



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



**EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
PSICÓLOGO CLÍNICO**

PROBLEMA:

**AUTOLESIONES Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD MENTAL EN UNA
ADOLESCENTE DE 16 AÑOS DE LA CIUDADELA BRISAS DEL RIO**

AUTOR:

MONCADA CEDEÑO DENISSE JOHANNA

TUTOR:

MSC: CEDEÑO SANDOYA WALTER ADRIÁN

BABAHOYO - 2023



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



Quiero agradecer a Dios, por darme la oportunidad de vivir, a mi madre por ser el apoyo más grande durante mi educación universitaria a mi abuela e hijo, por ser mi pilar fundamental mi motor que me impulsan a ser mejor cada día para que se sientan orgullosos de mí, ya que sin ellos no hubiera logrado mis metas y sueños, también agradezco a mí misma por ser constante y perseverar hasta el final por ser muy valiente durante estos 5 años de estudio académico.

A mi hermana y mis seres queridos por brindarme su apoyo durante todo este proceso.



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



Las autolesiones o también consideradas lesiones sin intención suicida son una de las principales problemáticas de salud mental en los adolescentes, siendo esta causadas por violencia en el hogar, baja autoestima o por la aparición de otros trastornos mentales como los trastornos depresivos mayor, muchas de las ocasiones en que los adolescente inciden en esta conducta generan riesgo para su bienestar, aunque lo realicen con el objetivo de aliviar sufrimiento, corren el riesgo que la lesión pueda exceder en gravedad y dejar secuelas o acabar con la vida, por ende en el presente estudio de caso se plantea como temática “autolesiones y su incidencia en la salud mental en una adolescente de 16 años de la ciudadela Brisas del Río”, la cual tiene como objetivo determinar la incidencia de la autolesiones en la salud mental en una adolescente, con la finalidad de recolectar datos o información del caso se realizaron dos tipos de intervención de evaluación y psicoterapéutica, la primera se evaluó a la paciente utilizando técnicas de observación directa, entrevista no estructurada, revisión bibliográfica y pruebas psicométricas como ISB, BDI Y ERSP, y la segunda una intervención psicoterapéutica en la cual se aplica el plan terapéutico acorde a la necesidad del paciente, concluyendo que se cumplió con el objetivo.

Palabras claves

Autolesiones, salud mental, psicoterapia, evaluación psicológica, cognición.



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



Self-harm or also considered injuries without suicidal intent are one of the main mental health problems in adolescents, being caused by violence at home, low self-esteem or the appearance of other mental disorders such as major depressive disorders, many of which Occasions in which adolescents engage in this behavior generate a risk to their well-being, even if they do so with the aim of alleviating suffering, they run the risk that the injury may exceed the severity and leave sequelae or end life, therefore in the present study The case study presents the theme "self-harm and its incidence on mental health in a 16-year-old adolescent from the Brisas del Río citadel", which aims to determine the incidence of self-harm on mental health in an adolescent, with the In order to collect data or information on the case, two types of evaluation and psychotherapeutic intervention were carried out, the premium was evaluated the patient using direct observation techniques, unstructured interview, bibliographic review and psychometric tests such as ISB, BDI and ERSP, and the second, a psychotherapeutic intervention in which the therapeutic plan is applied according to the patient's needs, concluding that the the objective.

KEYWORDS

Self-harm, mental health, psychotherapy, psychological assessment, cognition.



ÍNDICE GENERAL

<u>AGRADECIMIENTO</u>	i
<u>RESUMEN</u>	ii
<u>ABSTRACT</u>	ii>Error! Marcador no definido.
<u>INTRODUCCION</u>	1
<u>DESARROLLO</u>	2
<u>JUSTIFICACIÓN</u>	2
<u>SUSTENTOS TEÓRICOS</u>	3
<u>TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN</u>	11
<u>RESULTADOS OBTENIDOS</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>SITUACIONES DETECTADAS</u>	15
<u>SOLUCIONES PLANTEADAS</u>	17
<u>CONCLUSIONES</u>	¡Error! Marcador no definido.
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	



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



INDICE DE TABLA

SOLUCIONES DETECTADAS	16
SOLUCIONES PLANTEADAS	17

1. INTRODUCCION

El presente estudio de caso se enfoca en “autolesiones y su incidencia en la salud mental en una adolescente de 16 años de la ciudadela brisas del rio”, dicho tema se encuentra inmerso en la línea de prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico, y la sublínea de investigación de psicoterapias individuales y/o grupales.

Las autolesiones, se le denomina así a la conducta de hacerse daño así mismo, son señales de alerta de alto de riesgo, que se debe identificar e intervenir de manera inmediata, ya que si se hace caso omiso puede significar la muerte, esta conducta es uno de los síntomas de los trastornos de depresión, por ende, vulnera la salud mental de cualquier persona, la cual denominamos ese estado de bienestar mental que permite a la persona ser funcional en su contexto social.

Se considera salud mental, al estado de bienestar mental, el cual se identifica a partir de la funcionalidad que tiene el individuo en su entorno, ya que un individuo que carece de salud mental tendrá dificultades para cumplir con sus actividades laborales, académicas, sociales y educativas, además que afectará en gran medida al contexto familiar, ya que incomodará a cada uno de los miembros de la familia.

En el último año ha habido un incremento en el país en muertes por suicidio, esto se debe a muchos factores tanto socio económicos y emocionales, durante y post pandemia la salud mental de toda la población ecuatoriana se vio afectada, en especial al adolescente en el cual se vio vulnerada su perspectiva de un proyecto de vida ya que muchos afrontaron pérdidas, otros enfermaron de depresión por el encierro y otros carecían de redes apoyo.

Por ende, se requiere abordar el presente caso para obtener como resultados el evento predisponente, factores precipitantes y el tiempo de evolución en el que la enfermedad se ha desarrollado en la paciente, además de presentar un plan de tratamiento psicológico para la mejoría de la salud mental de la paciente.

La intervención practica en el presente estudio de caso se llevó a cabo realizando una evaluación psicológica mediante la elaboración de historia clínica y la aplicación de pruebas psicométricas; Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, Inventario de depresión de Beck e Inventario de Ideación Suicida de Beck. A continuación, se podrá observar todo el desarrollo del caso a través del contenido de la justificación, objetivos, sustentos teóricos, técnicas aplicadas, resultados obtenidos, conclusiones, referencias bibliográficas y anexos.

2. DESARROLLO

2.1. Justificación

Este estudio se vuelve importante, porque fomenta la prevención de autolesiones en adolescentes y así promover el cuidado de su salud mental, concientizando que las autolesiones son signos de depresión y de que la salud mental de quien lo padece necesita un tratamiento, tomando en consideración que cuando hablamos de autolesiones se relaciona directamente con la ideación suicida, en la adolescencia esta se vuelve una problemática de alto riesgo, ya que en algún momento se puede llegar a concebir la muerte a través de las conductas autolesivas, considerando este acontecimiento como un hecho psico traumático para la salud mental de la adolescente.

Este estudio de caso se vuelve trascendente más que nada en el área práctica, ya que, por medio de la revisión bibliográfica de artículos científicos con temáticas similares, se logró estructurar un modelo de intervención tanto de evaluación como de planificación psicoterapéutica, la cual puede contribuir a futuras intervención en pacientes con problemáticas similares.

A demás de beneficiar de manera directa al paciente del estudio de caso, el cual se le brindo atención psicológica, brindándole un tratamiento terapéutico para la mejoría de su calidad de vida, ayudándole a adaptarse a su medio social y permitiéndole cursar sus etapas del desarrollo, además de manera indirecta se ven beneficiados los familiares, ya que observaran cambios adaptativos en el comportamiento de la adolescente, generando tranquilidad en el círculo familiar.

El presente caso fue factible gracias a que se contó con el consentimiento de la familia y la adolescente al momento de la intervención psicológica, además que se contó con el apoyo de tipo acompañamiento por parte de la institución, promoviendo el refuerzo terapéutico en las nuevas conductas adaptativas que la adolescente estaba adquiriendo, convirtiendo su contexto escolar en un ambiente protector.

