



UNIVERSIDAD NACIONAL DE
LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA
CLÍNICA

TEMA:

“LA DEPRESION Y SU RELACION CON LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN LOS PACIENTES QUE SON ATENDIDOS EN EL AREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA DURANTE EL PERIODO ENERO – JULIO 2011”.

*TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE PSICÓLOGO CLÍNICO*

AUTOR: JOSÉ LUIS VIVANCO RUIZ

DIRECTORA: PSI.CLI. ZHENIA MUÑOZ VINCES

LOJA- ECUADOR- 2011

CERTIFICACIÓN

Psicóloga Clínica
Zhenia Muñoz Vinces
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación de tesis titulado: ***“LA DEPRESION Y SU RELACION CON LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN LOS PACIENTES QUE SON ATENDIDOS EN EL AREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA DURANTE EL PERIODO ENERO – JULIO 2011”***, realizado por el egresado José Luis Vivanco Ruiz ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la institución.

Por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente, para que le dé el trámite correspondiente.

Loja, Octubre del 2011

Psi.Cli. Zhenia Muñoz Vinces
DIRECTORA DE TESIS

AUTORIA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en la presente tesis cuyo tema es **“LA DEPRESION Y SU RELACION CON LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN LOS PACIENTES QUE SON ATENDIDOS EN EL AREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA DURANTE EL PERIODO ENERO – JULIO 2011”**, son de absoluta responsabilidad de su autor.

José Luis Vivanco Ruiz.

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso, fuente de inspiración en mis momentos de angustia, esmero, dedicación, aciertos y reveses, alegrías y tristezas que caracterizaron el transitar por este camino que hoy veo realizado, sin cuyo aliento no hubiese sido posible.

A mi Madre que desde el cielo sé que está orgullosa deseando lo mejor para mí y en su memoria he logrado realizar este trabajo de tesis.

A mi Padre Rommel y Hermano Fabián por enseñarme que la perseverancia y el esfuerzo son el camino para lograr objetivos.

A mi Esposa Diana por su amor y apoyo incondicional en la realización de mis anhelos, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Gracias por ser parte de mi vida.

A mis Hijos Joseph y María José fuente de amor, voluntad y sacrificio en mi persona para la realización de este trabajo.

A mis Tías Olga y Francisca por su cariño, comprensión y apoyo sin condiciones ni medida. Gracias por guiarme sobre el camino de la educación.

“Hoy me comprometo conmigo mismo y con ustedes a ser mejor persona, a ser capaz de forjar y cumplir mis sueños; a ser un profesional que cumpla con sus deberes hacia la sociedad y que pueda compartir los conocimientos que me han sido otorgados, a favor de construir un mejor presente, día con día”.

José Luis.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi agradecimiento:

A la Universidad Nacional de Loja, Alma Máter, Institución que bajo el lema “En los tesoros de la sabiduría esta la glorificación de la vida”. Dándonos la oportunidad de crecer y enriquecernos con la aplicación de los conocimientos científicos- tecnológicos pero por sobre todo nos inculca la virtud de servir a su Comunidad en pro en un mejoramiento de la calidad de vida de las familias de Loja y su provincia.

Al Área de la Salud Humana por la formación académica y científica brindada así mismo a sus catedráticos incentivadores del progreso y adelanto científico de sus alumnos.

A mi Directora de Tesis, Dra. Zhenia Muñoz por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

A mi antiguo Director de Tesis, Dr. Luis Vélez por el apoyo otorgado para la realización de este trabajo a través del proyecto de tesis.

Gracias a cada uno de los maestros que participaron en mi desarrollo profesional durante mi carrera, sin su ayuda y conocimientos no hubiera alcanzado un nivel de conocimiento, que lo empleare en mi vida profesional.

Finalmente agradezco a todas aquellas personas especiales que colaboraron en la realización de este trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORÍA.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
ÍNDICE.....	VI
	<i>Pág.</i>
1. TITULO.....	7
2. RESUMEN.....	8
ABSTRACT	
3. INTRODUCCIÓN.....	12
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	17
CAPÍTULO I: LA DEPRESIÓN	
CAPÍTULO II: EL SUICIDIO	
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	45
6. RESULTADOS.....	59
7. DISCUSIÓN.....	77
8. CONCLUSIONES.....	81
9. RECOMENDACIONES.....	83
10. PLAN DE TERAPÉUTICO.....	84
11. BIBLIOGRAFÍA.....	100
12. ANEXOS.....	102

1. TEMA:

“LA DEPRESION Y SU RELACION CON LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN LOS PACIENTES QUE SON ATENDIDOS EN EL AREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA DURANTE EL PERIODO ENERO – JULIO 2011”.

2. RESUMEN:

La conducta suicida es una de las principales causas de la pérdida de la vida en el mundo y en los últimos 45 años, la tasa de suicidio ha aumentado un 60% según la OMS. Se estima que a lo ancho del mundo anualmente hay un millón de muertes por suicidio. Las tasas de intentos de suicidio son aún más sorprendentes con cerca de 10 a 20 millones de individuos que siguen esta conducta cada año. El hecho de intentar quitarse la propia vida es tan incomprensible que provoca un impacto psicológico y social que genera consecuencias intangibles. De ahí la importancia de efectuar la presente tesis en el Área de Clínica del Hospital Provincial General Isidro Ayora de la ciudad de Loja en donde son atendidos los pacientes con intentos de suicidio.

El presente estudio fue realizado en el periodo de Enero a Julio del 2011, con el objetivo de determinar la relación de la depresión con los intentos de suicidio de los pacientes ingresados en dicho Hospital.

Este estudio fue descriptivo y de corte transversal. El universo y la muestra lo constituyeron el 100% de los pacientes ingresados por intento de suicidio durante el periodo de estudio que fue de 24 en total.

Este trabajo inicia con la revisión bibliográfica dispuesta en dos capítulos, el capítulo I que trata sobre la depresión, su definición, clasificación y criterios diagnósticos, mientras que el capítulo II consta con todo lo respectivo al suicidio, definiciones, clasificación, factores de riesgo, factores protectores, señales directas e indirectas y evaluación de la conducta suicida.

Además se utilizaron Materiales e Instrumentos como la Observación Clínica, Entrevista Psicológica Clínica, Historia Clínica, con el fin de obtener datos para el diagnóstico de patología y personalidad, a más de poder describir las características socio demográficas, los factores asociados y los métodos utilizados en los intentos de suicidio; igualmente se consideraron reactivos psicológicos entre los cuales tenemos: Inventario de Depresión de Beck e Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30 para determinar la intensidad de depresión y el tipo de riesgo suicida.

Entre los resultados más relevantes podemos mencionar los siguientes: La población más afectada fue de los 15 a 30 años (83,34%), correspondiendo a los grupos de edades de los adolescentes y adultos jóvenes, la prevalencia por sexo es del (45,83%) para el masculino y del (54,17%) para el femenino, procedencia urbana (66,67%), instrucción secundaria incompleta (45,83%), ocupación quehaceres domésticos (38,46%) para el sexo femenino y albañilería (36,36%) para el sexo masculino, estado civil solteros (54,17%). La mayoría de los intentos de suicidio se efectuaron en horas de la mañana y la noche y en la casa de habitación. Entre las principales causas para el intento suicida se encontró que en el género masculino existen problemas familiares (30%) y abuso de sustancias psicoactivas (25%), mientras que en el género femenino existe violencia intrafamiliar, abuso físico sexual o verbal (34,62%), y rupturas sentimentales (19,23%). El método utilizado en su mayoría fue el uso de compuestos órgano fosforados (72,73% para el sexo masculino y 53,85% para el sexo femenino) e intoxicaciones medicamentosas (9,09% para el sexo masculino y 23,08 para el sexo femenino). La intensidad de depresión encontrada en mayor índice fue la grave (54,55% para el sexo masculino y 69,23 para el sexo femenino), del mismo modo se evidencio alto riesgo suicida (72,73% para el sexo masculino y 84,62% para el sexo femenino).

