidida a un cambio	exhortar a mantener estos cambios	Exhortación de conductas positivas	4	17/01/2022	Se reafirma las actitudes positivas
se separa la conducta de la persona	destacar el avance realizado	Terapia cognitivo conductual	5	31/01/2022	Más fluidez y compromiso en la terapia
La paciente se muestra más segura de sí mismo	Afianzar la seguridad recién descubierta	Reconstrucción cognitiva	6	14/02/2022	La paciente acepta sus cicatrices como parte de su pasado
La chica esta consiente de que ella puede ser su mejor amiga y aliada	Se destaca varias alternativas para superar su baja autoestima	Técnicas respiratorias	7	28/02/2022	El amarse ella misma el reconocer que ella puede salir de su problema sin lastimarse

3. CONCLUSIONES

Al analizar este proyecto investigativo se puede observar que hay una estrecha relación entre la baja autoestima y el síndrome de Cutting debido a los diversos factores y los problemas interpersonales que se manifiestan sean estos psicológicos, biológicos o sociales.

Una vez analizados los resultados de la investigación podemos recabar que los adolescentes inciden en el Cutting como método de defensa para reducir tanto las molestias emocionales como el stress que experimentan en una época tan complicada y llena de cambios como es la transición de la niñez a la madurez, que van de la mano con los conflictos generados en el ambiente familiar, y educativo.

A pesar de esto, y rodeada de las dificultades, podemos decir que es una niña accesible, que una vez al sentirse escuchada y respetada colaboró de muy buena disposición con el trabajo terapéutico superando la expectativa. Al tener un futuro incierto nos incentivó en fortalecerla a través de buscar las excepciones y empoderarla, así como resaltando sus habilidades y capacidades, su confianza, y la posibilidad de controlar sus emociones, sus actos y su vida.

Creemos que se consiguió cambiar su forma de afrontar “sus problemas”, y así logramos deco-construir malos recuerdos de sus experiencias, trabajando de forma favorable en la manera de como se ve a sí misma, en sus modos de afrontamiento, en su comportamiento y en su futuro.

Es importante la difusión de esta experiencia donde nos da pautas de viabilidad al abordar temas tan complejos como lo es la violencia autodirigida, alejándonos de las miradas patologizantes. Es importante reconocer la fortaleza de las terapias narrativas y en especial del enfoque Centrado en Soluciones y la Deco-construcción que separan a las personas de las etiquetas estigmatizantes que las catalogan como “problemáticas”, para ubicarlas en escenarios que favorecen el despliegue de sus capacidades y recursos personales y sociales, abriendo la posibilidad a futuros más promisorios.

4. BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- Alma Cecilia Díaz Rodríguez, A. M. (s.f.). La conducta autodestructiva relacionada con trastornos de personalidad en adolescentes mexicanos. *revista electronica de psicologia iztacala*.
- Arce, G. L. (2018). *The Taos institute*. Obtenido de <https://www.taosinstitute.net/product/la-terapia-como-dialogo-hermeneutico-y-construccionista-practicas-de-libertad-y-deco-construccion-en-los-juegos-relacionales-de-lenguaje-y-de-significado-by-gilberto-limon-arce>
- Bazan Diana, T. M. (2011). *Repositorio institucional ciudad de Cuenca*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/2217>
- Carolina, C. (2009). Comunicacion de una experiencia clinica con autodaño desde el enfoque estrategico de terapia breve. *revista de psicologia*, 83-101.
- Dolores Pino, D. C. (junio de 2017). *repositorio Universidad Tecnica de Ambato*. Obtenido de <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/25685>
- Gallo, M., & Xothil, L. D. (2014). autolesiones sin intenciones suicidas en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de Mexico. *Actas españolas de psiquitria*, 159-168.
- Machuca Lozano , R., & Meléndez Ordaz , R. L. (Julio de 2018). “*AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES*”. Obtenido de <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/774/Trabajo%20de%20Investigacion.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Manca, M. (maya de 2011). *biblioteca virtual em saude*. Obtenido de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psa-51750>
- Patricia, C. (3 de marzo de 2011). *Sanar*. Obtenido de <https://www.sanar.org/salud-mental/automutilacion-en-adolescentes>
- Trujano, P. (s.f.). *Alternativas en psicologia*. Obtenido de <https://www.alternativas.me/26-numero-37-febrero-julio-2017/146-sindrome-de-cutting-su-deco-construccion-a-traves-de-terapias-narrativas-o-postmodernas-estudio-de-caso>

Zambrano, T. C. (s.f.). *revista psicología unemi*. Obtenido de

<https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol3iss5.2019pp18-25p>

5. ANEXOS

5.1 Anexo I

Historia clínica

HC. # 01

Fecha: 25/02/2022

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: L.V.