2.2. Objetivo

Determinar la incidencia de las autolesiones en la salud mental en una adolescente de 16 años de la ciudadela “Brisas del Río”.

2.3. SUSTENTO TEÓRICO

2.4. Autolesiones

También considerada como autolesión no suicida. Según Duarte et al. (2021) plantea que los comportamientos autolesivos se denominan así cuando el individuo se hace daño a si mismo sin llevar a quitarse la vida, y son conductas de riesgo que va incrementando en la población adolescente. Los adolescentes consideran que es un método de afrontamiento de sobrellevar el dolor, la tristeza, el sufrimiento y la ira.

Si bien genera una sensación de calma y alivio a la tensión, después de un momento ocasiona sensación de culpa y vergüenza por realizar el acto, esto repercutiendo en la estabilidad emocional del adolescente, volviendo un círculo vicioso de lastimarse, sentirse mal por lastimarse, y volverse a lastimar por que se sentía mal.

Si bien la autolesión no suele provocar la muerte, si puede provocar lesiones graves que repercutirán en la persona a lo largo de la vida, las formas más comunes de realizar tal acto son mediante pellizcarse y cortarse. Las siguientes son señales que suelen aparecer si el adolescente adopta conductas autolesivas: hablar del acto, cicatrices, heridas que no se curan más bien llegan a empeorar, cortes en los brazos, se aíslan, tienen objetos afilados, se cubre los brazos, evitan vínculos sociales, compran curas o parches, no les gusta cambiarse de ropa delante de otras personas.

Usualmente adquieren esta conducta porque les resulta complicado afrontar el dolor, puede que no conozcan otras maneras mejores para lidiar con la afeción, pero otras veces las conocen, pero no les genera el impacto inmediato que les generan el cutting, usualmente estas conductas también son observadas en los trastornos de la conducta alimentaria, pensamiento obsesivo compulsivo, o carencia de control de impulsos.

Es de gran importancia que se promuevan programas de prevención en contra el suicidio, en especial dirigido a adolescentes, ya que es necesario cuidar de la salud mental de los más jóvenes durante esta etapa de vida, debido a que durante ese periodo son vulnerables y susceptibles a añadir o integrar cualquier creencia que se observe en su contexto social.

La problemática radica que estas creencias no siempre son saludables para los adolescentes, por ejemplo, en la actualidad el Ecuador muestra una alta tendencia al consumismo y mayor mente al uso de redes sociales, en estas redes existen grupos o páginas que previenen el suicidio y otras que los promueven, lamentablemente la gran parte de

adolescente que tienen problemas o conflictos con su ciclo vital o contexto, suelen interesarse por los grupos que promueven el suicidio.

2.5. Autolesiones y su relación con el suicidio

Se conoce al suicidio como el acto de quitarse la vida. Según Gómez et al. (2020) manifiesta que el suicidio es una problemática de gran complejidad, que se debe a muchas causas de diferentes tipos de magnitudes y genera grandes impactos a nivel mundial, en la actualidad representas graficas altas en las tasas de mortalidad, siendo los adolescente y adultos jóvenes la población foco. Normalmente este se ve asociado con trastornos del humor como depresión, ansiedad y bipolaridad y uno de los síntomas más comunes son la ideación suicida y las autolesiones.

Quien se encarga de estudiar esta ciencia se le denomina suicidología, que se encarga de estudiar las conductas suicidas, para elaborar metodos científicos de intervencion para su prevencion. Según Ramos y Reyes (2022) manifiestan que la suicidología tiene como objeto sensibilizar a la población en general priorizando a los profesionales de salud mental y orientarlos a elaborar estrategias preventivas ante el suicidio, incentivar su importancia de investigación y también plantea una perspectiva distinta a partir de un abordaje interdisciplinario. Es importante hacer la aclaración que esta ciencia no solo estudia al suicidio, sino también a las conductas autolesivas y la ideación suicida.

Una persona que goza de salud mental no encontraria coherente realizar tales conducta o transgredir la vida propia, o realizar ningun acto dañino a si mismo (cortarse los brazos, autolesion), en retrospectiva el ser humano esta diseñado como tal para sobrevivir y preservar su existencia un claro ejemplo es la reproduccion, pero en contraste es una realidad que las enfermedades mentales existe afectando en gran manera a la poblacion general, una de estas afecciones provocan la muerte por mano propia “suicidio”. Según MSP (2021) plantea que El suicidio es una problemática que tiene el ministerio de salud pública en el Ecuador, la cual ha tomado 13.024 vidas entre el 2001 y el 2015, es decir, 13.024 muertes durante este periodo, básicamente los suicidios se establecen dentro del 1,7% de muertes que sucede en el año dentro del Ecuador.

Hay que tener en consideracion que durante esos periodos la poblacion general no se habia vista vulnerdad tanto fisica como psicologicamente asi como lo fue en los años del 2019, refiriendose al fenomeno pandemico COVID-19 donde el confinamiento fue un factor de riesgo para la aparicion de dichas conducta, ya que la pandemia genero estrés excesivo.

La OPS (2021) plantea que cada año alrededor de 703. 000 personas se suicidan después de muchos intentos, como síntoma preambular al acto se halla los actos autolesivos. A tener en cuenta durante el 2020 debido a la pandemia estas personas experimentaron pérdidas, estrés y sufrimiento, lo cual genera alta predisposición a concebir el acto. Según el MSP (2021) plantea que entre 1990 y el 2019 se observa un incremento del 56% en la tasa de mortalidad por suicidio en el Ecuador, siendo entre 4,43 a 6,91, excluyendo el sexo, se observa que las tasas de suicidios de mujeres se mantienen en estabilidad, mientras se observa un incremento exponencial en hombres.

Además, la OPS (2021) plantea que la tercera causa de muerte en jóvenes entre 20 a 24 años es el suicidio, también en personas de 45 a 59 años, seguidas por las de tercera edad a partir de 70 años.

El fenómeno del suicidio ha sido visto a lo largo de la historia humana, pero la perspectiva que se tiene ante él ha ido evolucionando con el paso del tiempo, en Grecia se consideraba como un acto honorable en respuesta al cometimiento de un acto deshonorante, en Roma lo prohibieron que generaba gastos económicos al estado en especial ante el fallecimiento de los esclavos.

Mucho tiempo después la percepción que tenía la iglesia con respecto al suicidio impactó en la perspectiva de la población, ya que señalando el mandamiento “no matarás” se consideró el suicidio como un acto pecaminoso, por ende este género estigma, pero curiosamente encontraban como un acto redentorio ante Dios, la conducta de autolesionarse (flagelarse con latigazos) para expiar los pecados.

2.6. Ideación suicida y las autolesiones

Se le denomina a sí al conjunto de pensamientos que se caracterizan por quitarse la vida como medio para dejar de sufrir, según Gómez et al. (2020) plantean que la ideación suicida es positiva cuando se relaciona de manera inversa con los riesgos suicidas. Este síntoma remarca vulnerabilidad ante el cometimiento del acto suicida.

Normalmente los desencadenantes ante la aparición de la ideación suicida se asocian con eventos problemáticos y estresantes de manera excesiva pero no fatales, que el individuo tiene que afrontar, pero en carencia de resiliencia percibe el acto de morir como una solución menos dolorosa. Según Gómez et al. (2020) plantea que la población con mayor riesgo de padecer ideación suicida es los adolescentes en relación con otras etapas de vida, enfocando que los factores como depresión, consumo de drogas y alcohol, problemas psicosociales, hogares disfuncionales, baja tolerancia a la frustración, falta de control de impulsos,

predisponen al aumento de la conducta suicida y por ende son promotores de la ideación suicida.

Como primera respuesta ante este dolor, sufrimiento o tristeza profunda, que genera la ideación suicida, surge la conducta autolesiva que al momento de hacerse daño así mismo genera una cantidad considerable de endorfinas y dopaminas que generan alivio momentáneo ante el malestar, pero repercutiendo en la salud mental del adolescente, ya que este desarrolla la conducta de hacerse daño cuando se siente mal, para encontrar alivio.