Ante la identificación de esta casuística se procede a elaborar un plan terapéutico destinado a mejorar los estados de depresión a través de técnicas cognitivas que permitan saber la estructura del pensamiento de cada paciente, de este modo se le ayuda a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales además de promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que originen a su vez pensamientos y habilidades más adaptativas.

ABSTRACT

Suicidal behavior is a major cause of loss of potential life in the world and in the last 45 years, the suicide rate has increased by 60% according to OMS. It is estimated that across the world every year there are one million suicide deaths. The rates of suicide attempts are even more striking with about 10 to 20 million individuals who follow this conduct every year. To try to take his own life is so incomprehensible that causes psychological and social impact generated intangible consequences. Hence the importance of making this thesis in the Area of Provincial General Hospital Clinical Isidro Ayora in the city of Loja where they are cared for patients with suicide attempts.

This study was conducted from January to July 2011, in order to determine the relationship of depression with suicide attempts of patients admitted to the Hospital.

This study was descriptive and cross-section. The universe and the sample was constituted by 100% of patients admitted for attempted suicide during the study period was 24 in total.

This work begins with literature review provided in two chapters, Chapter I, which is about depression, its definition, classification and diagnostic criteria, while Chapter II consists with everything about suicide, definitions, classification, risk factors, protective factors, direct and indirect signs of suicidal behavior assessment.

Materials were also used and tools such as clinical observation, clinical psychological interview, medical records, to obtain data for diagnosis of pathology and personality, more able to describe the sociodemographic characteristics, associated factors, and methods used in suicide attempts; also considered psychological reagents among which are: Beck Depression Inventory and Inventory of Suicide Guidelines ISO-30 to determine the intensity of depression and suicide risk rate.

Among the most relevant results we mention the following: The most affected was 15 to 30 years (83.34%), corresponding to the age groups of adolescents and young adults, the prevalence by gender is (45, 83%) for males and (54.17%) for females, from urban areas (66.67%), incomplete secondary education (45.83%), occupation, household chores (38.46%) for females and masonry (36.36%) for male gender, unmarried status (54.17%). Most suicide attempts were made in the morning and night in a house. The main causes of suicide attempts was found that male gender are family problems (30%) and psychoactive substance abuse (25%), while in females there is domestic violence, physical abuse, sexual or verbal abuse (34, 62%) and breakup (19.23%). The method used most was the use of organo-phosphorus (72.73% for males and 53.85% for females) and drug intoxication (9.09% for males and 23.08 for female). The intensity of depression was found in the grave highest rate (54.55% for males and 69.23 for females), just as is evidenced high suicide risk (72.73% for males and 84.62% for females).

With the identification of this casuistry proceeds to develop a treatment plan to improve the states of depression through cognitive techniques that allow the structure to know the mind of each patient in this way helps you understand how cognitions influence their emotions and dysfunctional behaviors and to promote new learning or corrective experiences that create in turn more adaptive thoughts and skills.

3. INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de salud pública y es considerado una de las tres primeras causas de muerte entre personas de 15 a 44 años de edad. Durante los últimos 50 años según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las tasas de morbilidad a causa del suicidio han incrementado en un 60%. Cada año se suicidan más de un millón de personas. Cada 40 segundos una persona se quita la vida en algún lugar del mundo, Cada 3 segundos una persona intenta quitarse la vida de forma fallida, por cada persona que se quita la vida hay 20 que fallan en el intento; para el año 2020 la OMS estima que el índice de suicidios a nivel global podría crecer en un 50%, es decir que aproximadamente 1,53 millones de personas morirían por esta causa alrededor del mundo siendo las sociedades que viven en el subdesarrollo y la pobreza, el blanco perfecto para el desencadenamiento de este tipo de problemática.

En el año 2009 la OMS estableció el suicidio como la 16 causa de muerte en todo el mundo con un total de 0,8 millones de muertes. Para el continente Americano se observa una gran variabilidad; las incidencias más altas se encuentran en países como Uruguay, Cuba, Canadá, Estados Unidos y Argentina con incidencias de 17,6 x 100.000, 15,1 x 100.000, 11,8 x 100.000, 10,3 x 100.000 y 10,2 x 100.000 habitantes respectivamente, los países con menor incidencia son Perú y Bolivia con incidencias de 1,9 x 100.000 y 2,3 x 100.000. Países como Colombia, Ecuador, Venezuela, Brasil, Chile y México muestran incidencias intermedias entre 3 y 7 casos por 100.000 habitantes, son cifras de alerta que nos compromete como ciudadanos, como profesionales, como familias, como instituciones educativas, y como Gobiernos, a desarrollar Programas de Intervención y Prevención del Suicidio dentro de las diferentes esferas sociales.

La evaluación del paciente con riesgo suicida es una tarea compleja, constituye a su vez un gran reto para el personal de la salud. El riesgo suicida se define como la probabilidad que tiene un individuo de cometer un acto suicida a futuro, siendo un acto suicida cualquier acción intencionada con posibles consecuencias físicas en la que se pone en riesgo la vida.

El intento suicida es el mejor predictor de un eventual caso de suicidio consumado. Este riesgo para cometer un acto suicida prevalece por varios años después de un intento suicida previo. Casi la mitad de los adolescentes repiten el intento suicida durante los siguientes 8 a 10 años posteriores al primer intento y un 17% entre el año siguiente al evento. En otros estudios se ha encontrado que entre 30% y 60% de los suicidios son precedidos por un intento previo.

Los factores de riesgo para comportamientos suicidas son numerosos y tienden a relacionarse unos con otros. El conocer cuales individuos poseen una predisposición para el suicidio y saber también cuáles de ellos tiene uno o más factores de riesgo para éste, puede ser de gran ayuda en la identificación y manejo de aquellos pacientes que necesitan mayores esfuerzos para la prevención del mismo. Las características individuales, los trastornos mentales, las condiciones médicas y los intentos suicidas previos se encuentran entre los factores de riesgo de mayor importancia.

La presencia de enfermedad mental es un predictor de suicidio. Alrededor del 90% de las personas que cometen suicidio tienen un trastorno mental. Más del 50% de los pacientes que completan el suicidio están asociados a episodio depresivo mayor, un 25% a trastorno por abuso de sustancias y aproximadamente un 10% se relaciona con trastornos psicóticos como la esquizofrenia.

La depresión constituye la patología más frecuente e importante de los suicidios consumados, se encuentra presente en el 60% de los mismos cuando se realiza autopsia psicológica, la tasa anual de suicidios en los pacientes depresivos es de 20 a 40 veces mayor que en la población general y tienen más antecedentes de tentativas suicidas, en pacientes con trastornos del estado de ánimo el riesgo de suicidio se encuentra alrededor del 15%, las tasas de intentos de suicidio encontradas en diferentes estudios oscila entre el 14% y el 50% para las depresiones unipolares y del 20% al 58% para los bipolares, la comorbilidad entre trastornos del estado de ánimo y otros diagnósticos, trastornos de ansiedad, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, trastornos de la personalidad y enfermedades medicas de alto costo aumentan considerablemente el riesgo suicida.

Existe una estrecha relación entre la depresión mayor y el suicidio, se considera que aproximadamente el 60% de las víctimas de suicidio padecían un trastorno depresivo mayor u otro trastorno del estado de ánimo, el riesgo de mortalidad por suicidio a lo largo de la vida es de 15% para las personas con trastorno depresivo mayor que requirieron alguna hospitalización, el sexo, el estado civil y la migración son los factores socio demográficos que se relacionan más directamente con el suicidio en los pacientes con trastorno depresivo mayor, la presencia de antecedentes de tentativas de suicidio se constituyen en un factor predictivo importante de suicidio.

La depresión es una entidad clínica que se constituye en un predictor de suicidio, existe una estrecha relación entre los trastornos afectivos y la propensión a causarse daño a sí mismo, aparentemente con el objetivo de encontrar algún alivio o escapar de su sufrimiento emocional, el deprimido se caracteriza por sus expectativas negativas sobre el futuro, por su desesperanza que se entiende por una sensación de dificultad extrema para alcanzar las metas propuestas, de esta forma está ausente la motivación para dar una respuesta adecuada a lo cotidiano y se presentan déficits cognoscitivos que interfieren con un nuevo aprendizaje por el abatimiento motor y emocional, por lo tanto la desesperanza se correlaciona positivamente con la ideación suicida y se le considera como un factor clave en relación entre la depresión y el suicidio.

