



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO



DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)
DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICOLOGO CLÍNICO

PROBLEMA:

HOGAR DISFUNCIONAL Y SU INCIDENCIA EN EL CUTTING EN UNA
ESTUDIANTE

AUTORA:

BLANCA ANGELICA MORETA MOREJON

TUTORA:

MSC. SILVIA DEL CARMEN LOZANO CHAGUAY

BABAHOYO - FEBRERO/2020





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO



AGRADECIMIENTO

El agradecimiento es para Dios que me ha bendecido para que pueda salir hacia adelante a pesar de todo lo que tuve que pasar para llegar a donde estoy ahora, para mi mamá que me apoyado durante todo este proceso, a mi hermano que me ayudo a cumplir este sueño, a todas las personas que extendieron su mano de apoyo.

Agradezco a mi tutora por impartirme sus conocimientos, corregirme cuando algo estaba mal y a la vez enseñarme como debía de hacerlo.

A la Universidad Técnica de Babahoyo por brindarme la oportunidad de ser parte de la misma y cumplir con mi sueño anhelado de ser psicóloga clínica y a la vez a mis docentes a todos y cada uno de ellos que me enseñaron sus cátedras para que pueda formarme como profesional y lograr hacer este trabajo para poder titularme.





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA
EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO



RESUMEN

Este estudio de caso tiene como objetivo determinar la relación que existe entre el hogar disfuncional y el cutting en una estudiante de la Unidad Educativa “Diez de Agosto” para de esta manera poder intervenir a través de un proceso de psicoterapia a la sintomatología que presenta la adolescente para ello ir de la mano de teorías que hablan acerca de estos temas, en la historia clínica aplicada y la utilización de técnicas para recolección de información, incluso con la utilización de test psicométricos, y poder obtener un diagnóstico a través del DSM 5 el cual nos da un Episodio de Depresión Mayor Moderado 296. 32 (F33.1) el mismo que lo conllevo a tener síntomas de otro trastorno como es el de autolesiones, y así de esta manera en la paciente mejorar la calidad de vida, para ello se planteó un plan terapéutico que servirá para tratar lo que está atravesando la paciente.

Palabras claves: cutting, diagnóstico, psicoterapia, técnicas





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA
EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO



ABSTRAC

This case study aims to determine the relationship between the dysfunctional home and the cutting in a student of the Educational Unit "Diez de Agosto" to thus be able to intervene through a process of psychotherapy to the symptoms presented by the adolescent to do this go hand in hand with theories that talk about these issues, in the applied medical history and the use of techniques for collecting information, even with the use of psychometric tests, and to be able to obtain a diagnosis through DSM 5 on which gives us a Episode of Moderate Major Depression 296. 32 (F33.1) the same that led him to have symptoms of another disorder such as self-injury, and thus in this way in the patient improve the quality of life, for this A therapeutic plan was proposed that will be used to treat what the patient is going through.

Keywords: cutting, diagnosis, psychotherapy, techniques



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO	2
JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVO GENERAL	2
SUSTENTOS TEÓRICOS.....	3
Hogar	3
Disfuncionalidad	3
Familia	3
Familia disfuncional.....	3
Función social de la familia.....	4
Características de la Familia disfuncional	5
Causas y consecuencias.....	5
Cutting	6-7
Factores de riesgo.....	8
Teoría sobre las autolesiones desde una visión psicológica.....	8
Condicionamiento operante.....	8
Psicoanálisis	9
Influencia de la familia en la práctica del cutting	9
Enfoque cognitivo conductual.....	10
Criterios propuestos	11
Características diagnósticas.....	12
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	13
Observación directa.....	13
Entrevista	13
Pruebas psicométricas	13
Escala de ansiedad de Hamil	14
Escala de depresión de Beck	14
Test de la familia.....	14
RESULTADOS OBTENIDOS	14
Descripción del caso	14
Datos de identificación de la paciente	14
Motivo de consulta.....	15
Evaluación del caso.....	15
Primera sesión	15
Segunda sesión.....	15
Tercera sesión	15
Cuarta sesión.....	15
Quinta sesión.....	16
Sexta sesión.....	16
Séptima sesión	16
SITUACIONES DETECTADAS (HALLAZGOS).....	16
Desarrollo del caso.....	16
Área Cognitiva	17
Área Conductual	17
Síntesis psicodiagnóstico del cuadro psicopatológico	17
SOLUCIONES PLANTEADAS	18
Sesión 1.....	18
Sesión 2.....	18
Sesión 3.....	19
Sesión 4.....	19
CONCLUSIONES	20
RECOMENDACIONES	20
BIBLIOGRAFÍA	21

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso se refiere al tema hogar disfuncional y su incidencia en el cutting en una estudiante, siendo los hogares disfuncionales aquellos hogares donde hay conflictos o también donde los padres son separados, el cutting se define como las autolesiones que se provoca el individuo a si mismo con objetos cortopunzantes, ocasionándose daño, obteniendo de esta manera placer, buscando aplacar el dolor emocional que están sintiendo.

Este trabajo se realiza debido a que en la actualidad cada vez más se incrementan los casos de cutting en adolescentes, el mismo nos permitirá dar a conocer los factores causales que conllevan a los adolescentes a provocarse las autolesiones o más conocido como cutting, los cuales han surgido a raíz del incremento de hogares disfuncionales.