2.7. Autolesión y su relación con los trastornos depresivos

Se le denomina a sí al conjunto de síntomas de tristeza profunda, anhedonia, abulia y baja autoestima que mantienen una duración de tiempo exagerada en la persona. Según Del Cid (2021) plantea que la depresión es una problemática de gran magnitud para la salud pública por motivo de su frecuencia y alta prevalencia en el mundo, se determina que la etiología de esta enfermedad mental es compleja ya que en ella participan factores psicosociales, genéticos y biológicos. En general esto repercute en el funcionamiento social, laboral, individual y familiar del individuo.

Es vital entender que la depresión no discrimina nivel socioeconómico, normalmente esta patología aparece cuando el individuo afronta una situación que le genera una afección emotiva negativa, por ejemplo, perder el empleo, o ser acosado gran parte del tiempo, los factores más comunes para la aparición de la enfermedad son, el sexo (es más común en mujeres que en hombres), antecedentes familiares (cuando miembros de la familia la padecen), uso de medicamentos, crisis vitales o de desarrollo, abuso de sustancias, presencia de otro tipo de enfermedades.

Uno de los síntomas que surgen a través de una depresión entre moderada y grave es la conducta autolesiva, se da debido a que la sensación de tristeza se vuelve insostenible para quien la padece, estas conductas pueden aparecer desde cortes en las manos, quemaduras, peñizcos, ahorcamientos, golpes a sí mismos, mordidas, hematomas o fracturas

2.8. Salud mental

Es inherente para el bienestar del individuo el cuidado de la mente (que piensa, en que cree, que aprende y que integra a su ser). Según García et al. (2020) plantea que El estado de bienestar psicológico se cohesiona con niveles de funcionamiento en estado óptimo lo que influye, la relación entre el individuo y la sociedad, además también inciden las actitudes

internas como el crecimiento y el dominio personal. Además este es un derecho fundamental y un estado necesario para el desarrollo personas, socioeconómico y comunitario

Tener salud mental va más allá de carecer de trastornos o discapacidad, es un proceso que se da a lo largo de la vida de todos los seres humanos, donde tienen que aprender a mantener su cuidado, dando como resultado habilidades de afrontamiento y resiliencia. Godoy et al. (2020) plantea que la salud mental es el estado de bienestar mental, donde el puede afrontar tensiones, puede cumplir con sus roles sociales y es concinente de su capacidades.

La salud mental se ve influenciada por diferentes dimensiones individuales, sociales y laborales las cuales pueden incidir para proteger o sabotear el estado de bienestar del individuo. Personas que abusan de sustancias, carecen de habilidades emocionales, o tienen predisposición genética a contraer una enfermedad, son propensas a desarrollar un trastorno mental.

Situaciones maltratos, pobreza, desigualdad, demigración también son determinantes para la carencia de salud mental, en contra parte la presencia de factores de protección promueven el desarrollo de resiliencia, por medio de habilidades sociales, regulación emocional, interacción social positiva, educación de calidad, trabajo digno, seguridad, unión social, entre otros.

2.9. Salud mental en la adolescencia

Este es un periodo de gran importancia para el ser humano por ende para contar con una adecuada salud mental se deben adoptar hábitos saludables; dormir temprano, hacer ejercicio con regularidad, desarrollar habilidades sociales. Según García et al. (2020) manifestó que El desempeño psicosocial en los adolescentes es una crisis real y normativa establecida en función de formar de manera coherente el yo, en el cual durante este periodo el adolescente integra a sí, sus intereses, gustos, estados y rasgos en función de conformar su identidad, su sistema de valores, creencias a los cuales será fiel como compromiso individual

Es un periodo intermedio de las etapas de desarrollo del ser humano, se ubica en medio de la niñez y la adultez, justamente en este periodo que se observan grandes cambios tanto físicos como psicológicos, estos cambios a su vez pueden generar preocupación en los niños sus familias. Según García et al. (2020) manifiesta que la adolescencia se vuelve un periodo de estudio y de investigación, teniendo en consideración que es una etapa establecida por la sociedad, con indicadores evolutivos preestablecidos acerca de su recorrido, por ejemplo, cursa por la madurez sexual y reproductiva, luego la conformación

de la identidad, el desarrollo del pensamiento hipotético y deductivo, entre otros indicadores psicosociales relacionados al desarrollo individual.

En este sentido, los padres para ayudar a sus hijos a cursar por la adolescencia deben comunicarles sobre los cambios que su cuerpo va a tener, realizar charlas sobre temas relacionados a educación sexual, brindar apoyo, pero también establecer límites claros y razonables, enseñarle hacer conciencia sobre las consecuencias que pueden tener sus actos y promover la independencia y la individualidad. Según Palacios (2019) plantea que en general la adolescencia ocurre en una segunda década de vida que inicia a partir de los 10 y 13 años, lo que se conoce como pubertad, y que termina entre los 18 y 25 años, la edad varía acorde a la cultura, tareas o metas que se hayan cumplido, además que se caracteriza esta etapa más que todo por el desarrollo de cambios físicos que están dentro del espectro esperado de la maduración sexual.

2.10. Determinantes de la salud mental en la adolescencia

Es claro que la edad también se vuelve un factor de riesgo ante la salud mental, ya que es un periodo donde el individuo curso por muchos cambios, y este se ve forzado a establecer constantemente hábitos de vida, que les ayude a relacionarse a sus contextos biopsicosocial, en este periodo es de gran importancia que el adolescente alcance una plenitud en cuanto a bienestar mental y emocional.

Existen hábitos que pueden ser determinantes para el desarrollo de una adecuada salud mental, estos patrones son; descanso adecuado, hacer ejercicio, afrontar situaciones complicadas, resolver conflictos, gestionar las emociones, construir vínculos sociales, crear redes de apoyo, mantener comunicación con los miembros de la familia, escoger amistades saludables y convivir de manera respetuosa con la comunidad.

2.11. Consecuencias de la carencia de salud mental en la adolescencia

Todo lo que refiera salud mental es equivalente a funcionalidad y normalidad, cuando hablamos de carencia de la misma, hacemos referencia a lo patológico es decir la aparición de trastornos mentales. Existen trastornos que por factores de riesgos que presentan los adolescente, se observa mayor prevalencia. Según Palacios (2019) plantea que desde la epidemiología las problemáticas como el suicidio, la depresión, la violencia sexual, el consumo de alcohol y otras drogas tienden a afectar en su mayoría a la población adolescente.

En este sentido, tienen mayor prevalencia en la adolescencia los trastornos del comportamiento, conducta alimentaria, psicosis, suicidio y autolesiones y conductas de

riesgo. Según Sánchez (2019) plantea que la exposición a violencia o situaciones que generen vulnerabilidad o desplazamientos forzados, son contextos psicosociales nocivos para la salud mental del ser humano.

Es indispensable que los adolescentes cuenten con factores de protección vinculados estrechamente con la familia, en caso de no darse este tipo de situaciones pueden aparecer consecuencias directas en el ámbito familiar y/o relacional, es decir, la afección familiar en un adolescente influirá en su comportamiento al momento de relacionarse en la sociedad, como por ejemplo, un adolescente que en el hogar es víctima de violencia, en el contexto social o escolar presentara tendencia a violentar a otros o a ser abusado por otros semejantes, la característica principal de estas dos conductas, es la falta o carencia de seguridad porque una abusador o abusado siempre mostrara temerá al dolor y sufrimiento emocional.

2.12. F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual graven sin síntomas psicóticos

Los trastornos mentales, son conductas desadaptativas o anormales que sostienen ciertos individuos afectando y repercutiendo a lo largo de su vida, en relación con los trastornos depresivos, los más comunes son los episodios depresivos, dicho trastorno solo puede ser diagnosticado por profesionales de salud mental que consideren que existe coherencia entre lo que observan del paciente y los criterios diagnósticos de la Clasificación de los Trastornos mentales y del Comportamiento (CIE-10), ya que para poder tipificar en el paciente este diagnóstico, el trastorno debe cumplir con los siguientes criterios.