Los síntomas clínicos de la depresión como el insomnio, el descuido personal, la anhedonia, la desesperanza y la comorbilidad con el abuso o la dependencia de alcohol, aumentan el riesgo suicida, en cuanto a los pacientes con trastorno depresivo mayor que han presentado tentativas de suicidio se ha encontrado un incremento de conductas agresivas e impulsivas, sobre todo en personas jóvenes entre 18 a 40 años, esto se hace más evidente cuando se acompaña a trastornos de la personalidad del grupo B especialmente el trastorno límite de la personalidad.

La conducta suicida debe ser considerada como un proceso que se inicia con los pensamientos de quitarse la vida y la desesperanza, hasta llegar al suicidio consumado, todo este fenómeno suicida suele estar asociado en el 90% de casos a una patología psiquiátrica siendo los más importantes los trastornos del estado

de ánimo, los trastornos de la personalidad, el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas, la esquizofrenia entre otros, por lo tanto se requiere realizar un diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz con el objetivo de disminuir la mortalidad de este problema de salud pública que es el suicidio.

En vista de la enorme incidencia a nivel de nuestra ciudad de esta problemática y de sus secuelas a nivel individual del paciente, a nivel familiar y a nivel social he creído conveniente realizar este trabajo Investigativo titulado “La Depresión y su relación con los intentos de suicidio en los pacientes que son atendidos en el Área de Clínica del Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja durante el periodo Enero a Julio 2011”.

Es oportuno dar una breve explicación de las partes constitutivas del presente estudio para ampliar la visión del mismo. Así inicialmente se hace una revisión de la literatura en donde se encuentran los conceptos, explicaciones e ilustraciones teóricos –científicas de la depresión y el suicidio.

Luego se indica los materiales y métodos utilizados, explicando su utilidad, su forma de aplicación y validez, permitiéndonos utilizarlos como herramientas que ayudan a determinar estados de depresión y riesgo suicida, además a través de la Historia Clínica Psicológica y la Observación nos permitimos conocer la Historia de vida del paciente, sus pensamientos, comportamientos y factores predisponentes que afectan la psiquis del paciente.

A continuación se realiza los resultados del presente estudio en representaciones graficas permitiendo hacer uso de la estadística descriptiva. Con estos resultados se hace una discusión tomando como referencia otras investigaciones realizadas con la misma temática, dicho procedimiento nos permite comparar, saber la problemática y dar más validez a la presente investigación.

Posteriormente se expone las conclusiones, producto del estudio investigativo y de mucha importancia ya que permite saber los resultados y objetivos cumplidos, además da la pauta de trabajo para tomar las disposiciones necesarias para la intervención.

Finalmente se realiza un Plan de Intervención Psicológico adecuado a las necesidades del paciente y con el fin de brindar los instrumentos y herramientas necesarias para la recuperación y mantenimiento de la Salud Mental. Las acciones en intervención psicológica en los pacientes pretenden promover la participación adecuada y oportuna con la única finalidad de disminuir las secuelas psicológicas e impacto de los intentos de suicidio.

4. REVISION DE LA LITERATURA

CAPITULO I: DEPRESIÓN

1.1 DEFINICIÓN:

La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

Si bien muchos síndromes de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, no raras veces resulta difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la comorbilidad entre trastorno depresivo y trastorno por ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. También puede concurrir la depresión con el abuso de alcohol o tóxicos, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas.

Es importante plantearse la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo a partir de datos observacionales poco específicos: deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos, marcha cansina, tono de voz bajo, facies triste o poco expresiva, llanto fácil o espontáneo en la consulta, escasa concentración durante la entrevista, verbalización de ideación pesimista, quejas hipocondríacas, alteraciones en el ritmo del sueño, quejas somáticas difusas y difíciles de encuadrar.

En lugar de la tristeza o bajo estado de ánimo, la queja principal puede consistir en la pérdida de interés y disfrute en la vida, una vivencia del tiempo enlentecida y desagradable, o falta de energía vital para las tareas más sencillas de la vida cotidiana.

Hay que tomar en consideración los datos sobre la historia personal del paciente, los antecedentes afectivos familiares, su situación social y económica.

1.2 CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA DEPRESION:

En líneas generales, son criterios comunes para las directrices tanto del DSM-IV – TR y CIE-10. Según el DSM-IV.TR se cumplen los siguientes criterios para el diagnóstico:

Trastorno Depresivo mayor, episodio único o recidivante

CRITERIO A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas (de los cuales el primero o el segundo han de estar necesariamente presentes), durante al menos un periodo de dos semanas, y que suponen un cambio importante en el paciente respecto a su actividad previa.

Síntomas principales:

- Estado de ánimo depresivo – triste, disfórico, irritable (en niños y adolescentes), la mayor parte del día, y prácticamente todos los días. Incluye manifestaciones de llanto, verbalización de tristeza o desánimo. En apreciación subjetiva, o a través de la información de personas cercanas.
- Disminución o pérdida de interés; o de la capacidad para el placer o bienestar en la mayoría de las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.

Síntomas somáticos:

- Disminución o aumento del peso; o en su ausencia objetiva, disminución o aumento del apetito, casi cada día y la mayor parte de los días.
- Insomnio o hipersomnias, casi a diario.
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz casi diariamente (constatable por personas cercanas, no sólo sensación subjetiva de enlentecimiento o inquietud).
- Sensación de fatiga o falta de energía vital casi a diario.

Síntomas psíquicos:

- También casi todos los días, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados a su situación observada. (Este síntoma puede adquirir un carácter delirante).

- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse en actividades intelectuales, casi a diario (es constatable una apreciación subjetiva o por parte de personas próximas).
- Pensamientos recurrentes de muerte (no solo un temor a morir), o ideación o planes de suicidio. Es conveniente preguntar al paciente sobre estos aspectos, que no siempre manifiesta espontáneamente, sin que el temor del psiquiatra a sugerirle ideas de muerte por el hecho de preguntarle sea fundado.

CRITERIO B. Señala el no – cumplimiento de los criterios para un episodio de trastorno afectivo mixto (síntomas maníacos y depresivos), trastorno esquizoafectivo, o trastorno esquizofrénico.

CRITERIO C. Los síntomas provocan un malestar significativo; a la vez que un deterioro en la actividad social, laboral u otras áreas de la vida del paciente.

CRITERIOS D Y E. Son criterios de exclusión. La sintomatología no se explica en relación con el consumo de una sustancia, toxica o un medicamento; ni por una enfermedad orgánica (un ejemplo típico sería el hipotiroidismo). Tampoco es simplemente una reacción de duelo ante la pérdida de una persona significativa.

1.3 CRITERIOS O INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA. Junto al cumplimiento de los criterios diagnósticos, es conveniente añadir diversas especificaciones, con el objetivo de proporcionar subgrupos diagnósticos más homogéneos, dentro de la relativa inespecificidad de un diagnóstico descriptivo o sindrómico de una depresión.

- Gravedad/ Síntomas psicóticos/ Remisión (parcial o total). En el caso de presencia de síntomas psicóticos, conviene especificar si estos son o no congruentes con el estado de ánimo.
- Cronicidad.
- Presencia de síntomas catatónicos.
- Melancolía. Criterios para su diagnóstico:
Uno de:
- Pérdida de placer en todas o casi todas las actividades.

- Falta de reactividad a estímulos que habitualmente resultarían placenteros.

Tres o más:

- Cualidad distintiva del estado de ánimo (por ejemplo distinto a la tristeza que puede provocar la muerte de una persona allegada).
- Los síntomas son más intensos por la mañana. Ritmo circadiano.
- Despertar precoz (al menos dos horas antes de lo habitual).
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz marcados.
- Anorexia o pérdida de peso significativas.
- Culpabilidad excesiva o inapropiada.
- Síntomas atípicos, como pueden ser el aumento de peso, la hipersomnía, el cansancio excesivo, la hipersensibilidad al rechazo. El síndrome constituido por síntomas atípicos se diagnostica como depresión atípica.
- Inicio en el post-parto: depresión puerperal.