Por lo que se utilizará las líneas de investigación de prevención y diagnóstico y la sublínea trastornos del comportamiento y su impacto en el proceso de enseñanza aprendizaje, para de esta manera poder conocer los motivos que los conllevan a autolesionarse, si estos se relacionan al entorno familiar, aplicando un enfoque cualitativo, de alcance correlacional, transversal, a través de los métodos teórico y empírico, mediante la aplicación de sus diferentes técnicas, como son las entrevistas, test, observación directa, para la intervención el uso terapéutico de la terapia cognitivo conductual.

Este trabajo se desarrolla justificado en la importancia que este tema tiene en la actualidad y a su vez también brindar aportes y beneficios a los beneficiarios directo, a la Institución educativa, Universidad Técnica de Babahoyo, a todo el grupo de profesionales en Psicología que obtenten un título, para brindar orientación transcendental por medio de los resultados obtenidos, alcanzando los objetivos planteados, concluir y recomendar puntos importantes para la sociedad actual.

DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo es de gran importancia, ya que se realiza para identificar si el hogar disfuncional está incidiendo en el cutting en una estudiante, debido a que esto está repercutiendo en la adolescente en su salud mental, para lo que se requiere realizar una valoración psicológica para conocer que está aconteciendo para que se practique el cutting.

El mismo que aportará con abordaje terapéutico, con la finalidad de brindar soluciones terapéuticas para que se pueda resolver la problemática, de la adolescente para de esta manera mejorar su calidad de vida, orientar a los padres de familia, y adolescentes que estén siendo víctimas, teniendo como objetivo identificar la incidencia del hogar disfuncional en el cutting, el mismo que se verá comprobado durante todo el proceso a realizarse.

El impacto que tiene es tanto para la adolescente la cual fue sujeto de estudio como para mí como futura profesional en psicología, fue factible ya que se contó con las técnicas apropiadas, teorías, el lugar, tiempo, y sobre todo con la información necesaria que brindo la adolescente.

OBJETIVO GENERAL

❖ Determinar los factores de riesgos de un hogar disfuncional y su incidencia de en el cutting de una estudiante de la Unidad Educativa “Diez de Agosto” del Cantón Montalvo, Provincia de Los Ríos, para la intervención terapéutica.

SUSTENTOS TEÓRICOS

Hogar

Domicilio habitual de una persona y en el que desarrolla su vida privada o familiar.

Disfuncionalidad

Es aquello que no funciona como corresponde, que no cumple adecuadamente su fin, por alguna alteración física, química o conductual.

Familia

Es un grupo de personas unido por un vínculo de pareja, consanguíneo o de algún otro tipo de situación, en la que los individuos hagan vida en conjunto y los una algún tipo de lazo. Es considerada como la base de la sociedad, pues desde los primeros tiempos, la familia ha tenido presencia en los grandes acontecimientos de la humanidad.

Familia disfuncional

Según, Jorge Martija, (2014) define a la familia disfuncional como aquella que emplea pautas insanas para relacionarse, ello conlleva un deterioro claro de la salud mental o física de sus miembros, es toda familia que no es capaz de proveer lo necesario para que los hijos crezcan sanos (tanto física como emocionalmente) y felices.

Una familia disfuncional es aquella en que los miembros juegan papeles rígidos y en la comunicación está severamente restringida a las declaraciones que se adecuan a esos roles. Los miembros no tienen libertad para expresar todo un espectro de experiencias deseos, necesidades, sentimientos, sino que deben limitarse a jugar el papel que se adapte al de los demás miembros de la familia. (Norwood, 2014)

Función social de la familia

Es la responsabilidad de la familia promover la educación y el buen comportamiento ante el medio social. Asimismo, educar a sus miembros bajo los valores morales y sociales, esenciales para el proceso de socialización del niño.

En un escenario ideal, en la familia debe prevalecer la armonía, confianza, seguridad, respeto, afectos, protección y el apoyo necesario ante la resolución de problemas.

En este sentido, la familia tiene al menos dos funciones, una referida a los niños y otra a los adultos:

1. En cuanto a los niños, la familia tiene por función formarlos para que estos aprendan a salir de sí mismos a relacionarse con las demás personas en igualdad, respeto a las necesidades y diversidad.

2. En cuanto a los adultos, brindar espacios para superar la instalación en sus rutinas y crear actitudes de apertura, flexibilidad, solidaridad y encuentro mutuo.

Los hogares en los cuales no hay respeto de un individuo hacia otro desde un inicio, a la larga tienden a tornarse conflictivos o problemáticos llegando a destruirse poco a poco empezando por el estado psicológico de cada miembro de la misma, continuando con el entorno familiar en ocasiones estos patrones de conducta suelen venir de generación en generación continuando hasta que alguien de la familia ponga un alto, decida hacer la diferencia con la familia que ha formado, y convertir ese hogar disfuncional en un hogar funcional.

En estas familias los roles no son respetados por ende se dan los conflictos, siendo difícil realizar un cambio por ello es recomendable buscar ayuda psicológica, para cesar esta problemática, de esta forma modificar sus conductas, las constantes peleas en éstos hogares llevan a unos matrimonios a separarse mientras que otros al abandono del mismo, e incluso caer en adicciones, o en casos extremos en femicidio, suicidio o ser víctima de otros trastornos, en estos hogares los miembros del mismo no permite que se puedan cumplir las necesidades que cada uno tiene como

persona, impidiendo que la familia cumpla la función que tiene dentro de la sociedad, y por supuesto dentro del grupo familiar.