Que se cumplan las generalidades del F33 Trastornos depresivos recurrente, que plante; primero tiene que existir al menos un episodio depresivo previo ya sea leve, moderado o grave que haya tenido una duración de por lo menos 2 semanas, aparte del episodio actual con un tiempo de alrededor de dos meses libre. Segundo, Carencia de síntomas de episodios hipomaniacos o maniacos. Tercero, Los episodios no son atribuibles al consumo de sustancias.

Además, también que se cumplan los criterios del f32.2 Episodio depresivo graven sin síntomas psicóticos. Primero, Se deben cumplir con los criterios generales del F32 episodios depresivos: el episodio debe durar al menos dos semanas, no tiene que haber existidos síntomas que cumplan con los criterios de episodios hipomaniacos y maniacos, y el episodio no es atribuible a uso de medicamentos y sustancia u otras enfermedades.

Segundo, Tener tres de los síntomas del criterio B del F32.0 Episodio Depresivo Leve: humor depresivo patológico, anhedonia y abulia, y fatiga. Tercero, tener síntomas

adicionales del criterio C del F32.0, hasta contar un total de 8: pérdida de confianza, autocríticas, ideación suicida o conductas autolesivas, dificultad para atender, concentrarse o decidir, agitación o enlentecimiento psicomotriz, alteración del sueño, alteración en el apetito. Cuarto, no presentar alucinaciones, Ideas delirantes o estupor depresivo.

Cabe hacer la mención como cualquier otro trastorno, el cuadro depresivo no debe ser justificado ni por cuadros maniacos ni hipomaniacas, ni tampoco ninguno de los síntomas pueden ser atribuibles al consumo de alcohol y otras sustancias, así como tampoco a la ingesta de fármacos, o a la consecuencia de patologías físicas, desde esta perspectiva el cuadro depresivo solo debe fundamentarse a partir del cumplimiento de los criterios diagnósticos del CIE-10.

2.13. Postura psicológica

Desde la perspectiva cognitiva conductual, es importante considerar que un paciente con conductas autolesivas por lo general presentara ideación suicida, esta puede como no estar acentuada en el individuo, pero como profesional de salud mental es importante priorizar la reestructuración cognitiva en la modificación de las creencias que incentivan la idea de muerte como solución o salvación del sufrimiento.

Además, es importante considerar que el acompañamiento familiar es vital, ante esta problemática, por ende, es propicio trabajar en conjunto en la funcionalidad del círculo familiar, siempre y cuando se evite anteponer los intereses de los familiares ante la confidencialidad y la demanda del paciente.

Otro aspecto para tomar en consideración es que los procesos o planes terapéuticos en la conducta autolesivas, tienen que realizarse bajo metodología específica, ya que sin la intervención adecuada los pacientes no adquieren adherencia al tratamiento, en relación a esto donde más muestran rechazo, es en los tratamientos farmacológicos.

En contraparte, existe otro porcentaje de la población que no muestra rechazo al tratamiento farmacológico, pero si muestra dependencia o incluso lo utilizan como método para realizar las conductas autolesivas, por ende, es necesario que el terapeuta cuente con la preparación necesaria para el abordaje de esta problemática.

La adolescencia es una etapa donde el ser humano se encuentra en mayor riesgo que en otras etapas de su vida, ya que a partir de este periodo el adolescente desarrolla autonomía y se dispara su egocentrismo y seguridad en expresar lo que piensa, sea esta correcta o no, a partir de las consecuencias el adolescente le quedan dos opciones reflexionar y desarrollar resiliencia o sentirse culpable y desarrollar evitación a los conflictos de la vida diaria.

2.14. Técnicas aplicadas para la recolección de información

Para la elaboración del presente estudio de caso, fue necesaria la implementación de técnicas que faciliten la obtención de la información, se utilizaron tanto técnicas para investigar sobre la problemática, así como técnicas psicológicas para evaluar y diagnosticar al paciente.

2.15. Observación directa

Según Mendoza (1994), “significa estar ahí, en el lugar donde se desarrolla la acción, y que está preparado para registrar lo que está ocurriendo. Cualquier técnica que sirva para mejorar la capacidad de observación del investigador puede considerarse una técnica observacional” (p. 241). La observación es el método más utilizado con respecto a la investigación científica, vale recalcar en el amplio campo de la clínica no está demás, ya que mediante la observación se logra determinar la existencia, duración, frecuencia e intensidad de la patología que se hipotetiza o que ya está establecida como diagnóstico.

2.16. Entrevista no estructurada

Es un método en el cual se utilizan preguntas para obtener información al interrogado de los que se pretende estudiar. Según Trindade (2016):

Es una conversación provocada por el entrevistador, pero otorgándole libertad al informante en su conducción durante la misma –en función de los objetivos de la investigación llevada adelante–, son varias las cuestiones que debemos tener en cuenta sobre esta forma de entrevistar, su utilización y aquellos que nos aportará en términos de lo que necesitamos conocer. (p. 24)

2.17. Revisión Bibliográfica

Gómez et al. (2014), “El trabajo de revisión bibliográfica constituye una etapa fundamental de todo proyecto de investigación y debe garantizar la obtención de la información más relevante en el campo de estudio, de un universo de documentos que puede ser muy extenso” (p. 158).

2.18. Pruebas psicométricas

Las pruebas psicométricas son un recurso de evaluación diagnóstica clínicas, las empleadas para el presente estudio de caso son escalas específicas para evaluar síntomas de depresión son las siguientes.

2.19. ISB. Escala de ideación suicida de Beck

Según González et al. (2000), “Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de

auto destructividad: pensamientos o deseos” (p .23). esta consta de 19 ítems que se aplica tanto de manera hetero aplicada como autoaplicada, dependiendo el criterio del evaluador, cada ítem consta de tres opciones de constatación con un puntaje equivalente de 0 a 2, con rango de máximo de puntaje de 78 puntos.

En caso de que el evaluado puntué los ítems 4 deseo de intentar suicidarse y el 5 intento pasivo con la opción equivalente a 0, la prueba se suspende, y se la tipifica como no aplicable.

2.20. BDI. Escala de depresión de Beck

Según Sanz et al. (2014), “El BDI-II se diseñó como un instrumento para la detección y cuantificación de síntomas depresivos en pacientes con trastornos psicológicos” (p. 138). Elaborado por Aaron T. Beck, Rober A. Steer y Gregory K. Brown., este test se aplica en las áreas de psicología clínica, neuropsicología, y psicología forense, es de tipo Likert, consta de 21 ítems, y se realiza por medio de administración oral, de manera hetero aplicada en el rango de edad de 13 años en adelante.

Con un puntaje máximo de 63 puntos, cuanto mayor sea el puntaje mayor será la severidad de la patología, teniendo en consideración que de 0-13 se considera depresión mínima, de 14-19 depresión leve, de 20-28 depresión moderada, de 29 en adelante depresión grave.

2.21. ERSP. Escala de riesgo suicida Plutchik

Según Suárez et al. (2019), “La escala evalúa los intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación suicida actual, sentimientos de depresión, desesperanza y otros. Se califica otorgando el valor de 1 a todas las respuestas afirmativas y 0 a las respuestas negativas” (p. 147). Elaborada por Plutchik y Van Praag (1989), su tiempo de aplicación es de 1-2min, aplicable para adolescentes y adultos de manera individual y autoaplicada. Esta consta de 15 ítems que evalúa 4 factores:

- Factor 1: Sentimiento de ineficiencia (reactivos 3,6,8 y 12)
- Factor 2: Ideación suicida (reactivos 2, 13 y 14)
- Factor 3: Desesperanza, compuesto por reactivos (5, 7 y 9)
- Factor 4: Factores sociales (reactivos 1, 4, 10, 11, 15)

2.22. Resultados obtenidos

2.23. Sesiones

Adolescente de 16 años de sexo femenino, soltera, sin hijos, estudiante, oriunda de Babahoyo, convive con padre, madre y hermano menor, acude a consulta acompañada, es referida por el DECE de la UEB, para atención psicológica, el motivo es debido a que se le encuentran cortes en los brazos.