1.4 ESPECIFICACIONES:

De acuerdo al número de episodios:

Episodio único:

Sólo se ha presentado un episodio depresivo mayor. Estudios demuestran que esta evolución es la menos frecuente.

Recidivante:

Este curso es el más común. Se caracteriza por la presencia de dos o más episodios depresivos mayores. Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

De acuerdo con la severidad: la clasificación se basa en el número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar.

- Leve
- Moderado
- Grave sin síntomas psicóticos
- Grave con síntomas psicóticos
- En remisión parcial/en remisión total

- No especificado

Los **episodios leves** se caracterizan por la presencia de sólo cinco o seis síntomas depresivos y por una incapacidad leve o por una capacidad de función normal, pero a costa de un esfuerzo importante e inhabitual.

Los **episodios moderados** tienen una gravedad intermedia entre los leves y los graves.

Los **episodios graves** sin síntomas psicóticos se caracterizan por varios síntomas por encima de los necesarios para hacer el diagnóstico de episodio depresivo mayor, es evidente y observable. Además de una marcada interferencia con el funcionamiento ocupacional, social.

Los **episodios graves con síntomas psicóticos** se caracterizan por presencia de ideas delirantes o alucinaciones. En la mayoría de los casos el contenido de las ideas delirantes y las alucinaciones es consistente con los temas depresivos. Estas pueden ser *congruentes* con el estado de ánimo incluyen ideas delirantes de culpa, fracaso personal, enfermedad, de ser merecedor de un castigo, ideas delirantes nihilistas, somáticas o ideas delirantes de ruina. Cuando hay alucinaciones, éstas generalmente son transitorias y no elaboradas, y pueden consistir en voces que reprenden al sujeto por sus defectos o sus pecados. Las ideas delirantes *incongruentes* con el estado de ánimo pueden ser ideas de persecución, ideas delirantes de inserción del pensamiento, ideas delirantes de difusión del pensamiento e ideas delirantes de control. Estos síntomas están asociados a un mal pronóstico. El clínico puede indicar la naturaleza de los síntomas psicopáticos mediante las especificaciones con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo y con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

1.5 TRASTORNO DISTÍMICO

La característica esencial es un estado de ánimo deprimido crónico. Ocurre la mayor parte del día con una duración mínima de dos años, sin tener período mayor de dos meses seguidos libre de sintomatología. Los sujetos con trastorno

distímico describen su estado de ánimo como triste o desanimado. Durante los períodos de depresión hay al menos dos síntomas de entre los siguientes:

- Anorexia o hiperfagia.
- Insomnio o hipersomnía
- Falta de energía o fatiga
- Baja autoestima
- Dificultades para concentrarse
- o para tomar decisiones
- Sentimientos de desesperanza
- Pérdida de intereses y aumento de la autocrítica (viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles)

Sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos. No se establece el diagnóstico de trastorno distímico si el sujeto ha presentado alguna vez un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. No se establece el diagnóstico independiente de trastorno distímico si los síntomas depresivos se presentan exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica. Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral (o escolar) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Se puede desarrollar en forma insidiosa desde la niñez o la adolescencia y en este caso es más probable que desarrolle un episodio depresivo

1.6 TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO

Incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

Trastorno disfórico premenstrual

Ocurre durante la última semana de la fase luteínica y remite a los pocos días del inicio de la menstruación. Los síntomas son depresión, ansiedad, labilidad

afectiva, pérdida de interés en las actividades. Se presentan en la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones.

Trastorno depresivo menor

Episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.

Trastorno depresivo breve recidivante

Cumple con los criterios del episodio depresivo con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses. Es incapacitante y presenta intentos de suicidio

Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia

Un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.¹

¹ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR, 2005

CAPITULO II: **SUICIDIO**

2.1 DEFINICIONES

2.1.1 Ideación Suicida

La ideación suicida puede traducir desde una venganza o un sentimiento de desesperación fugaz causados por una experiencia determinada en un momento de cólera o de frustración o pérdida, en un joven que al ser descubierto por algún delito, teme una pena disciplinaria, pasando por la preocupación tranquila, silenciosa y planeada de un individuo deprimido que se siente desesperanzado por una rumiación que le consume constantemente. La mayoría de los sujetos con ideación suicida desarrollan planes de suicidio cuando piensan en el suicidio. También se considera a la ideación suicida como una manifestación consciente sobre pensar o desear morir, a veces imaginando un Plan o Método concreto para realizarlo. ²

2.1.2 Amenaza Suicida

Expresión de la intención, sin pasar al acto, con el propósito más o menos consciente de obtener un beneficio, como protesta, venganza u oposición, imaginando o esperando provocar una respuesta en los demás. Es muy riesgoso creer que lo que se anuncia no será concretado.

2.1.3 Parasuicidio o Gesto Suicida

El término “**parasuicida**” se suele utilizar para describir las sobreingestas o cortes en la piel realizados con más frecuencia por chicas y, habitualmente, con desenlaces benignos. La mayoría de intentos evaluados en la clínica son protagonizados generalmente por chicas, y casi siempre con resultados no letales.

El gesto suicida implica que la conducta suicida se realiza sin intenciones letales, como una <<demanda de ayuda o de atención>>.

² El Suicidio/Emma Saad./Una Realidad en Latinoamérica/Pág. 24

Los intentos de suicidio son una de las conductas más reveladoras de la adolescencia y sus características epidemiológicas la **diferencian claramente de los intentos de suicidio del niño y del adulto.**

La impulsividad conductual que suele presidir la consumación de este tipo de acto plantea un problema fundamental vinculado con la fase de la adolescencia: la realización, **el paso al acto.**

Al expresar **el deseo de matar las imágenes internas** representa, asimismo, la deformación del <<proceso de duelo>> que este mismo adolescente debe llevar a cabo y, debido al ambiente depresivo que suele rodearla, el intento de suicidio plantea el **problema de la depresión** en tanto que vivencia existencial propia de la adolescencia.

Por último, el intento de suicidio **es un medio de presión utilizado contra los demás** y, debido a que el adolescente espera una respuesta por parte del adulto, en especial de sus padres, debe ser concebido como **un modo de comunicación**, un gesto último y a veces desesperado, para mantener o restablecer una relación que hasta el momento había sido deficiente.

2.1.4 Plan Suicida

Proyecto concreto, que incluye: Cómo (Con que medio), Cuándo y Donde realizarlo; elemento de enorme peligrosidad.

2.1.5 Crisis Suicida

Crisis aguda en la que se evidencia que la muerte, lograda ahora, es la única salida posible. Significa que el suicidio ya está en curso.

2.1.6 Intento de Suicidio

Comportamiento autodestructivo que fracasa en el logro de quitarse la vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el intento de suicidio como:

“Un acto sin resultados fatales, en el cual un individuo inicia deliberadamente una conducta no habitual que, sin la intervención de otros, podría causar autolesiones; o una sobreingesta deliberada de la medicación prescrita o de la dosis terapéutica generalmente aceptada con el propósito de que se produzcan cambios

ambientales y/o familiares deseados por el sujeto, a partir de las consecuencias físicas reales o esperadas.”

2.1.7 Acto Suicida

Comportamiento deliberado de quitarse la vida, con éxito fatal.

2.1.8 Conductas Autodestructivas

Son equivalentes suicidas, son formas de dejarse morir activa o pasivamente:

A. Tendencias Suicidas:

Actos violentos reiterados y sistemáticos, que colocan a la persona en situaciones de riesgo como accidentes de moto, automóvil, etc., delitos que pueden terminar en homicidio, traumatofilia, mutilaciones, etc.

Algunos *embarazos en adolescentes* permanecen a esta categoría.

B. Suicidio Crónico:

Descuido autodestructivo, lento pero continuado de la propia persona:

Adolescentes que consumen drogas en forma adictiva (alcohol, tabaco, psicofármacos en combinación con alcohol, marihuana, cocaína, LSD, pegamentos, anfetaminas, alucinógenos sintéticos, etc.).

Trastornos de la alimentación como la Anorexia Bulimia.