En el mundo no hay familias ejemplares. No existe familia que no tenga problemas, a simple vista las dos tipos de familias tienen problemas, tanto la funcional como la disfuncional. Las dos tipos de familia tienen, inconvenientes, peleas, riñas, pero lo que las hace diferente a la una de la otra es que los individuos de la familia estén o no conscientes de la enfermedad que hay en el hogar, las ganas, la decisión de cambiar aquello que está molestando o dañando el sistema familiar y entre cada miembro buscar la solución (Canales, 2018). Que un individuo se encuentre bien psicológicamente depende mucho del estado de salud psicológico de la familia de donde éste proviene.

La familia suele volverse disfuncional cuando no hay ningún tipo de respeto de un individuo con otro, eso no es normal ni saludable dentro de un hogar, porque es allí donde surgen los inconvenientes.

Características de la Familia disfuncional

En la lucha por el poder económico, moral o emocional, dentro del seno familiar es frecuente que surjan alianzas que literalmente subyugan a ciertas personas. Y lo más sorprendente es que la mayoría de estas relaciones anómalas se generan de forma inconsciente, es decir, nadie en la familia termina de darse cuenta de lo que realmente está sucediendo, donde también se desarrollan alianzas entre algunos de sus miembros, que pretenden de este modo alcanzar mayor poder en otros.

Entre las características de este tipo de familia podemos encontrar, una falta de capacidad para resolver los problemas de índole familiar, provocando una inestabilidad en la estructura familiar.

Causas y consecuencias

En una familia que es considerada como disfuncional se puede presentar las siguientes causas: son aquellos donde los padres están separados, divorciados que se encuentran en constante conflicto, o a su vez también padres que deberían estar ya separados por los diversos problemas que tienen pero sin embargo aún no lo hacen, allí también se encuentran los que conllevan una comunicación mala en la familia, otra

causa es la salida ya sea por migración a otro país de cualquiera de los dos progenitores ya sea solo de uno o los dos.

Entre estas causas también tenemos la ausencia de tiempo compartido de los padres con sus hijos o de sus hijos con sus padres ya sea esto en actividades tanto recreativas como sociales a lo que los adolescentes suelen decir en ocasiones nunca pasamos el tiempo en familia, en ciertos momentos los jóvenes adquieren el miedo de comunicar lo que está aconteciendo dentro de sus hogar, convirtiendo eso también como una de las causas de esta problemática, puede ocurrir también por el miedo que tienen a sus padres, puede ser porque sean estrictos o porque no hay la suficiente confianza hacia ellos.

Miembros del hogar que tienen vergüenza de ser observado con sus papas en algún lugar público y las constantes peleas que suelen darse entre los padres ya sean estos casados, separados, divorciados, lo que hacen que estos descuiden a sus hijos adolescentes...Entre las consecuencias se encuentran, la falta de confianza, de compasión y solidaridad con algunos miembros del hogar o a su vez el aprecio, cariño solo para un miembro de esta familia, puede incluso existir algún tipo de comportamiento que puede ser abusivo por parte de cualquier miembro de la familiar.

El privilegio de ciertas reglas que solo son dadas a unos integrantes de la familia mientras que a otros no se les permite sobre pasar estas reglas que estén establecidas, haciendo con esto convertirse a ese individuo en un abusador ya sea abuso físico también psicológico, o de índole sexual (Rodas & Tapia, 2014). Algunos sujetos abusadores en el hogar no respetan a nadie, hay demasiados conflictos y estos no cesan, son a diario, parejas celando el uno al otro, hijos criados haciéndole a uno más mimado que el otro sin que haya una igualdad para todos los hijos.

Cutting

Es una práctica a la que recurren algunos adolescentes para experimentar sensación de dolor que les permita afrontar depresión o encauzar emociones desagradables, como la tristeza debida a distintos factores.

Según (Triolo, 2014) menciona que el cutting es la provocación de cortes o en términos más conocidos como autolesiones en el cuerpo, utilizando instrumentos corto punzantes como, cuchillos, navajas, estiletes, vidrios rotos, o cualquier objeto que les provoque un daño físico en el cuerpo, buscando la liberación de tensiones o emociones de una alta intensidad, que el adolescente no lo puede manejar por lo que transmite a su cuerpo, pero esto no se encuentra relacionado como otras patologías como el masoquismo o en sí con impulsos relacionados a una ideación suicida (Lascano, 2017, pág. 27). Como lo ya mencionado anteriormente las autolesiones son cortes que se provocan hacia el cuerpo del individuo, para lo cual tienden a usar cierto tipo de materiales como son aquellos que son corto punzantes entre estos tenemos cuchillos, vidrios, navajas, estiletes, entre otros estos objetos utilizan para ocasionarse daño en su cuerpo para de esta manera quedar libres de tensiones que los está provocando molestias los que es muy complicado para los practicantes poder controlar por ello los conlleva hacia su cuerpo, hay que tener en cuenta que esto no está en relación con otras psicopatología.

Mientras que para Fleta et al (2017) afirman que “El concepto de autolesión generalmente hace referencia a un acto deliberado en el que la propia persona se genera daños corporales físicos sin la intención de suicidarse” (Granados, 2019, pág. 41). La autolesión se refiere a la acción de que el mismo individuo se ocasiona daño a través de lesiones en su cuerpo no con la idea de cometer un intento de suicidio.

Los adolescentes suelen ser los más vulnerables a realizarse autolesiones a diferencia de los adultos debido a que en ésta etapa de adolescencia es donde suelen estar en constante cambio tanto físico como psicológico, es la forma de soportar el dolor emocional que ellos sienten por alguna situación que estén pasando, ya sea que sientan ira, o cuando se encuentren frustrados entonces acuden a autolesionarse para liberar esa tensión que tiene en ese momento, si no lo hacen estos pueden en algún momento estallar, esto les brinda tranquilidad pero solo de forma momentánea.