Para lograr identificar los hallazgos fue necesario entrevistar a la paciente, para ello se estructuraron seis sesiones en las cuales las primeras dos sesiones se ajustaron a la evaluación, mientras que las otras se centralizaron solamente aplicar técnicas psicoterapéuticas. Las sesiones se llevaron a cabo una vez por semana en el horario de 14h00 a 14h45 del día.

Primera sesión : se llevó a cabo el día 28/09/2022, se le explica a la paciente en qué consistirá el proceso de atención psicológica que se le ofrece, ella da su consentimiento, por ende, se procedió a realizar las entrevistas iniciando por el motivo de consulta, en el cual menciona con tono de voz bajo “Tengo un problema desde mis 13 años, desde que mis papas me llevaron a vivir con ellos, anteriormente vivíamos con mi abuela y todo ha empeorado ya que mi papa es celoso y maltrata a mi mama, además tiendo a tener mal carácter y suelo no ser tan paciente”, se prosiguió con la entrevista llenando los apartados de la historia clínica hasta terminar la exploración del estado mental, se da por finalizado comunicándole que la siguiente sesión se realizara aplicación de pruebas psicológicas, además que se le solicita tener un sesión con su madre.

Segunda sesión : se llevó a cabo el día 5/10/2022, se le explica la planificación de lo que se realizara en el día, luego se procede aplicar las pruebas en el siguiente orden ISB, BDI Y ERSP, una vez terminada la aplicación de la prueba, se le comenta a la paciente que la siguiente sesión que en la siguiente se iniciaría el proceso terapéutico, la adolescente brinda su consentimiento, luego se realiza entrevista en privado a la madre de la paciente para verificar la validez con la perspectiva de la madre de la siguiente información de la sesión pasada: “por culpa de mi rebeldía hice tener muchísimo coraje a mi mama y eso hizo que perdiera a mi hermana”.

Tercera sesión: se llevó a cabo el día 12/10/2022, se inicia con la planificación terapéutica con la paciente, en la cual se abordó durante esta sesión el problema de la ideación suicidad por medio de la terapia cognitiva conductual, basados en este enfoque se realizó un plan terapéutico con técnicas de reestructuración cognitiva, que se puede observar

en la tabla 2. Con respecto a la presente sesión, se trabajó la problemática con la técnica de registro de pensamiento en la cual la paciente registra sucesos o recuerdos que le generen ideación suicida, luego registra el pensamiento automático que tenía sobre ese hecho, seguido de la emoción que sintió seguido de la conducta y luego la exploración otras alternativas, para luego registrar la valoración total del 1 al 100% de cómo se siente después de haber explorado otras formas de pensamiento, se da por cerrada la sesión.

Cuarta sesión: se llevó a cabo el día 19/10/2022, en esta sesión se decidió trabajar la problemática de anhedonia y abulia por medio de la técnica de programación de actividades, la cual se realizó en conjunto con la paciente donde se programaron actividades recreativas para realizar en la semana como: como ir al gym 3 veces por semana, salir a pasear una vez por semana y los días que no entrenara salga a correr o caminar por las mañanas 20 min.

Quinta sesión: se llevó a cabo el día 26/10/2022, en esta sesión se trabajaron dos problemáticas la baja autoestima por medio de la técnica de reestructuración cognitiva, llamada debate socrático que tuvo como objetivo poner en duda pensamientos o creencias de la paciente como “por mi culpa él bebe que esperaba mi madre murió” “si yo desaparezco los demás serán felices” para esto se realizaron las siguientes preguntas a la paciente ¿realmente que tus muertes harán felices a los demás? ¿nadie sufrirá si ya no estás? Se busco asentar a la realidad a la paciente y promover el desarrollo de nuevas alternativas para generar esperanza en ella.

La segunda problemática, los sentimientos de culpa por medio de la técnica de retribución la cual se centró en distribuir la culpa de manera adecuada, por ejemplo, la idea de que ella era muy problemática se debía al contexto de violencia familiar en el que vivía.

Sexta sesión :se llevó a cabo el día 9/11/2022, en esta sesión se trabajó la carencia de habilidades sociales por medio del uso de técnicas conductuales de role-playing, en el cual se utilizaron técnicas como modelado para que la paciente imite a una compañera de clase que tiene expresiones más adecuadas a las de una dama de su edad, la idea principal consistía en que la paciente aprenda a ser Cortez y respetuosa cuando no existan amenazas por parte del contexto y seria y con control de impulsos cuando esta sea vulnerada o se esté siendo realmente amenazada, esta fue la última sesión debido al término del proceso de prácticas preprofesionales.

2.24. Situaciones detectadas (Hallazgos)

Paciente acude a consulta derivada de la institución “Unidad Educativa Babahoyo”, paciente refiere “Tengo un problema desde mis 13 años, desde que mis papas me llevaron a vivir con ellos, anteriormente vivíamos con mi abuela y todo ha empeorado ya que mi papa es celoso y maltrata a mi mama, además tiendo a tener mal carácter y suelo no ser tan paciente”. También refiere “Me siento una pésima hija quiero acabar con mi vida siento que soy un estorbo para mi familia me siento culpable de muchas cosas, debí morirme yo y no mi hermanita, es por ello que realizo cortes en mi antebrazo y piernas para aliviar mis problemas emocionales”

Paciente manifiesta “siento tristeza profunda desde que mis padres me llevaron a vivir con ellos ahí fue que decidí cortarme mi antebrazo con una Gillette esa fue la primera vez que lo hice y desde allí con tenciones palpitations y sin dolor, y cuando estoy bajo tensión me da ansiedad de seguirme cortando; ejemplo cuando mi mama me reta , empiezo a sentir, dolor de cabeza y empiezo a enojarme, se me vienen pensamientos a la mente de algo que me sucedió hace mucho tiempo, que agredí a mi papa con un cuchillo y golpee a mi mama cuando estaba embarazada”. También menciona “Los pensamientos son sin querer, suceden cuando estoy haciendo cualquier actividad o tarea del colegio, llegan a mi mente y me siento mal, y espero en la madrugada para lastimarme”. Paciente manifiesta: “por culpa de mi rebeldía hice tener muchísimo coraje a mi mama y eso hizo que perdiera a mi hermana”.

La madre manifiesta: “que no fue culpa de ella, perdí a mi niña porque mi marido me golpeaba y al final gasto dinero en comprar un carro viejo, me llene de coraje al ver eso y se me vino”. Paciente presenta malestar hace tres años, se observa culpabilidad excesiva, duelo no elaborado, disminución en la alimentación, insomnio, cambios del estado de ánimo, ideación suicida, conductas autolesivas, conductas agresivas y aislamiento social. Con respecto a los antecedentes familiares el paciente presenta, Familia compuesta madre de 34 años, padre de 39 años, hermano menor de 15 años y la paciente de 16 años, los padres presentan relación de unión libre, con respecto a su tipología la paciente la describe como conflictiva, involucrando agresión física por parte del padre hacia las mujeres del hogar, Paciente refiere “mi papa siempre nos dice que los hombres mandan en casa, se porta como un machista”

Con respecto a la historia personal, embarazo sin alteración, parto de tipo cesarí, lactancia hasta los 2 años, marcha en el primer año de vida, a los 10 meses sus primeras palabras, al año y medio se observó control de esfínteres, alrededor de los 5 años era

autónoma, sin antecedentes ante ninguna enfermedad. En la escolaridad se observa un rendimiento académico adecuado, pero su interacción social es escasa, paciente refiere sentirse incomoda y desadaptada ya que carece de amistades.

El examen mental de la paciente determina que al momento de la consulta se observa descuido en la vestimenta, se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, presenta dificultad para prestar atención, en la psicomotricidad se encuentra estupor disfórico, en la afectividad se observa abulia, anhedonia y sentimientos de culpa, y se toma en consideración la presencia de ideación suicida y conductas autolesivas. Con respecto a las escalas de las pruebas psicológicas aplicadas las mismas determinan que: ISB. Escala de ideación suicida de Beck: refleja un puntaje de 28 puntos refiere que existe presencia de ideación suicida. BDI. Escala de Depresión de Beck: refleja un puntaje de 43 puntos refiere signos de depresión grave. ERSP. Escala de riesgo suicida de Plutchik: refleja un puntaje de 7 que se determina la presencia de mayor riesgo.