Afecciones producidas o agravadas por el descuido de propio cuerpo:
Enfermedades de transmisión sexual, Sida, Diabetes, Afecciones Psicosomáticas como asma, obesidad, etc.

2.1.9 Suicidio Grupal

Varios integrantes de un grupo o secta cometen suicidio colectivo.³

2.2 SIGNIFICACIONES PSICOPATOLÓGICAS DEL INTENTO SUICIDA

Es la misma en todas las etapas de la vida pero, en función de la madurez del sujeto, pueden darse significaciones que parecen adaptarse mejor a unos periodos concretos de la vida.

³ Lecciones de Psiquiatría. Conductas Autolíticas. F. Ortuño. Editorial Panamericana. Pág.: 505-507

Significados posibles:

1. **La fuga:** es el <<hecho de escapar, mediante el atentado contra la propia vida, de una situación percibida por el individuo como insoportable>>.
2. **El duelo:** <<para el sujeto es el hecho de atentar contra la propia vida como consecuencia de la pérdida de un elemento actual de su personalidad o de su sistema de vida>>.
3. **El castigo:** es <<el hecho de atentar contra la propia vida para expiar una falta real o imaginaria>>.
4. **El crimen:** es <<el hecho de atentar contra la propia vida arrastrando simultáneamente a otra persona a la muerte>>.
5. **La venganza:** es <<el hecho de atentar contra la propia vida para provocar el remordimiento de otra persona o infligirle el oprobio de la comunidad>>.
6. **La petición de socorro y el chantaje:** es <<el hecho de atentar contra la propia vida para ejercer presión sobre otra persona>>.
7. **El sacrificio y la transición:** es <<el hecho de atentar contra la propia vida para alcanzar un valor o un estado considerado superior>>.
8. **El juego de azar:** es <<el hecho de arriesgar la propia vida para probarse a Sí mismo.

2.3 VINCULOS ENTRE DEPRESIÓN, IDEAS SUICIDAS E INTENTOS DE SUICIDIO

Conviene distinguir cuidadosamente los siguientes elementos:

2.3.1 Pensamientos sobre la muerte. La mayoría de los suicidios tienen lugar durante una crisis depresiva. El suicida siente un dolor emocional que se le hace insoportable, se siente desesperado, piensa que nada cambiará en el futuro, que no puede contar con nadie que le dé su apoyo y no ve más salida a su sufrimiento que la muerte, Sin embargo, estas personas no quieren dejar de vivir; lo que verdaderamente quieren es dejar de sufrir, pero su estado mental depresivo les impide pensar en otras soluciones, estando su pensamiento centrado en los aspectos negativos de su vida expresándose en pensamientos como <<qué triste

que tengamos que morir un día>>, <<sería mejor morir que seguir viviendo>>, <<¿para qué sirve la vida?>>, etc., sin ser capaces de tener en cuenta los positivos.⁴

2.3.2 Ideas suicidas. Refieren a aquellos pensamientos que van desde el deseo de no vivir más, o el sentimiento de que la vida no tiene sentido, hasta la elaboración de planes para quitarse la vida. Se trata de **pensamientos directos de darse muerte**, ya no de morir simplemente. No todas las ideas suicidas conllevan suicidio, pues existen diversas gradaciones de la idea suicida como a continuación se refiere:

- *Idea suicida sin un método específico*, pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: “no sé cómo, pero lo voy a hacer”.
- *Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado* en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: “de cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo.”
- *Idea suicida con un método específico no planificado*, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuando lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.
- *Idea suicida planificada*, en la que el individuo desea suicidarse conoce la forma el tiempo y el lugar.

2.3.3 Intenciones suicidas. El sujeto **piensa en el modo concreto de matarse:** ingestión de medicamentos, defenestración, escarificación o herida por arma blanca, arma de fuego, ahorcamiento, etc. Previamente a la intención se pueden presentar imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.

2.3.4 Proyectos suicidas. Luego de haberlo pensado en forma prolongada, con premeditación y re-flexivamente el sujeto ha elegido un método habitualmente

⁴ www.cepvi.com/articulos/suicidio.shtml

mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir preparando la acción concreta: acumulación de comprimidos, compra de una cuerda, paso reiterado por el lugar escogido para la defenestración, etc.⁵

2.4 RELACIÓN ENTRE LAS IDEAS DE SUICIDIO, EL PROYECTO DE SUICIDIO Y EL INTENTO DE SUICIDIO

Las ideas de suicidio aumentan el riesgo de proyecto de suicidio y el riesgo de internarlo;

La presencia de un **proyecto de suicidio** asociado a las ideas de suicidio aumenta más todavía el **riesgo de paso al acto suicida**, y

El hecho de tener un **proyecto de suicidio** aumenta igualmente la duración del periodo en el que el riesgo del intento de suicidio es mayor.

Si no hay un **plan de suicidio**, los intentos de suicidio se llevaran a cabo **en el año siguiente** a la aparición de las ideas suicidas.

Las ideas suicidas son un factor de riesgo de intento de suicidio.

Los adolescentes con antecedentes que han intentado suicidarse, piensan más a menudo en la muerte en general y en su propia muerte, y preparan con más frecuencia otro paso al acto.

La presencia de antecedentes de intento de suicidio:

- Multiplica las ideas de muerte por cinco,
- Las ideas de suicidio por siete y
- Los proyectos suicidas por once.

2.5 SÍNDROME PRESUICIDA

En el que se asocian los siguientes elementos:

- a) La opresión: impresión de estar cercado; esta impresión abarca tanto las relaciones humanas, como los valores que dan sentido a la vida;
- b) Una inhibición de la agresividad, un sentimiento de rabia impotente que se vuelve contra Sí mismo, y

⁵ www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/index.shtml

c) Fantasías o fantasmas suicidas que llevan a cabo una auténtica autointoxicación acompañada de una regresión imaginaria, que provoca el hábito y el auto condicionamiento de llevar a cabo la escena fantaseada.

2.6 SÍNDROME DE TENSION PRESUICIDA

Durante las semanas que preceden al gesto suicida es frecuente que el sujeto acuda una o dos veces a la consulta del médico de la familia.

Expone quejas físicas triviales (fatiga, dolores, etc.), malestar general, y no expresa necesariamente ideas suicidas al menos de que se le interrogue de manera directa al respecto.

A muchos se les prescriben fármacos como respuesta a estas quejas triviales o a las molestias difusas, y no es raro que este fármaco sea el que se use después para el intento de suicidio.

Si se realizara una exploración detallada se reconocería que estos adolescentes suelen presentar:

- Una sintomatología depresiva,
- Con una disminución e incluso un descenso en picada del rendimiento escolar,
- Un repliegue en sí mismo,
- Trastornos del sueño, o
- Una reiterada tendencia a los accidentes.

Una pregunta directa realizada en un ambiente empático sobre ideas de autoagresión o suicidio puede revelar al clínico la realidad del sufrimiento depresivo:

- <<¿Has pensado ya alguna vez, o piensas hacerte daño?>>
- Si la respuesta es afirmativa:
- <<¿Desde cuándo?, ¿con qué frecuencia?>>
- Si la respuesta vuelve a ser afirmativa:
- <<¿Se trata de pensamientos suicidas?, ¿has pensado en ya en cómo llevarlo a cabo?>>,

Lo cierto es que una vez manifestada esta voluntad, la tarea clínica no ha hecho más que comenzar.

Puede ocurrir que el médico, en plena consulta general y con la sala de espera abarrotada, no disponga del tiempo necesario para continuar de inmediato esta exploración, pero siempre le resultara posible:

- a) reconocer con rapidez el malestar específico y comunicárselo al paciente;
- b) decirle la verdad, es decir, que ese mismo día no dispone del tiempo suficiente para evaluar correctamente todos los problemas, y
- c) que desea visitar de nuevo al paciente 2 o 3 días después para poder conversar más a fondo.

La experiencia clínica demuestra que la clara exposición de la realidad y la sinceridad demostrada al paciente le posibilita a este la espera, el regreso a la consulta confiarse a su médico con la sensación de ser escuchado e incluso comprendido.