Las autolesiones no suelen ser tan profundas en algunos casos, pero en otros sí suelen ser de profundidad o incluso de gravedad.

Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo suelen encontrarse más comúnmente en mujeres que en hombres, féminas que pueden tener una edad entre los 15 a 25 años, haber nacido de un embarazo no deseado, sufrir de acoso escolar por sus compañeros del salón, haber sido víctima de abuso sexual, ser víctima de violencia ya sea dentro o fuera del hogar, muerte de algún ser querido o también duelo por abandono de algún miembro del hogar, ser discriminados por sus familiares o amigos.

Otro de los factores también está la familia del adolescente la cual tiene un papel importante ya sea para que el joven tienda a autolesionarse o no. Dentro de la familia es en donde se forman los valores, las bases fundamentales para tener un adolescente sano tanto física como psicológicamente, sobre todo que haya la confianza en sus progenitores para que éste pueda contar cualquier problema que le esté ocurriendo sin temor o miedo alguno.

Teoría sobre las autolesiones desde una visión psicológica

Condicionamiento operante

Este aporte nos da a conocer desde su teoría más acerca de la autolesión o cutting que suelen provocarse los adolescentes.

Para explicar la autolesión (automutilación) en términos de condicionamiento operante, se parte de dos paradigmas. Uno es el que los individuos que se autolesionan tienen un reforzamiento positivo al llamar y obtener la atención, y por ende tienden a repetir estos actos. Una de las implicaciones de esta teoría es que la estimulación sensorial asociada al auto daño podría servir como reforzador positivo y en consecuencia ser un estímulo para el autoabuso en el futuro. El otro paradigma plantea que los individuos que se autolesionan lo hacen para remover estímulos adversos o condiciones desagradables (emocionales, físicas). (Díaz & Hurtado, 2015, pág. 37)

El condicionamiento operante nos explica a través de dos paradigmas cierta proyección que tiene los adolescentes para autolesionarse el primero es que los jóvenes que suelen autolesionarse lo hacen para llamar la atención por ello suelen repetirlo en constantes ocasiones el segundo paradigma nos dice que es para de esta forma recabar estímulos dañinos o momentos desastrosos.

Psicoanálisis

El psicoanálisis también enfoca su teoría a los individuos que se autolesionan para ello da desde la misma su punto de vista.

Las personas que se autolesionan, son aquellas que según el psicoanálisis presentan una falla en el control de impulsos y la ansiedad exacerbada ante alguna posible pérdida del objeto amado e idealizado, es característico en ellos que la ira y la agresión se vuelven incontrolables y al no poderse manifestar abiertamente en el mundo exterior por las diversas limitantes que creen tener, vuelcan dicha agresión contra su propio cuerpo, siendo la piel el órgano elegido. (Cárdenas & Reinoso, 2017, pág. 8)

Los jóvenes que se autolesionan tienden a presentar problema para poder controlar sus impulsos o también la ansiedad que se presente debido a que ha sufrido alguna pérdida ya sea de algún ser amado por ende suelen llenarse de ira o volverse agresivos, por ello no pueden demostrar libremente al mundo sino que aquella agresión la hacen hacia sí mismo es decir a su mismo cuerpo.

Influencia de la familia en la práctica del cutting

En una investigación realizada con la familia de adolescentes que suelen practicarse cutting se encontró que en ellos existe poco efecto positivo y casi no hay cohesión en el hogar. Los problemas, peleas familiares son los factores de gran validez para que se de en los jóvenes conductas autolesivas y se tiene en cuenta que en si durante la vida del paciente ha existido ya sea rechazo, u abuso, también abandono, estos individuos tienen una gran probabilidad de autolesionarse ya que creen que esa es la mejor manera de aplacar su dolor emocional el cual lo traslada a este tipo de situaciones. Por eso es de mucha importancia que el adolescente pueda expresarse, para ello debe poseer el apoyo, ayuda necesaria si por lo contrario esto no ocurre hay el riesgo de que se de esa conducta agresiva. (Hurtado, 2018).

Durante la toda la vida el individuo tiende a tener diferentes tipos de conducta depende de la situación que esté atravesando y a su vez busca diferentes formas de escape entre eso esta las autolesiones no suicidas que se practican los niños,

jóvenes siendo un factor de gran peso la familia, cuando le está pasando algo en su vida es el reflejo de que algo mal anda en la familia debido a que por esos ellos tienden a buscar huir de esas situaciones.

Enfoque cognitivo conductual

Este enfoque permite trabajar con los pensamientos del individuo para de esta manera hacer que se modifique su conducta, a la vez también mejorar su estado emocional.

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976). Sus cogniciones (“eventos” verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores. ...La terapia se centra en “síntomas objetivo” específicos (por ejemplo, los impulsos suicidas). Se identifican las cogniciones que están a la base de dichos síntomas (por ejemplo, “Mi vida es completamente inútil, carece de valor, y yo no puedo cambiarla”) y se someten a una investigación lógica y empírica. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010, págs. 13-14)

Ésta terapia tiene su propio procedimiento de ésta forma pretenderá a través del mismo el cual es activo directivo ayudar a los pacientes a resolver problemas de índole psíquico que le estén ocasionando algún tipo de malestar como puede ser a tratar la ira, ansiedad, fobias, entre ellos también la depresión y algunos otros problemas que se encuentre relacionados con el dolor, basándose en que los efectos que se producen en la conducta del individuo se da por la manera en como este estructura su mundo.