SITUACIONES DETECTADAS

Tabla 1 Matriz del Cuadro psicopatológico

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo:	Hipoprosxia,,ideación suicida, baja autoestima	
Afectivo:	Miedo, culpabilidad, tristeza, rencor, ira, apatía, abulia, humo disfórico	F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos
Conducta social - escolar	Carencia de habilidad social, aislamiento social, conducta auto lesiva (cutting), estupor disfórico	
Somática	Insomnio, fatiga y disminución en el apetito	

Nota. Elaborado a partir de la psicopatología que presentaba el paciente del estudio de caso

En función de los signos y síntomas detectados y la coherencia con las pruebas psicométricas se determinan que se cumplen los criterios diagnósticos de CIE-10 del **F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.**

Soluciones planteadas

Con la finalidad de dar solución al malestar del paciente se elaboró el siguiente plan terapéutico.

Tabla 2

Plan terapéutico para trastorno depresivo

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Ideación suicida	Que la paciente logre identificar los pensamientos de muerte, que identifique como la hacen sentir y comportarse y que explore otras alternativas, con la finalidad que los niveles de creencias de esos pensamientos disminuyan.	Registro de pensamientos	Tercera sesión	12/10/2022	La paciente desarrolla ideas alternas al suicidio, por ejemplo, se ha planteado que si muere sus seres queridos sufrirán mucho, entonces empezó a cuestionarse la viabilidad de esa opción.
Abulia, anhedonia.	Que la paciente realice actividades hasta que despierte en ella la motivación y vuelva a sentir placer por realizar cada una de estas actividades, con la finalidad de que el paciente no recurra a realizar	Programación de actividades.	Cuarta sesión	19/10/2022	A través del dominio y agrado de las actividades, se le ha designado actividades de baile y karaoke cuando experimente los cuadros depresivos, como resultado la paciente ha disminuido la tendencia de hacerse daño y aumentado la

	conductas autolesivas.				tendencia de bailar y cantar
Baja autoestima	Modificar las creencias de minusvalía de la paciente	Debate socrático	Quinta sesión	26/10/2022	Mediante el debate socrático se le hizo entender a la paciente que como ser humano tiene un valor inigualable, a lo que se observa de acuerdo con la afirmación.
Sentimientos de culpa	Atribuir las responsabilidades a quienes verdaderamente les corresponde	Técnica de retribución	Quinta sesión	26/10/2022	En conjunto con la paciente se revisaron los sucesos, y se determinaron la realidad de las situaciones, aunque se observa a la adolescente no muy convencida, pero sus sentimientos de culpabilidad disminuyeron en intensidad
Carencia de habilidades sociales	Que la paciente adquiera nuevas habilidades sociales, las ponga en práctica y pueda diseñar nuevas habilidades	Role-Playing	Sexta sesión	9/11/2022	Se observa la paciente con dificultades para dejar de expresarse de manera grosera, pero se observa capacidad para gesticular actitudes de cordialidad y amabilidad, así como también se observa control de impulsos.

Nota. Elaboración del autor.

3. CONCLUSIONES

Para concluir, el presente estudio de caso fue congruente con respecto al sustento teórico al referirse que la población más propensa a padecer ideación suicida o conductas autolesivas eran los adolescentes, ya que la paciente del caso estaba dentro del grupo etario, además de que los factores de riesgo como violencia familiar, encajaban con la realidad de la paciente.

Otro aspecto en la que se observó congruencia es en la conducta autolesiva de la paciente que, aunque deseaba acabar con su vida las acciones de cutting estaban enfocadas a la liberación de sufrimiento mediante la producción de serotonina y dopamina, ya que las bases teóricas manifiestan que las conductas autolesivas no necesariamente se realizan para acabar la vida de individuo.

También se observa congruencia con el aporte teórico y la paciente en el aspecto de la aparición del cuadro depresivo el cual no discrimina aspecto socio económico, pero si aspectos de riesgo como la violencia familiar, la discriminación, además de la forma de responder como medio de afrontamiento ante estos conflictos, siendo la violencia y el aislamiento como estrategias para confrontar la situación mismas que se observaron en la paciente.

Como logros alcanzados podemos establecer que se consiguió elaborar un plan terapéutico a medida de la necesidad de la paciente en el cual se determinaron las problemáticas de mayor impacto y determinantes de su malestar las cuales era la ideación suicida, las conductas autolesivas, las cuales presentaban principalmente gran riesgo ante su vida.

Luego se trabajaron aspectos que influían en la permanencia de las tristeza y estado depresivo como lo es la baja autoestima y los sentimientos de culpa ante el hecho de la pérdida de su hermano en el vientre de su madre, los cuales incentivaban la creencia de infligir castigo o daño a sí misma para enmendar sus actos.

Además de complementar con una intervención centrada en la adquisición de nuevas habilidades sociales para poder facilitar la reinserción social luego del cuadro depresivo, en este punto es importante resaltar que es necesario orientar al paciente con cuadros depresivos a la integración social y la elaboración de redes de apoyo, debido que la carencia de esta simplemente genera mayor prevalencia en la presencia del trastorno mental en el individuo.

Se puede establecer que se logró cumplir con el objetivo planteado para el estudio del caso el cual era determinar la incidencia de las autolesiones en la salud mental en una adolescente de 16 años de la ciudadela "Brisas del Río". Ya que se puede definir que la incidencia de las autolesiones en la adolescente generaba hábitos de liberación de tensión y sufrimiento por medio del corte de sus manos, lo cual no se puede considerar una conducta saludable tanto física como mentalmente.

Ya que esta de alguna manera generaba la creencia de que era el único método para afrontar los conflictos y los problemas, además de provocar en la paciente la adopción de hábitos conductuales como aislarse, ser agresiva con los demás, alejar a los demás, desconfiar, además del desarrollo de conducta desadaptativas por ende se puede determinar que la incidencia en la salud mental de una adolescente con conductas autolesivas se relaciona a la adopción de comportamiento de alto riesgo para el desarrollo de algún trastorno depresivo.

El presente caso, tuvo un significado emotivo para mí como autora, ya que me permitió aprender desde un aspecto práctico la realidad de la enfermedad mental de la depresión, su alcance y como esta puede inferir en el bienestar tanto físico como psicológico de una persona.

Como recomendación, sería importante abordar los factores de riesgo que pueden contribuir al desarrollo de conductas autolesivas y depresión, como la violencia familiar y la discriminación, y trabajar en la adquisición de habilidades sociales para facilitar la reinserción social y la elaboración de redes de apoyo.

Es fundamental que tanto los pacientes como sus familiares comprendan la importancia de buscar ayuda profesional y no minimizar las conductas autolesivas o la ideación suicida como una "fase" o un "capricho". Con la ayuda adecuada, es posible tratar y superar estos trastornos mentales y lograr una mejor calidad de vida.