Durante los días o las horas que preceden al intento de suicidio se suele percibir un crecimiento de la angustia:

- El individuo exterioriza el temor a <<no poder soportarlo>>, a desmoronarse.
- Al no poder resolver este aumento de tensión mediante métodos de carácter simbólico o mentalizado, llevara a cabo un paso al acto sobre su cuerpo.

2.7 SEÑALES INDIRECTAS Y PREDICTORAS DE LA CONDUCTA SUICIDA

- Cambios en los hábitos de dormir y comer.
- Retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales.
- Comportamientos rebeldes, actitudes violentas.
- Escaparse de la casa (actuaciones o acting out).
- Abandono fuera de lo común en su apariencia personal.
- Cambios pronunciados en su personalidad.

- Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse.
- Deterioro en la calidad de su trabajo escolar.
- Quejas somáticas frecuentes.
- Pérdida de interés en cosas que antes le parecían divertidas.
- Tendencia a la queja permanente.
- Apatía exacerbada, indiferencia.
- Desinterés por el orden y la limpieza, y por objetos por los cuales antes se veían entusiasmados.
- Donación de objetos estimados.

2.8 SEÑALES DIRECTAS DE LA CONDUCTA SUICIDA

- Ideación suicida concreta y pensamientos de muerte.
- Comunicaciones escritas o verbales que describen intencionalidad y a veces el plan suicida.

La presencia de estos indicios, sobre todo en una persona con antecedentes suicidas, que ha sufrido pérdidas (mudanza, partida de un amigo, duelo) o rupturas en el entorno (conflictos de separación de los padres, ruptura sentimental, etc.), hará sospechar un nuevo paso al acto y debería incitar al médico a tomar medidas concretas para proteger al sujeto:

- **Consultas más frecuentes,**
- **Reorganización momentánea del entorno de vida,**
- **Hospitalización o acogida en un hogar**

Estando la persona vulnerable ante una situación traumática inicia una crisis que potencialmente puede desencadenar una tentativa de suicidio, es necesario actuar con rapidez, y asumir una postura muy directiva, para salvar su riesgo de vida y evitar cualquier otro tipo de conducta que desencadene una autoagresión.

2.9 SÍNDROME DE LA “SEUDOCURACIÓN”

Durante los primeros días, a veces incluso ya durante las primeras horas después de un intento de suicidio, se percibe un relajamiento de las tensiones anteriores que incluye tanto una disminución del sentimiento de rabia interna del paciente como un descenso de las tensiones intrafamiliares.

Este relajamiento momentáneo, que podría compararse con un efecto de catarsis, dificulta la concienciación del suicida.

El paciente critica su gesto y trivializa las dificultades que le han conducido a este extremo y que parecen haber desaparecido como por arte de magia.

La familia más próxima, en especial los padres, se encuentran al lado del paciente, los conflictos quedan totalmente olvidados por el momento.

El paciente, aliviado por haber sobrevivido y objeto de numerosas atenciones por parte del entorno, tiende a rechazar toda ayuda propuesta, juzgándola innecesaria, mientras que los padres, presa de sentimientos contradictorios en los que se entremezclan tristeza, culpabilidad, preocupación, pero a veces también una cierta hostilidad, suelen mostrar su acuerdo con el paciente a este respecto.

Se observa una relativa relajación sintomática: el paciente parece más tranquilo, más optimista y muestra una importante tendencia a negar la existencia de cualquier malestar psíquico.

Los padres se movilizan y conceden ahora al paciente lo que le habían denegado antes.

Este acercamiento a los padres, que ofrece una seguridad momentánea, le resultara pronto difícil de soportar, ya que el gesto llevado a cabo demuestra precisamente la dificultad de desligarse, sobre todo si no se ha producido ningún cambio en las interacciones familiares.

Ese beneficio inmediato puede provocar una agudización del comportamiento suicida y favorecer las recidivas.

2.10 FACTORES ASOCIADOS A UN AUMENTO DEL RIESGO DE SUICIDIO SEGÚN LA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA DE AMÉRICA LATINA

2.10. 1 Factores Demográficos

- Edad: adolescentes y adulto mayor

- Género: masculino
- Raza: blanca

2.10.2 Factores Sociales Adversos

- Estado civil: separado, divorciado, viudo
- Orientación sexual: homosexuales, bisexuales
- Desempleo o problemas económicos
- Aislamiento social o soledad
- Profesiones específicas: policías
- Pérdida de familiar/amigo cercano
- Problemas legales
- Tenencia de armas de fuego

2.10.3 Ideación y Conductas Suicidas

- Ideas de suicidio actuales o previas
- Planes de suicidio (actuales o previos)
- Intentos de suicidio (incluyendo los intentos abortados o interrumpidos)
- Letalidad de los planes o intentos de suicidio

2.10.4 Diagnósticos Psiquiátricos

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno bipolar (básicamente en los episodios depresivos o mixtos)
- Esquizofrenia
- Trastornos ansiosos
- Anorexia nerviosa

- Trastorno por consumo de alcohol
- Trastorno por consumo de sustancias
- Trastorno de la personalidad de grupo B (sobre todo, trastorno límite de la personalidad)
- Comorbilidad de los trastornos de los Ejes I y II

2.10.5 Enfermedades Físicas

- Enfermedades del sistema nervioso
- Cáncer
- Esclerosis múltiple
- Enfermedad de Huntington
- Lesiones cerebrales o medulares
- Trastornos epilépticos
- Neoplasias malignas
- VIH-SIDA
- Trastorno por úlceras pépticas
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, especialmente en hombres
- Insuficiencia renal crónica tratada con hemodiálisis
- Lupus eritematoso sistémico
- Síndromes que causan dolor
- Alteraciones funcionales.

2.10.6 Experiencias Traumáticas en la Infancia

- Abuso sexual
- Abuso físico

- Abuso emocional

2.10.7 Aspectos relacionados con la Genética y Familiares

- Historia familiar de suicidio (sobre todo en los familiares de primer grado)
- Antecedentes familiares de enfermedad mental, incluyendo el trastorno por consumo de sustancias

2.10.8 Factores Psicológicos

- Desesperanza
- Dolor físico
- Ansiedad grave y sin remisiones
- Crisis de angustia
- Vergüenza o humillación
- Confusión psicológica
- Baja autoestima
- Vulnerabilidad narcisista extrema
- Características conductuales
- Impulsividad
- Agresividad, incluyendo violencia hacia los demás
- Agitación
- Pérdida de la función ejecutiva
- Rigidez cognitiva (visión de túnel)
- Pensamiento dicotómico
- Preocupación obsesiva

2.10.9 Características Adicionales

- Acceso a armas de fuego
- Intoxicación por sustancias (en ausencia de un Diagnóstico formal de trastorno por consumo de sustancias)
- Relación terapéutica inestable o deficiente

Igualmente, se puede establecer factores de riesgo de acuerdo al grupo etéreo, en función de la realidad y las circunstancias de cada región, que en las líneas generales podrían establecerse de la siguiente manera:

Factores de riesgo en la infancia

- Hogares disfuncionales
- Alcoholismo, abuso de drogas, trastorno de personalidad en los padres
- Depresión materna
- Maltrato verbal o físico
- Abuso sexual reciente
- Depresión infantil
- Deserción escolar
- Problemas de conducta, abuso de alcohol o drogas, violencia grupal
- Tenencia de armas de fuego
- Influencia de los medios masivos de comunicación

Factores de riesgo en la adolescencia

- Antecedentes familiares o personales de intentos de suicidio.
- Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
- Pobre comunicación entre los integrantes de la familia.

- Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
- Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes.
- Autoritarismo, pérdida de la autoridad entre los progenitores, o desautorizaciones mutuas persistentes entre ambos.
- Inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas.
- Incapacidad de los progenitores para escuchar y contener las inquietudes del adolescente y desconocimiento de sus necesidades.
- Dificultades para demostrar afectos.
- Identificación e idealización de figuras – iconos adolescentes que han cometido suicidio o que se hayan muerto.
- Hacinamiento. Convivencia en espacios pequeños que afectan a la intimidad de los miembros de la familia.
- Ausencia o abandono de figura parental, o padres conflictivos
- Embarazo temprano no planificado
- Decepción amorosa
- Comportamiento suicida en familiares o en amigos cercanos
- Maltrato o burlas de los pares o profesores
- Abuso de drogas y alcohol
- Influencia de los medios masivos de comunicación que incluye internet
- Conductas violentas en grupos urbanos
- Hostigamiento escolar

Rasgos de Personalidad que aumentan el riesgo suicida en los adolescentes

- Inestabilidad del ánimo.