Criterios propuestos

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (APA, 2014) En los criterios propuestos se encuentran.

A. En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p. ej., cortar, que-mar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado (es decir, no hay intención suicida).

Nota: La ausencia de intención suicida o bien ha sido expresada por el individuo, o bien puede inferirse de la realización repetida por parte del individuo de comportamientos que sabe, o ha aprendido, que no es probable que tengan como resultado la muerte.

B.El individuo realiza los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:

1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo.
2. Para resolver una dificultad interpersonal.
3. Para inducir un estado de sentimientos positivos.

Nota: El alivio o respuesta deseados se experimentan durante o poco después de la autolesión, y el individuo puede presentar patrones de comportamiento que sugieren una dependencia de realizarlos repetidamente.

C. Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes:

1. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo.

2. Un período de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto.

3. Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúan.

D. El comportamiento no está aceptado socialmente (p. ej., *piercings*, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural), y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.

E. El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento.

F. El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos, el delirium, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipias repetitivas.

Características diagnósticas

Para el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (APA, 2014) la característica esencial de la autolesión no suicida es que el individuo se inflige lesiones superficiales aunque dolorosas en la superficie de su propio cuerpo de una manera repetida.

El objetivo habitualmente es reducir las emociones negativas como la tensión, la ansiedad y el autorreproche, o resolver una dificultad interpersonal. En algunos casos, la lesión se concibe como un autocastigo merecido. El individuo a menudo refiere una sensación de alivio inmediato que tiene lugar durante el proceso. Cuando el comportamiento aparece con frecuencia, puede asociarse con una sensación de urgencia y de ansias, ocasionando un patrón de comportamiento que se asemeja a una adicción. Las heridas infligidas pueden hacerse más profundas y más numerosas.

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Observación directa

Este tipo de técnica se usó para poder identificar la conducta en la adolescente tanto en su contorno social y familiar, para poder detectar el problema que se esté suscitando o afectando en el diario vivir de la misma.

Con el uso del instrumento la guía de observación la cual permitió comprobar la conducta, a través de preguntas que se iban marcando la respuesta de acuerdo a lo observado a la adolescente.

Entrevista

Esta técnica se utilizó en la cual se estableció el raptor con la adolescente para que se lleve a cabo una buena relación terapéutica se tomó los datos principales donde se indago acerca del hogar, y su problema de autolesión que está atravesando la paciente, también se obtuvo información acerca de sus padres, demás familia, su infancia, luego se planteó posibles soluciones para lo cual se utilizó la como base para una buena recolección de información.

Como instrumento la historia clínica brindada por la Universidad Técnica de Babahoyo la cual se recogió la información necesaria hacer que la vida de la adolescente motivo de consulta, historia personal, historia familiar, exploración del estado mental, algunas psicopatologías que haya tenido la paciente i este teniendo en la actualidad.

Pruebas psicométricas

Estas pruebas permitió medir la relación que la paciente tiene con la familia, el nivel de ansiedad para poder verificar la existencia de la misma y la escala de depresión de la paciente para que permita valorar las puntuaciones de cada test para que esto permita ayudarnos con información oportuna para poder llegar a un diagnóstico luego de haber sido tomados, evaluados, con la puntuación adecuada.

Escala de ansiedad de Hamilton

Es un test el cual tiene 14 ítems de los cuales 13 hace referencia signos y síntomas sirven para medir la severidad de ansiedad en el ítems último se valora el comportamiento que tiene el paciente durante la entrevista.

Escala de depresión de Beck

Este test está compuesto por 21 ítems permite evaluar la depresión este test es utilizado para casos clínicos el cual evalúa la depresión tanto en pacientes adultos como para adolescentes.

Test de la familia

Este es un test proyectivo el cual permite de cierta manera poder medir la relación del paciente con cada uno de los miembros de la familia el cual da a notar resultados en el inventario de la relación, los conflictos, afectos, y la comunicación, la prueba tiene una duración de 10 minutos, y los materiales a utilizar son una o dos hojas de papel bon, un lápiz y borrador, se aplica de forma individual. Se evalúa a niños desde 5 años ha adolescente de 16 años de edad.

RESULTADOS OBTENIDOS

Descripción del caso

Datos de identificación de la paciente

Martha de 15 años de edad, de sexo femenino, estado civil soltera, estudiante de primer año de bachillerato, vive en Montalvo, con sus dos hermanas pequeñas de parte de madre la una de 6 años y la otra de 11 meses, junto con su madre que tiene 38 años y su padrastro de 42 años. Remitida por la inspectora de la unidad educativa.

Motivo de consulta

Paciente tiene un bajo rendimiento académico, menciona que dentro de su hogar tiene problemas y suele cortarse los antebrazos con gillette, debido a que suele sentirse sola, triste y sin que nadie la comprenda.

Evaluación del caso

Para este estudio de casos se realizó siete entrevistas las mismas que fueron dadas de la siguiente forma:

Primera sesión **Fecha:** 19 de Diciembre del 2019 **Hora:** 8:30 a 9:30am

Durante esta entrevista inicial se aborda a la paciente, remitida por la inspectora de la institución, con la finalidad de obtener la mayor información sobre la estudiante y el caso, que permita identificar los factores causales y el nivel de incidencia que esta repercute sobre la problemática autolesiva, conocida como cutting

Segunda sesión **Fecha:** 23 de Diciembre del 2020 **Hora:** 8:00 a 9:00am

Se procedió a seguir recolectando más información acerca de la paciente sobre el desarrollo de la adolescencia, topología habitacional, genograma, datos de su escolaridad y sobre la conducta de la adolescente, datos que fueron recogidos mediante una guía de observación, que es un instrumento de la observación directa.