Edad: 13 años

Lugar y fecha de nacimiento: SAN MIGUEL – 22 de septiembre de 2008

Género: Femenino

Estado civil: Soltero

Religión: católica

Instrucción: Primaria

Ocupación: Estudiante

Dirección: San José de chimba vía a Guaranda

Teléfono: 0969817094

Lugar y fecha de Evaluación: centro de salud chimbo 22 de febrero del 2022

2. MOTIVO DE CONSULTA

“María” es una chica de 13 años que cursa el octavo año de básica. Su mamá la lleva a consulta psicológica por insistencia de la escuela, ya que en esta tiene actitudes violentas con sus compañeros además de que se corta brazos y piernas con navajas obtenidas de los sacapuntas. También refiere que se escapa de casa, denota un ánimo inestable, es rebelde y tiende a aislarse. Se argumenta además que la han encontrado aspirando solventes e ingiriendo bebidas alcohólicas.

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

“María” acudió con su madre. A primera vista la niña parece muy tímida, no logra mantener contacto visual. Su estatura muy baja, su contextura muy delgada, y se presenta vestida con pantalones y un buzo grande con lo que cubre casi todo el cuerpo. No muestra su rostro al llevar la capucha subida y su cabello desordenado sobresale, por lo que resulta muy difícil distinguir su cara. Como la madre es quien solicita la consulta para su hija se procede a hablar primero con ella a solas. Donde nos cuenta que “María” es “...rebelde, malcriada, grosera, peleona...”.

Está preocupada pues cree que consume alcohol y drogas. Los cortes que se su hija se realiza le preocupan, pues en la escuela le dijeron que puede suicidarse en cualquier momento y le aconsejaron llevarla al psicólogo. La madre refiere que para corregirla recurre a los regaños, los golpes, los insultos o hasta el encierro. Ella trabaja en el mercado y está casi todo el tiempo fuera de casa. Tiene un esposo con el que la niña no se lleva bien. Posteriormente nos entrevistamos con “María”, quien se mostró introvertida.

Le agradecemos su colaboración y le dio a conocer que solo queríamos conversar si estaba de acuerdo, pues solo conocíamos lo que su madre nos indicó además de lo que refería la escuela, pero nos importaba más saber lo que ella pensaba sobre lo que decían los demás. Inicia diciendo que “se mete en problemas” en la escuela y se fuga. Nos comenta que si le preocupa los disgustos que le da a su madre, pero las peleas son porque no la deja salir y le prohíbe ciertas amistades.

Indica que le pega muy fuerte, la insulta con palabras de grueso calibre y la encierra con candado. De grande quiere ser veterinaria, pues le gustan mucho los animales. Refiere que a pesar de su mal comportamiento lleva un buen promedio en la escuela, entrega sus trabajos, indica que prefiere llevarse con los compañeros hombres, ya que las niñas la rechazan.

Al finalizar la sesión comenta que se hace los cortes cuando siente tristeza o la desesperación, pues así se desahoga y obtiene tranquilidad. Nos cuenta que inicio en esto porque una amiga se lo enseñó y vio que funcionaba en ella, puesto que la relaja y hace que olvide sus problemas. Asegura que ya no quiere seguir haciéndolo, por eso se pone a dibujar, camina o ve una película. Pero manifiesta, le gusta ver cómo le sale la sangre.

Dice fue un embarazo planificado, dio el parto por cesarí, su lactancia fue hasta los dos años, menciona no haber tenido ninguna clase de enfermedad

6.2. ESCOLARIDAD

Menciona nunca a ver tenidos problemas de aprendizaje ya que se desenvuelve muy bien desde muy niña se destaca en su escuela, pero desde hace 6 meses las cosas han cambiado.

6.3. HISTORIA LABORAL

No trabaja, solo estudia

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

Menciona tener muchos amigos nunca se le dificultar asociarse a el resto de compañeros, pero desde hace algún tiempo menciona haber tenido cambios en su comportamiento

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

Juega básquet, le gusta la lectura

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

Siempre tubo buena relación con sus padres, aunque hace tiempo todo a cambiado. En su sexualidad menciona aun no a tenido ninguna clase de relación

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

Empezó a consumir bebidas alcohólicas y algunas drogas.