- Conducta agresiva.
- Conducta disocial.
- Elevada impulsividad.
- Rigidez de pensamiento.
- Dificultad para resolver problemas.
- Fantasías de grandiosidad alternando con sentimientos de inferioridad.
- Sentimientos de frustración.
- Manifestaciones de angustia ante pequeñas contrariedades.
- Elevada autoexigencia que rebasa los límites razonables.
- Sentimientos de ser rechazado por los demás, incluyendo los padres u otras figuras significativas.
- Vaga identificación genérica y orientación sexual deficiente.
- Relación ambivalente con los progenitores, otros adultos y amigos.
- Antecedentes de haber realizado una tentativa de suicidio.
- Frecuentes sentimientos de desamparo y desesperanza.
- Falta de la capacidad de autocrítica.

En cuanto a los factores de riesgo relacionados a los grupos de jóvenes y adultos, se añade:

- Problemas de pareja informal o conyugal
- Abandono del hogar por parte del cónyuge
- Carencias económicas o deudas pendientes
- Ser objeto de acusación de un hecho delictivo
- Despido del trabajo

- Fracaso académico

Para el caso de los adultos mayores, puede agregarse:

- Factores relacionados con enfermedades médicas, terminales o crónicas discapacitantes, o complicaciones de Diabetes, Cardiovasculares, renales, gastrointestinales
- Enfermedades psiquiátricas tales como los trastornos afectivos, del sueño, delirantes y confusionales
- Soledad y carencia de apoyo familiar, así como viudez
- Factores socio-ambientales desfavorables

En líneas generales, los factores de riesgo pueden ser clasificados de diversas maneras, por ejemplo, una forma pragmática sería los modificables y los no modificables. Entre los primeros: tratamiento adecuado de los trastornos depresivos o retiro de armas de fuego en el hogar. Entre los no modificables se encuentra la historia familiar, curso progresivo del trastorno psiquiátrico, género y edad.

2.11 FACTORES PROTECTORES FRENTE AL SUICIDIO

- Tener niños en casa
- Sentido de responsabilidad familiar
- Embarazo
- Religiosidad
- Satisfacción vital
- Capacidad para aceptar la realidad
- Estrategias de afrontamiento positivas
- Estrategias de resolución de problemas positivas
- Acceso a servicios de salud mental

- Control al acceso de armas letales
- Familias estables
- Buenas relaciones con sus amigos
- Apoyo social positivo
- Relación terapéutica positiva
- Gusto por continuar viviendo

Pueden incluirse otros factores como la espiritualidad, dedicación a tareas beneficiosas tales como la crianza de mascotas o cultivo de huertos, la estabilidad de pareja, el liderazgo en las actividades sociales o culturales, etc., lo que varía de acuerdo a las variables sociales, políticas y económicas de cada región.

De esta manera el balance entre factores de riesgo y factores protectores, que cuenta con algunos instrumentos de evaluación, puede ser determinante para el desarrollo de conductas de prevención y tratamiento del comportamiento suicida, que se muestra como un grave problema de salud pública.⁶

2.12 EVALUACION DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS

2.12.1 ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INDIVIDUAL Y FAMILIAR

Se pueden distinguir tres rangos de síntomas o factores:

Primer Rango (la dimensión ansioso-depresiva)

Segundo Rango (la dimensión impulsiva y la organización de la personalidad)

Tercer Rango (el contexto medioambiental)

2.12.2 FACTORES DE PRIMER RANGO – DIMENSIÓN ANSIOSO – DEPRESIVA

⁶ Suicidio. Una realidad en Latinoamérica. Juan Carlos Martínez/Emma Saad/Jorge Forero. Pág. 53-72

1. **Comprobar la existencia de maquinaciones suicidas** y distinguir, si es posible, entre las **ideas suicidas** (pensar en matarse), **las intenciones suicidas** (pensar en matarse de una manera ya concreta) y **los proyectos o planes suicidas** (planificar y procurarse el material necesario para llevar a cabo el proyecto: acumular los medicamentos y esconderlos, comprar una cuerda para ahorcarse y esconderla mientras se espera a que llegue el día convenido). Hay, sin duda, una gradación en la potencial gravedad.

2. **Comprobar la existencia de intentos de suicidio previos.**

3. **Existencia de un sentimiento de desesperación (“todo esto no sirve para nada, todo es inútil, nadie puede ayudarme, solo la muerte”).**

4. **Presencia de trastornos emocionales de ansiedad o depresión** (la probabilidad del intento de suicidio o de un nuevo intento parece encontrarse en correlación directa con la intensidad de estas manifestaciones sintomáticas)

2.12.3 FACTORES DE SEGUNDO RANGO – DIMENSIÓN IMPULSIVA Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

1. **Comprobación de la existencia de conductas impulsivas:** fugas, peleas, conductas violentas frente a objetos o personas, pasos al acto directos, accidentes reiterados, etc.

2. **Comprobación de la existencia de consumo abusivo de tóxicos,** sobre todo si se realiza como automedicación, ya que éste define el uso arriesgado o nocivo (tabaco, alcohol, marihuana, fármacos auto-administrados).

3. **Comprobación de la existencia de trastornos de la personalidad, en particular trastorno de identidad de género.**

4. La presencia de factores de segundo rango hace sospechar la posibilidad de un nuevo intento, pero no tiene por qué ser precoz.

5. **El objetivo prioritario en este caso es intentar contener tanto la impulsividad del joven, como la que se produce a menudo en su contexto vital.**

2.12.4 FACTORES DE TERCER GRADO – FAMILIA, ENTORNO

1. **Evaluar la calidad del funcionamiento familiar**, identificar sobre todo los factores de desorganización relacional o social: separación, divorcio, pero especialmente los **conflictos parentales** mayores y crónicos, antecedentes de **violencia familiar** entre cónyuges o **maltrato físico** de los hijos: del sujeto mismo o de su hermanos; antecedentes de **abuso sexual, patología mental de los padres**, en especial trastorno depresivo, consumo abusivo y dependencia de sustancias, **antecedentes familiares de suicidio**, etc.

2. **Evaluar la calidad de las relaciones entre el adolescente y sus padres** (grado de tensión y satisfacción en estas relaciones).

3. **Evaluar la calidad del entorno y de las relaciones sociales** del joven: aislamiento social, repliegue en Si mismo y dificultades relacionales o, por el contrario, relaciones frecuentes y múltiples con los coetáneos en detrimento de las relaciones con la familia.

2.12.5 FACTORES DE TERCER GRADO – ACONTECIMIENTOS VITALES

1. **Un suicidio o un intento de suicidio** en la familia o entre los coetáneos.

2. Es necesario comprobar la existencia de un suicidio o de un intento de suicidio reciente en el entorno y determinar el grado de intimidad del joven con respecto a esta persona (relación muy familiar, persona cercana o poco conocida); comprobación de la existencia de un suicidio (o de un intento de suicidio) entre los coetáneos: la pareja, un compañero de clase, un vecino, un primo, etc.

3. **Factores estresantes:** conflicto entre los compañeros, ruptura sentimental, malos resultados escolares en un buen alumno que concede importancia a los estudios, castigo, examen importante, mudanza, etc.

4. Ante la presencia de este tipo de acontecimientos vitales hay que ponderar **medidas de protección y una intervención de <<crisis>>**, especialmente si se presentan también factores de primer o segundo rango.

5. Las reorganizaciones de la vida transitorias o una hospitalización de corta duración puede proteger y calmar a un adolescente en el que la tensión ansiosa amenaza con desbordarlo.⁷

⁷ El Suicidio. Pierre Morron ¿Qué se? La colección enciclopédica más importante del mundo. Pág. 25-28

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Para realizar la presente investigación nos basamos en la utilización de técnicas y métodos psicológicos los cuales nos sirvieron para la obtención de los resultados. En primera instancia se elaboró una Historia Clínica y se hizo la observación de cada paciente se utilizó además el Inventario de Depresión de Beck, para medir la depresión y el Inventario de Orientaciones Suicidas para medir el riesgo suicida, dichos materiales facilitan la ejecución de los resultados y promueven la intervención psicológica necesaria.