Esta entrevista fue realizada a la madre de la adolescente y contar con la respectiva autorización, para continuar con el abordaje de la paciente.

Tercera sesión **Fecha:** 3 de Enero del 2020 **Hora:** 9:00 a 10:00am

Esta entrevista permitió la recolección más profunda acerca de la sintomatología se dio también a la adolescente e indagar más sobre la problemática que se estaba suscitando en la paciente, y establecer el cuadro psicopatológico de la paciente.

Cuarta sesión **Fecha:** 6 de Enero del 2020 **Hora:** 8:00 a 9:00am

Se continúa con el abordaje psicoterapéutico, para completar la historia clínica y determinar la aplicación de las pruebas psicológica y psicométricas a la

paciente.

Quinta sesión **Fecha:** 13 de Enero del 2020 **Hora:** 8:30 a 09:30am

En esta entrevista se realizó la aplicación directa de los diferentes tests psicométricos establecidos, para conocer el tipo de relación familiar que la paciente sostiene con sus familiares y determinar los factores de riesgos y el nivel de incidencia en la adolescente sobre el cutting.

Sexta sesión **Fecha:** 20 de Enero del 2020 **Hora:** 9:30 a 10:30am

Esta entrevista fue realizada a la madre y a la adolescente para dar a conocer el diagnóstico de la paciente, explicar la aplicación de la terapia, a través de la técnica de la psicoeducación y la reestructuración cognitiva

Séptima sesión **Fecha:** 27 de Enero del 2020 **Hora:** 9:00 a 09:30am

Psicoterapia, se utilizó la técnica de reestructuración cognitiva a la paciente, para lograr la flexibilizar el pensamiento y que sustituya sus pensamientos negativos por pensamientos más positivos con la finalidad de que la paciente sea más tolerable a las situaciones adversas.

SITUACIONES DETECTADAS (HALLAZGOS)

Desarrollo del caso

Martha de 15 años hermana mayor hija del primer matrimonio de su madre, la cual solo fue reconocida por su padre y convivió con él solo por muy poco tiempo. La paciente afirma que desde que tenía 5 años empezó a sentirse con sentimientos de culpa, sola y triste y poco comprendida por su madre.

La paciente menciona que desde muy pequeña sus padres se separaron ella sufrió mucho esa separación, desde entonces vivió solo con su madre hasta los 8 años después de eso su madre se casó con quien es ahora su padrastro, menciona que la mamá la regaña mucho, 2 hermanitas pequeñas a la cual menciona “mamá quiera y prefiere más a ellas que a mí”

Tiene problemas en el rendimiento académico cuando discute con mamá no hace las tareas y se la pasa llorando toda la noche, tiene problemas para conciliar el sueño, se despierta varias veces durante la noche, problemas alimenticios, desánimo, deseos de morir. Hablamos del cutting que se estaba practicando mencionó que comenzó a hacerse por curiosidad y que ahora se ha vuelto un hábito, el cual no puede dejar de hacerlo, comenta en mi familia hay peleas, pero “es por mi culpa”, afirma que no puede parar porque la hace para sentirse mejor, ya que nadie se preocupa por ella, he llegado a pensar que es mejor morir y no molestó a nadie.

Área Cognitiva

Se observó que la adolescente tiene pensamientos automáticos, deseos de morir, su memoria a corto y largo plazo están en buen estado, debido a que ha sido alterados y tienen cierto nivel de conciencia ya que se acuerda sobre hechos que acontecieron hace años atrás, la percepción no está alterada, no presenta alucinaciones.

Área Conductual

Se identificó que Martha presenta comportamientos autolesivos hacia sí mismo tanto en el colegio como en su casa, por lo general siempre suele ocurrir cuando tiene problemas ya sea en casa o en el colegio.

Síntesis psicodiagnóstico del cuadro psicopatológico

Después de haber realizado las entrevistas psicológicas se determinó que la paciente desde pequeña ha sufrido el rechazo de su padre, y el maltrato de su madre lo que ha llevado a que su conducta se haya modificado constantemente, influenciada por los diferentes factores que se desarrollan en el sistema familiar y relacional de la paciente con sus familiares, provocando que se autolesione y surja el cutting con síntomas depresivos.

Las características de la familia son **disfuncionales**, interviniendo en sus pensamientos y emociones de la adolescente, mecanismo de defensa que surge a raíz de la problemática que es expuesta y es llevada a cabo como modo de escape de los conflictos, El caso investigado dio como diagnóstico Episodio de Depresión Mayor Moderado 296.32 (F33.1), mediante la aplicación de **la escala de depresión de Beck**, dio como resultado un puntaje de 28 que es un índice de depresión moderada.

Se le aplico también la **escala de ansiedad de Hamilton** dando como resultado un puntaje de 24, que es un rango moderado de ansiedad.

La aplicación del **El test de la familia** permitió conocer sobre las relaciones familiares y la afectividad, estabilidad y autoestima de la paciente, originando los siguientes hallazgos: pulsiones poderosas, audacia, violencia, fácil extraversión, ha perdido una parte de su espontaneidad y no vive apegada a las reglas, hermana menor personaje principal lo que considera la más importante, la admira, orden jerárquico anormal. .