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

Se le a quitado las ganas de comer, antes de que haya el problema familiar tenía una buena alimentación

6.9. HISTORIA MÉDICA

Ninguna hasta la actualidad

6.10. HISTORIA LEGAL

Ninguna hasta la actualidad

6.11. PROYECTO DE VIDA

No se siente con ganas de pensar en un proyecto de vida

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

Aspecto personal muy bien, lenguaje no verbal acorde a lo que manifestaba, su actitud es estática, su etnia es mestiza, no presenta problemas con su lenguaje

7.2. ORIENTACIÓN

Paciente orientada en tiempo y espacio

7.3. ATENCIÓN

Reacciona acorde a los estímulos, atención acorde

7.4. MEMORIA

Funciona normalmente

7.5. INTELIGENCIA

Si presenta la capacidad de entender y razonar es decir no está alterada

7.6. PENSAMIENTO

Presenta capacidad para formar ideas, pero la misma capacidad está ocasionando problemas en su estado de ánimo, escucha por los mismos pensamientos familiares que existen

7.7. LENGUAJE

No presenta problemas para comunicarse y su manera verbal y corporal son normales

7.8. PSICOMOTRICIDAD

No esta alterada

7.9. SENSO PERCEPCION

Si tiene la capacidad de receptar estímulos externos, procesándolo a nivel cerebral

7.10. AFECTIVIDAD

Sentimiento de culpa

7.11. JUICIO DE REALIDAD

Un poco sesgada por su pensamiento de los problemas en la casa que hay

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

No tiene conciencia de dicha enfermedad

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

En su actualidad por la situación que tiene de los problemas familiares

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

La escala de autoestima de Rosenberg

Esta escala en psicología es el más utilizado para medir la autoestima, ya que aparte de que su proceso es rápido tiene gran fiabilidad e igual validez. Aunque fue creada para uso con adolescentes, hoy en día su aplicación se lo hace a todos en general.

Este test consta de 10 ítems, que miden la valía personal y la satisfacción que uno siente de sí mismo. Está dividida en dos partes, una parte con formuladas positivamente y las otras cinco con opiniones negativas.

La puntuación de cada uno de los ítems va del 0 al 3 midiendo con esto la percepción del paciente tiene de sí mismo. Así 0 es estar en desacuerdo y 3 es estar de acuerdo.

Test proyectivo HTP

El HTP es un test que mediante proyecciones evalúa los rasgos de personalidad, con dibujos que realizan los evaluados, estos pueden ser, un árbol, una casa y una persona, y según como estos estén realizados, se da un resultado. Es aplicado en niños adolescentes y adultos, se aplica en un tiempo de 150 minutos. Al finalizar se realiza un cuestionario al paciente respecto a cada dibujo.

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Pelear en el hogar	Trauma
Afectivo	Confundida "tristeza"	Ataque de melancolía
Pensamiento	Se pelean por su culpa	Pensamiento irracional
Conducta social - escolar	Dice no querer estudiar	Aislamiento social
Somática	Dolor de cabeza	Insomnio

9.1. Factores predisponentes:

El saber que hay problemas en su familia

9.2. Evento precipitante:

Dolor de cabeza y cambios en su estado emocional

9.3. Tiempo de evolución:

Hace 6 mes

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos F323

11. PRONÓSTICO

Poco favorable ya que la colaboración de los padres no está completa por motivos de trabajo, por parte de la paciente hay buena colaboración y predisposición para asistir a consulta para poder mejorar su condición clínica.

12. RECOMENDACIONES

Se brinda consejería a la paciente sobre cuidados generales, alimentación adecuada, medidas de higiene, medidas de confort, medidas preventivas del covid 19, realizar actividad física diariamente 60 minutos todos los días, se indica mantener la tranquilidad, realizar actividades que distraigan su mente como caminatas, pasar tiempo con sus animalitos, pausas activas, bailoterapia o el deporte que más le guste, compartiendo más tiempo con familias y amistades.

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta terapéutica	Técnica	Numero de sesión	Fecha	Resultados obtenidos
Una chica de 13 años es llevada por su madre a terapia derivada de su institución educativa al presentar conductas negativas	Mejorar la relación de madre e hija	Psicoterapia familiar sistémica Preguntas circulares	1	6/12/2021	Se acordó con la niña evitar autolesionarse

además de autolesiones llegando a temer que atente contra su vida					
Indica que otra vez se autolesiona por tristeza	Establecer otras formas de sobrellevar la tristeza	Empoderamiento	2	20/12/2021	Se pudo encontrar alternativas para aliviar la tristeza
Mas disposición hacia la terapia	Establecer el grado de baja autoestima	Escala de autoestima de Rosenberg	3	3/01/2022	Se pudo definir el grado de autoestima
La chica se muestra más decidida a un cambio	exhortar a mantener estos cambios	Exhortación de conductas positivas	4	17/01/2022	Se reafirma las actitudes positivas
se separa la conducta de la persona	destacar el avance realizado	Terapia cognitivo conductual	5	31/01/2022	Más fluidez y compromiso en la terapia
La paciente se muestra más segura de sí mismo	Afianzar la seguridad recién descubierta	Reconstrucción cognitiva	6	14/02/2022	La paciente acepta sus cicatrices como parte de su pasado

La chica esta consiente de que ella puede ser su mejor amiga y aliada	Se destaca varias alternativas para superar su baja autoestima	Técnicas respiratorias	7	28/02/2022	El amarse ella misma el reconocer que ella puede salir de su problema sin lastimarse
---	--	------------------------	---	------------	--