Además, realizar un estudio en un adolescente varón bajo las mismas condiciones para determinar si la gravedad del trastorno que está presente tiene la misma severidad que en el paciente femenino, además de determinar los factores que inciden ante esta prevalencia, es importante recalcar que la paciente goza de un pronóstico favorable, gracias a que el DECE y la madre prestaron toda la ayuda y acompañamiento necesario para la mejoría de la paciente.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Del Cid, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista medica hondureña*, 89(1), 46-52.
- Duarte Tánori, K. G., Vera Noriega, J. Á., & Fregoso Borrego, D. (2021). Factores contextuales relacionados a las conductas de autolesión no suicidas: una revisión sistemática. *Psicología y Salud*, 31(1), 51-59.
- García Álvarez, D., Hernández Lalinde, J., Espinosa Castro, J. F., & Soler, M. (2020). Salud mental en la adolescencia montevideana: una mirada desde el bienestar psicológico. *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*, 39(2), 182-190.
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES*, 31(2), 169-173.
- Gómez Luna, E., Navas, D., Aponte Mayor, G., & Betancourt Buitrago, L. (2014). Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización. *Dyna*, 81(184), 158-163.
- Gómez Tabares, A. S., Núñez, C., Agudelo Osorio, M. P., & Grisales Aguirre, A. M. (2020). Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(54), 147-163. doi:<https://doi.org/10.21865/RIDEP54.1.12>
- González Macip, S., Díaz Martínez, A., Ortiz León, S., González Forteza, C., & González Núñez, J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21-30.
- Mendoza, M. (1994). Técnicas de observación directa para estudiar interacciones sociales infantiles entre los Toba. *RUNA*, 21(1), 241-262.
- Ministerio de Salud Pública. (2021). *Lineamientos Operativos para la Atención a Personas con Intención y/o Intentos suicidas en Establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Quito: Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (21 de Julio de 2021). *Acerca de nosotros: Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>

- Palacios, X. (2019). Adolescencia: ¿una etapa problemática del desarrollo humano? *Revista Ciencias de la Salud*, 17(1), 5-8.
- Ramos Cruz, E. d., & Reyes, D. (2022). SIGNIFICACIONES DEL PROCESO SUICIDA: UN ABORDAJE CRÍTICO DESDE LA SUICIDOLOGÍA. *Revista SOMEPSO*, 7(2), 253-285.
- Sánchez Acosta, D., Castaño Pérez, G. A., Sierra Hincapié, G., Moratto Vásquez, N., Salas Zapata, C., Buitrago Salazar, J., & Torres de Galvis, Y. (2019). Salud mental de adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado en Colombia. *CES Psicología*, 12(3), 1-18.
- SANZ, J., GARCÍA VERA, M., ESPINOSA, R., FORTÚN, M., & VÁZQUEZ, C. (2014). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(1), 121-142.
- Suárez Colorado, Y., Palacio Sañudo, J., Caballero Domínguez, C., & Carlos Alejandro, P. (2019). Adaptación, validez de constructo y confiabilidad de la escala de riesgo suicida Plutchik en adolescentes colombianos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 51(3), 145-152.
- Trindade, V. (2016). *Entrevistando en investigación cualitativa y los imprevistos en el trabajo de campo: de la entrevista semiestructurada a la entrevista no estructurada*. Buenos Aires: Editorial de la Universidad de la Plata.

5. ANEXOS

5.1. Anexo A. Historia Clínica

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____

Fecha: ____/____/____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: M.J.Y.A

Edad: 16

Lugar y fecha de nacimiento: Babahoyo, 29 de Julio del 2006

Género: Femenino

Estado civil: Soltera Religión: No refiere

Instrucción: Primaria

Ocupación: Estudiante

Dirección: Cdla. Brisas del Río Teléfono: 0986530770

Remitente: DECE

2. MOTIVO DE CONSULTA

DECE de la UEB solicita atención psicología para la adolescente M.J.Y.A

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

Paciente refiere "Tengo un problema desde mis 13 años, desde que mis papas me llevaron a vivir con ellos, anteriormente vivíamos con mi abuela y todo ha empeorado ya que mi papa es celoso y maltrata a mi mama, además tiendo a tener mal carácter y suelo no ser tan paciente".

También refiere "Me siento una pésima hija quiero acabar con mi vida siento que soy un estorbo para mi familia me siento culpable de muchas cosas, debí morirme yo y no mi hermanita, es por ello que realizo cortes en mi antebrazo y piernas para aliviar mis problemas emocionales"

Paciente manifiesta "siento tristeza profunda desde que mis padres me llevaron a vivir con ellos ahí fue que decidí cortarme mi antebrazo con una Gillette esa fue la primera vez que lo hice y desde allí con tenciones palpitaciones y sin dolor, y cuando estoy bajo tensión me da ansiedad de seguirme cortando; ejemplo cuando mi mama me reta , empiezo a sentir, dolor de cabeza y empiezo a enojarme, se me vienen pensamientos a la mente de algo que me sucedió hace mucho tiempo, que agredí a mi papa con un cuchillo y golpee a mi mama cuando estaba embarazada".

También menciona "Los pensamientos son sin querer, suceden cuando estoy haciendo cualquier actividad o tarea del colegio, llegan a mi mente y me siento mal, y espero en la madrugada para lastimarme".

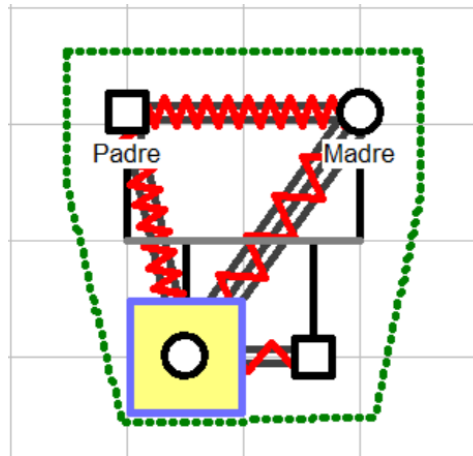
Paciente manifiesta: "por culpa de mi rebeldía hice tener muchísimo coraje a mi mama y eso hizo que perdiera a mi hermana"

La madre manifiesta: "que no fue culpa de ella, perdí a mi niña porque mi marido me golpeaba y al final gasto dinero en comprar un carro viejo, me llene de coraje al ver eso y se me vino"

Paciente presenta malestar hace tres años, se observa culpabilidad excesiva, duelo no elaborado, disminución en la alimentación, insomnio, cambios del estado de ánimo, ideación suicida, conductas autolesivas, conductas agresivas y aislamiento social.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).



b. Tipo de familia.

Nuclear

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

Familia compuesta madre de 34 años, padre de 39 años, hermano menor de 15 años y la paciente de 16 años, los padres presentan relación de unión libre, con respecto a su tipología la paciente la describe como conflictiva, involucrando agresión física por parte del padre hacia las mujeres del hogar

Paciente refiere “mi papa siempre nos dice que los hombres mandan en casa, se porta como un machista”

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades. Embarazo sin alteración, parto de tipo cesaría, lactancia hasta los 2 años de edad, marcha en el primer año de vida, a los 10 meses sus primeras palabras, al año y medio se observó control de esfínteres, alrededor de los 5 años era autónoma, sin antecedentes ante ninguna enfermedad.

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

Se observa un rendimiento académico adecuado, pero su interacción social es escasa, paciente refiere sentirse incomoda y desadaptada ya que carece de amistades.

6.3. HISTORIA LABORAL

No refiere

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

Se observa baja autoestima, lo que repercute en el desarrollo de habilidades sociales

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

Aislada en su cuarto.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

Estado de ánimo distímico, no manifiesta tener relaciones emocionales, ni alteración en la sexualidad.

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

Consume con frecuencia de café y energizantes

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

Disminución del apetito y dificultad para conciliar el sueño

6.9. HISTORIA MÉDICA

La paciente presenta principios de diabetes y colesterol

6.10. HISTORIA LEGAL

No refiere.

6.11. PROYECTO DE VIDA

La paciente desea ser arquitecta, para ayudar a su madre y esta no se víctima de violencia

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

Paciente acude a consulta, con uniforme escolar, se observa descuido del aspecto físico, tanto en vestimenta como aseo personal, coherencia en el lenguaje verbal y no verbal, de actitud colaborativa, etnia mestiza, delgada.

7.2. ORIENTACIÓN

Orientada en tiempos, espacio y persona.

7.3. ATENCIÓN

Dificultad para prestar atención.

7.4. MEMORIA

Presenta alteración en la retención de la memoria

7.5. INTELIGENCIA

Sin alteración

7.6. PENSAMIENTO

Sin alteración en la velocidad, curso, forma y estructura del pensamiento

7.7. LENGUAJE

Sin alteración

7.8. PSICOMOTRICIDAD

Estupor disfórico

7.9. SENSOPERCEPCION

Sin alteración.

7.10. AFECTIVIDAD

Sentimientos de culpabilidad, abulia, anhedonia

7.11. JUICIO DE REALIDAD

Coherente

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Sin conciencia

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

Presenta ideación suicida y conducta autolesiva.