SOLUCIONES PLANTEADAS

Luego de ya obtenido el diagnóstico identificado como un Trastorno es Episodio de Depresión Mayor Moderado 296.32 (F33.1), se buscó el tratamiento oportuno para reducir la sintomatología y el nivel del trastorno que presenta la paciente, impactando e interfiriendo en el sistema familiar y la calidad de vida de la paciente.

Sesión 1

Fecha: 20-01-2020

Técnica: Psicoeducación

Categoría: Conductual

Objetivo: Informar a la familia, paciente sobre el diagnóstico a su vez explicar los resultados obtenidos y el cuidado que se debe tener con la paciente

.Resultados esperados: Que la familia se involucre en la recuperación de la paciente y promoviendo un entorno mejor

Sesión 2

Fecha: 27-01-2020

Técnica: Reestructuración cognitiva

Categoría: Cognitivo

Objetivo: Identificar los pensamientos desadaptativos para reemplazarlos por pensamientos apropiados o saludables

Resultados esperados: Reducir y eliminar el malestar emocional que se está produciendo en la adolescente

Sesión 3

Fecha: 02-02-2020

Técnica: Autocontrol

Categoría: Conductual

Objetivo: Ayudar a que la paciente evite cortarse y pueda autocontrolarse

Resultados esperados: Paciente pueda reflexionar antes de autolesionarse y a la vez medir las consecuencias a las cuales esto le puede llevar si continúa haciéndolo

Sesión 4

Fecha: 09-02-2020

Técnica: Relajación

Categoría: Cognitiva

Objetivo: Disminuir las tensiones que suelen darse en el entorno familiar

Resultados esperados: Mejorar la relación con su familia

CONCLUSIONES

A través de este trabajo se llegó a la conclusión de que la paciente viene de un hogar disfuncional el mismo que incide en el cutting, provocando en la adolescente, pensamientos negativos y conductuales.

Se encontró factores de riesgo causales influenciados por el sistema familiar, escasa comunicación en las relaciones familiares, incidiendo en el aumento del cutting con características depresivas.

Se identificó que la paciente se realiza cortes con la intención de sentirse mejor con objetos cortantes como Gillette, provocando una incapacidad para la toma de decisiones, lo que ha disminuido su rendimiento tanto académico como personal.

La influencia de la familia es el factor más relevante que incide negativamente en el comportamiento de la adolescente.

El tratamiento a aplicarse en la paciente es a largo plazo y mediante el enfoque de la terapia cognitiva conductual y con el enfoque sistémico familiar.

Para lo que se hace las siguientes recomendaciones para el caso tratado:

El Tratamiento de continuarse de manera individual y familiar, para lograr que la paciente totalmente erradique sus pensamientos automáticos negativos y sus actitudes comportamentales.

Continuar realizando las técnicas en casa, para el reforzamiento de tareas agradables que sustituyan a las más desagradables.

Que la Familia se involucre en conocer las necesidades d su hija e hijas para que ellas puedan en crecer con entornos agradables y no tóxicos.

Que la paciente y familia aprendan a ser más tolerables ante las situaciones difíciles y se apoyen sin condicionamientos.

BIBLIOGRAFÍA

- Apa. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales dsm-5®. editorial apa.
- Beck, Rush, Shaw, & Emery, y. (2010). Terapia cognitiva de la depresión. España: desclée de brower, s.a., 2005.
- Canales, J. (2018). Padres tóxicos. Mexico.
- Cárdenas, & Reinoso, &. (2017). Las autolesiones en adolescentes escolarizados: causas y consecuencias en el ámbito familiar y educativo (tesis de pregrado) Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador. 8.
- Díaz, & Hurtado. (2015). "El cutting en los estudiantes de la institución educativa padre pio sarobe- distrito de santa rosa de ocopa- provincia de concepción" (tesis de pre grado) Universidad. 37.
- Granados, M. R. (2019). Desarrollo de una escala para medir la actitud hacia la autolesión en menores.
- Hurtado, S. I. (2018). La disfunción familiar y su relación con el cutting en adolescentes de 12 a 15 años del colegio de bachillerato Beatriz Cueva de Ayora en el período 2017 – 2018.
- Lascano, A. (2017). Dificultades en las relaciones interpersonales y su influencia en el cutting, en adolescentes (tesis de pre grado). Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador. 27.
- Martija, J. (2014).
- Norwood, R. (14 de 10 de 2014). Las mujeres que aman demasiado. 336.
- Rodas, R., & Tapia, y. S. (2014). Disfuncionalidad familiar y su relacion con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la unidad educativa Herlinda Toral. cuenca 2014 (tesis pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador. 18-19.
- Triolo, F. (2014).

ANEXOS

ANEXO 1

Fotografías

Imagen 1



La autora del proyecto con la tutora

Imagen 2



Aplicación de test psicométricos para poder recabar información para el diagnóstico

ANEXO 2

Guía de observación utilizada para el estudio

GUÍA DE OBSERVACIÓN			
Nombre: Martha		FECHA: 23-12-2019	
Conducta	Nada	Poco	Mucho
No presenta ganas de estudiar			X
Ha intentado hacer daño a animales			X
Es rebelde			X
Se enoja con facilidad			X
No hace las tareas			X
Solo pasa triste			X
Bajo rendimiento académico			X
Llora con facilidad			X
No le hace caso a la mamá			X
Observadora: Blanca Moreta Morejón			

ANEXO 3

Historia clínica para recolectar información sobre la adolescente

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____

Fecha: ____/____/____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: _____ Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Estado civil: _____