David Andrés Gaibor Gaibor

Firma del pasante

5.2 Anexo II

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE-02).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas: La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

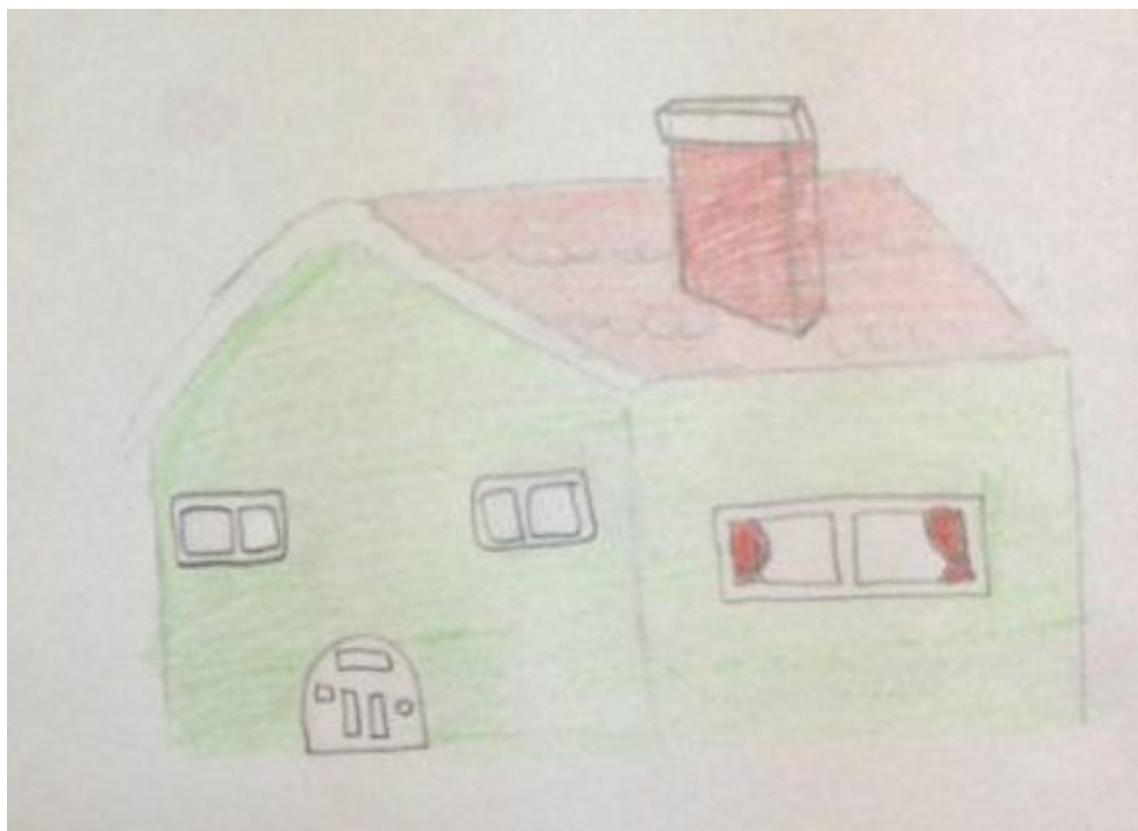
Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

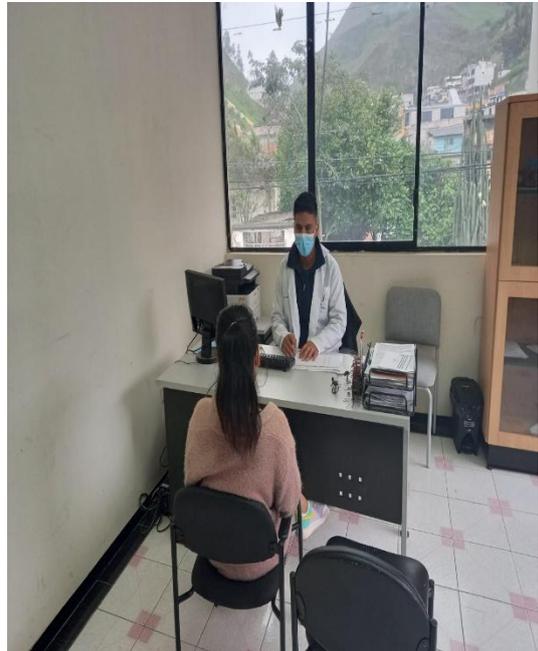
	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.			X	
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.			X	
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.			X	
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.			X	
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.			X	
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.			X	
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.			X	
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.			X	
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.			X	
10. A veces creo que no soy buena persona.			X	

5.3 Anexo III

Test HTP



5.4 Anexo IV



Evidencia de la recolección de información a través de la historia clínica