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS Y RESULTADOS

ISB. Escala de ideación suicida de Beck: refleja un puntaje de 28 puntos refiere que existe presencia de ideación suicida.

BDI. Escala de Depresión de Beck: refleja un puntaje de 43 puntos refiere signos de depresión grave.

ERSP. Escala de riesgo suicida de Plutchik: refleja un puntaje de 7 que se determina la presencia de mayor riesgo.

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo:	Hipoprosxia, ideación, baja autoestima	F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual graven sin síntomas psicóticos
Afectivo:	Miedo, culpabilidad, tristeza, rencor, ira, apatía, abulia, humo disfórico	
Conducta social - escolar	Carencia de habilidad social, aislamiento social, conducta autolesiva (cutting), estupor disfórico	
Somática	Insomnio, fatiga y disminución en el apetito	

9.1. Factores predisponentes: Hogar disfuncional (violencia intrafamiliar), carencia de redes de apoyo, conductas autolesivas.

9.2. Evento precipitante: Perdida de la hermana en el vientre de la madre

9.3. Tiempo de evolución: 3 años

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual graven sin síntomas psicóticos

11. PRONÓSTICO

Desfavorable, debido a que carece de redes de apoyo familiar

12. RECOMENDACIONES

Intervención psicológica individual.

Intervención psicológica familiar.

Acompañamiento Académico por parte del DECE

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Ideación suicida	Que la paciente logre identificar los pensamientos de muerte, que identifique como la hacen sentir y comportarse y que explore otras alternativas, con la finalidad que los niveles de creencias de esos pensamientos disminuyan.	Registro de pensamientos	Tercera sesión	12/10/2022	La paciente desarrolla ideas alternas al suicidio, por ejemplo, se ha planteado que si muere sus seres queridos sufrirán mucho, entonces empezó a cuestionarse la viabilidad de esa opción.
Abulia, anhedonia.	Que la paciente realice	Programación de actividades.	Cuarta sesión	19/10/2022	A través del dominio y agrado de las

	actividades hasta que despierte en ella la motivación y vuelva a sentir placer por realizar cada una de estas actividades, con la finalidad de que el paciente no recurra a realizar conductas autolesivas.				actividades, se le ha designado actividades de baile y karaoke cuando experimente los cuadros depresivos, como resultado la paciente ha disminuido la tendencia de hacerse daño y aumentado la tendencia de bailar y cantar
Baja autoestima	Modificar las creencias de minusvalía de la paciente	Debate socrático	Quinta sesión	26/10/2022	Mediante el debate socrático se le hizo entender a la paciente que como ser humano tiene un valor inigualable, a lo que se observa de acuerdo con la afirmación.
Sentimientos de culpa	Atribuir las responsabilidades a quienes verdaderamente les corresponde	Técnica de retribución	Quinta sesión	26/10/2022	En conjunto con la paciente se revisaron los sucesos, y se determinaron la realidad de las situaciones, aunque se observa a la adolescente no muy convencida, pero sus sentimientos de culpabilidad disminuyeron en intensidad

Carencia de habilidades sociales	Que la paciente adquiriera nuevas habilidades sociales, las ponga en práctica y pueda diseñar nuevas habilidades	Role-Playing	Sexta sesión	9/11/2022	Se observa la paciente con dificultades para dejar de expresarse de manera grosera, pero se observa capacidad para gesticular actitudes de cordialidad y amabilidad, así como también se observa control de impulsos.
----------------------------------	--	--------------	--------------	-----------	---

Firma del pasante

5.2. Anexo B. ISB

APÉNDICE 3 Escala de Ideación suicida de Beck: EBIS

EBIS

Fecha 13/09/2022 Carrera Psicología Edad 16
de Corvito.

Lea cuidadosamente este cuestionario. Marque con un círculo el número de la frase de cada grupo que mejor lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

I CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA

1. Su deseo de vivir es:
0. Moderado a fuerte
1. Mediano o poco (débil).
2. No tengo deseo (Inexistente).

2. Su deseo de morir es:
0. No tengo deseos de morir.
1. Pocos deseos de morir
2. Moderado a fuerte.

3. Sus razones para Vivir/Morir son:
0. Vivir supera a morir.
1. Equilibrado (es igual).
2. Morir supera vivir.

4. Su deseo de realizar un intento de suicidio activo es:
0. Ninguno (inexistente).
1. Poco (Débil).
2. Moderado a fuerte.

5. Realizar un intento de suicidio pasivo:
0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.
2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

Nota: Si la puntuación en los reactivos 4 y 5 es "0" -Deje de contestar el cuestionario -

II CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS

6. Su duración de Pensamientos/Deseos son:
0. Breves, duran poco tiempo o pasajeros.
1. Temporadas o periodos largos.
2. Duran un tiempo largo o continuo.

7. Su frecuencia de Pensamientos/Deseos son:
0. Rara vez, ocasionalmente (baja)
1. Frecuentemente pienso/deseo
2. Casi todo el tiempo pienso/deseo

8. Su actitud hacia los Pensamientos/Deseos es:
0. Rechazo los pensamientos/deseos
1. Ambivalente; indiferente.
2. Aceptación de pensamientos/deseos

9. Su Control sobre la acción/deseo de suicidio:
0. Tiene capacidad de control
1. Inseguridad de capacidad de control
2. No tiene capacidad de control

10. Sus Razones o motivos que detienen la tentativa suicida. (familia, religión, irreversibilidad o fallar):
0. No lo intentaría porque algo lo detiene.
1. Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
2. No tiene o mínimo interés en las razones que detienen.

11. Sus razones para Pensar/Desear el intento suicida:
0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.
1. Combinación de 0 - 2.
2. Escapar, acabar, manera de resolver problemas.

Indicar cuáles son estos factores que detienen la tentativa.....

1

III CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO

12. El método: Especificidad/Oportunidad de pensar el intento:
- 0. Sin considerar método o plan
 - 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.
 - 2. Plan elaborado, detalles elaborados y bien formulados.
13. El método: Disponibilidad/Oportunidad de pensar el intento:
- 0. Método no disponible; no oportunidad.
 - 1. Método requeriría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
 - 2. Método y oportunidad disponible.
 - 2^a Oportunidad en el futuro o disponibilidad de anticipar el método.
14. La Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento:
- 0. No tiene el valor, o capacidad. (debilidad o asustado).
 - 1. No está seguro de tener valor o capacidad.
 - 2. Está seguro de tener valor.
15. La expectativa de anticipación de un intento real:
- 0. No
 - 1. Sin seguridad, sin claridad.
 - 2. Si.

IV ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO

16. La preparación real de realizarlo:
- 0. Ninguna preparación
 - 1. Alguna preparación (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
 - 2. Completa (preparativos terminados)
17. La Nota Suicida:
- 0. No ha escrito nota o carta (ninguna)
 - 1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.
 - 2. Nota o carta escrita (terminada)
18. Ha realizado acciones finales para preparar suicidio (testamento, arreglos, o pagos, regalos):
- 0. No
 - 1. Pensamientos de realizar algunos arreglos finales.
 - 2. Planes realizados y arreglos finales
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida
- 0. Revela las ideas abiertamente.
 - 1. Evita o revela las ideas con reserva.
 - 2. Encubre, oculta o engaña y miente.
20. Intento de suicidio anteriores
- 0. No ha intentado
 - 1. Uno
 - 2. Más de uno

*1 vez con pastilla
conforme lo voy
y de acuerdo a lo que voy a hacer.*

le he hablado con él y le he hecho la carta

*se le ha ido las venas x lo amorio.
con un penito, cosa que admito
solo le sangro 2 días*

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.

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.


No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago.
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
 Estoy mucho menos interesado por el sexo.
 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

No he perdido.

Dr. Heróim

5.4. Anexo D. ERSP



Ministerio de Salud Pública

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

Nombre completo: *M.J. Y. A.* N° HCL

Fecha de aplicación:

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SI	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO
Puntuación total	7	8

PUNTUACIÓN

Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto. Cada respuesta negativa evalúa 0 puntos. La puntuación total oscila entre 0 y 15

INTERPRETACIÓN

A mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.

1