Religión: _____ Instrucción: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Remitente: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

- a. Genograma (Composición y dinámica familiar).
- b. Tipo de familia.
- c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

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

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

6.3. HISTORIA LABORAL

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

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

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

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

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

6.9. HISTORIA MÉDICA

6.10. HISTORIA LEGAL

6.11. PROYECTO DE VIDA

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

7.2. ORIENTACIÓN

7.3. ATENCIÓN

7.4. MEMORIA

7.5. INTELIGENCIA

7.6. PENSAMIENTO

7.7. LENGUAJE

7.8. PSICOMOTRICIDAD

7.9. SENSORIOPERCEPCION

7.10. AFECTIVIDAD

7.11. JUICIO DE REALIDAD

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo		
Afectivo		
Pensamiento		
Conducta social - escolar		
Somática		

9.1. Factores predisponentes:

9.2. Evento precipitante:

9.3. Tiempo de evolución:

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

11. PRONÓSTICO

12. RECOMENDACIONES

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos

Firma del pasante

ANEXO 4

Test de Depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil.....

Edad:.....

Sexo.....Ocupación.....Educación:.....Fecha:.....

.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con

atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.**

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mi.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.

- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

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

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

10. Llanto

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

11 Agitación

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

12 Pérdida de Interés

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

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de Energía

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

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3ª. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3ª. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

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

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

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

21. Pérdida de Interés en el Sexo

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

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

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

ANEXO 5

Test de Ansiedad de Hamilton

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre del paciente: _____

Edad: _____

Fecha: _____

Instrucciones: La lista de síntomas es para ayudar al médico o psiquiatra en la evaluación del grado de ansiedad del paciente y sin alteración patológica. Por favor anote la puntuación adecuada.

0 = Ninguno 1 = Leve 2 = Moderada 3 = Grave 4 = Muy incapacitante

Elemento	Sintomas	Punt.	Elemento	Sintomas	Punt.
1. Ansioso	Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad		9. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, pulso fuerte, sensación de desvanecimiento, ausencia de latido	
2. Tensión	Sensación de tensión, fatiga, respuesta de alarma, llanto fácil, temblor, sentimiento de inquietud, incapacidad para relajarse		10. Síntomas respiratorios	Presión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea	
3. Miedos	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solos, a los animales, al tráfico, a las multitudes		11. Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómito, borborignos, alonía intestinal, pérdida de peso, estreñimiento	
4. Insomnio	Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño insatisfactorio o fatiga al despertar, sueños, pesadillas o terrores nocturnos		12. Síntomas genitourinarios	Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia	
5. Intelectual	Dificultades de concentración, memoria reducida		13. Síntomas autonómicos	Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, mareos, cefalea tensional, erizamiento del cabello	
6. Humor depresivo	Pérdida de interés, ausencia de placer en las aficiones, depresión, despertar anticipado, variación en el día		14. Comportamiento durante la entrevista	Nerviosismo, inquieto o tranquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez facial, tragar saliva, eructos, sacudidas tendinosas enérgicas, pupilas dilatadas, exoftalmos	
7. Somático (muscular)	Dolores, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de dientes, voz titubeante, aumento de tono muscular			Puntuación total	
8. Somático (sensorial)	Tinnitus, visión borrosa, ráfagas de frío o calor, sensación de debilidad, sensación de incomodidad				

ANEXO 6

Test de la Familia

INDICADORES EMOCIONALES EN EL TEST DE LA FAMILIA: DESCRIPCIÓN, SIGNIFICACIÓN PLANO GRÁFICO Y ESTRUCTURAS FORMALES		
INDICADOR	DESCRIPCIÓN	SIGNIFICADO
Emplazamiento del dibujo en la hoja	Emplazamiento parte superior. Dibujo colocado en la parte superior en la Pág.(Tercio Superior)	Cuanto más hacia arriba se sitúan los dibujos, mayor probabilidad habrá de reflejar la huida de la realidad, buscando satisfacciones en la fantasía
	Emplazamiento parte medio. Dibujo colocado en la parte medio en la Pág.	Si el tamaño es normal indica seguridad, pero si este emplazamiento corresponde a un dibujo pequeño es indicio de una vivencia de prohibición de la expansión vital
	Emplazamiento parte inferior. Dibujo colocado en la parte inferior en la Pág.(Tercio Inferior)	Los dibujos situados en la zona inferior parecen revelar un mayor contacto con la realidad y corresponden a sujetos más firmemente arraigados
	Emplazamiento en el borde. Dibujo colocado en el borde de la Pág.	Parecen reflejar tendencias depresivas, inseguridad, necesidad de apoyo y dependencia exagerada.
Distancia entre personajes	Dibujos en estratos	La representación de los personajes en planos diferentes refleja en algún grado falta de comunicación
	Incomunicación	La distancia física refleja la distancia emocional existente entre los miembros de la familia
Tamaño	Tamaño pequeño. Las figuras tienen 5 cm. de altura o menos	Inseguridad, retraimiento y depresión
	Figura grande. La figura tiene 23 cm. de altura o más	Expansividad, controles internos deficientes, inmadurez.
	Cabeza pequeña. La altura de a cabeza es menos de un décimo de la figura total.	Sentimientos de inadecuación (capacidad intelectual, fantasías...).
Figuras Inclina da	Los ejes verticales de las figuras tienen una inclinación de 15° o más respecto a la perpendicular.	Inestabilidad y falta de equilibrio general. Sentimiento de desequilibrio mental