MATERIAL 1:

LA OBSERVACIÓN CLÍNICA

La observación constituye una de las técnicas de mayor aplicación en el trabajo de diagnóstico psicológico. Generalmente se asocia al trabajo sensoperceptivo y a las funciones superiores del investigador a través de cuyos mecanismos se puede hacer inferencias sobre el comportamiento del paciente o sujeto. Cuando se habla de observación se hace alusión al trabajo descriptivo de las diferentes manifestaciones conductuales que hacen referencia tanto a las comunicaciones no verbales durante la entrevista como a los comportamientos espontáneos o controlados por el psicólogo.

GUIA DE OBSERVACIÓN

NOMBRE DEL OBSERVADO.....EDAD.....

ESTABLECIMIENTO.....FECHA.....

CONTEXTOS	OBSERVACIÓN	COMENTARIO

MÉTODO 1:

Analítico e Individualizado el que consiste en contestar por qué sucede determinado fenómeno, cuál es la causa asociada a un fenómeno, o cuál es el efecto de esta causa. El análisis es la observación y examen de un hecho en particular. Es necesario conocer la naturaleza del fenómeno y objeto que se estudia para comprender su esencia. Este método nos permite conocer más del objeto de estudio, con lo cual se puede: explicar, hacer analogías, comprender mejor su comportamiento y establecer nuevas teorías. La aplicación se realizó desde la primera entrevista con el paciente en la cual se tomó en cuenta su comportamiento individual (sus gestos, expresiones) durante el internamiento, en el transcurso de la observación se limita a tomar nota para evitar incomodar al paciente.

MATERIAL 2:

ENTREVISTA CLÍNICA PSICOLÓGICA

En el trabajo psicológico de investigación diagnóstica se hace imprescindible la utilización de la entrevista tendiente a la recolección de datos informativos. En general se procede en la toma de datos directamente o a través de la información que proporcionan los familiares, esto debido a las diferentes limitaciones que poseen los sujetos. La entrevista individual se la efectúa al paciente siguiendo la metodología propuesta en la historia clínica. La entrevista con los familiares sirve para complementar la información de la historia cuyos datos no han sido referidos por el paciente.

Por lo general, la primera entrevista dura uno hora aproximadamente, las posteriores unos 45 minutos. En todas ellas el paciente se coloca frente al terapeuta, separados ambos por una mesa de despacho; se le interroga por su nombre, dirección, edad, número telefónico y demás datos de identificación, si el paciente muestra oposición a la toma de nota de los datos, se le recuerda que el informe es confidencial y que no será visto por nadie sino por el terapeuta.

Con los pacientes lúcidos y colaboradores, es mejor iniciar el interrogatorio con preguntas rutinarias que llevan poca carga emocional tales como los datos antes

mencionados, luego podríamos decirle ahora dígame su problema; “ambos estudiaremos su problema, intentaremos llegar a las causas que lo producen y lograremos que usted mejore”. El primer paso en la serie de operaciones terapéuticas consiste en obtener del paciente una historia detallada de sus dificultades y síntomas. Se debe poner el máximo cuidado en la identificación de los acontecimientos que han provocado la actual situación; así como también de los factores que han ido apareciendo, tanto para agravar como para atenuar los síntomas.

Muchos pacientes pueden relacionar la aparición de diversas reacciones con ocurrencias específicas o estados crónicos; otros pueden fijar, dentro de límites razonables, el momento de aparición de sus síntomas, sin poder dar ninguna otra explicación acerca de las demás circunstancias relevantes. Hay un tercer grupo de pacientes que no pueden recordar nada, sobre la aparición de sus reacciones; tratamos de ayudarles a evocar los sucesos con más calma, con la esperanza de que surja algún recuerdo, pero si al cabo de unos minutos no aparecen factores significativos dejamos de presionar sobre dicho punto, diciendo al paciente que no tenemos ninguna intención de dedicar gran cantidad de tiempo a hurgar en la historia pasada, porque aunque es interesante y a veces útil, no es necesario para vencer sus reacciones neuróticas. Es de mayor importancia y trascendencia determinar cuáles son los estímulos que la evocan en el momento actual. Sin embargo, más tarde cuando el caso presenta nuevos aspectos, solemos volver a la historia pasada de una secuencia de hechos particulares. Suele ocurrir también que algunos pacientes de vez en cuando y espontáneamente suministran datos de gran importancia.

MÉTODO 2:

Método Deductivo al Inductivo, Analítico-Sintético, Descriptivo y Cualitativo estos métodos están dirigidos a determinar “cómo es” o “como está” la situación de las variables que deberán estudiarse en la población, la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno y en quiénes dónde y cuándo se está presentando determinado problema. Los cuales me permitieron descubrir los principales datos de filiación, experiencias de su infancia hasta su adultez y la etiopatogenia que conllevó al intento de suicidio. La aplicación se realizó de forma

individual a más de garantizar el desarrollo de la empatía y un ambiente de rapport y confidencialidad, con una duración aproximada de 45 a 60 minutos en cada uno de los pacientes. Proceso que nos permite identificar las áreas del sujeto que más se encuentran afectadas, la sintomatología que presentan, entender los causales de la alteración y elaborar un adecuado diagnóstico.

MATERIAL 3:

LA HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

Es la que nos permite la recolección de datos referentes a un individuo, su familia, y su medio ambiente, incluyendo sus antecedentes médicos y cualquier otra información que pueda ser útil para analizar y diagnosticar su caso. Los centros e instituciones dedicadas a la psicología utilizan diferentes esquemas de historias clínicas que varían de acuerdo a las necesidades específicas. De todas maneras existen elementos constitutivos de la historia que se presentan ineludiblemente aunque su localización relativa sea diferente, lo cual se desprende del análisis de diferentes modelos utilizados.

Es un registro escrito de antecedentes clínicos, síntomas, evolución y tratamiento de una enfermedad.

A continuación se analizan las diversas partes de la historia clínica, cuyos datos se van recolectando a través de la entrevista:

- 1 **Datos de Identificación:** Nombre, lugar y fecha de nacimiento, edad, sexo, raza, estado civil, número de hijos, instrucción, profesión, ocupación, religión, dirección domiciliaria, familiar responsable, número de historia clínica, número de ingresos, procedencia, lugar de residencia y fecha de ingreso.
- 2 **Condiciones de Hospitalización:** Condiciones físicas y psíquicas del paciente al momento de la entrevista, asiste solo o acompañado, por su propia voluntad o involuntariamente, presenta conciencia lúcida o no.
- 3 **Motivo de consulta:** Razón por la que el paciente solicita asistencia psicológica, si es que es transferido por otro servicio, enumerar los

síntomas principales que obligan al paciente a la consulta, señalando tiempo de duración de cada uno de ellos, su frecuencia, intensidad y características.

4 **Enfermedad Actual:** Momento de aparición de los síntomas actuales y forma de evolución, así como también, periodicidad, localizador, frecuencia e intensidad, causas y factores desencadenantes que han motivado la aparición del trastorno, duración, etc.

5 **Historia Pasada de la Enfermedad:** Detalle cronológico de los síntomas, comienzo, forma de presentación, caracteres, evolución, medicación y tratamientos recibidos, resultados de tales tratamientos, hospitalizaciones, remisiones, etc.

6 **Psicoanamnesis Personal Normal y Patológica:**

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas de los padres durante la concepción y el embarazo. Condiciones económicas, sociales y culturales del hogar y circunstancias que rodearon al embarazo y gestación; si fue hijo deseado o no.

Natal: El parto fue normal o no, fue a término o prematuro, condiciones que lo rodearon, lugar del parto, fue atendido por facultativos o por empíricos, complicaciones, traumatismos, asfixias, medicación recibida, etc.

Infancia: Ambiente del hogar, frustración o disgusto del o los padres y familiares, tipo de nutrición, atención y cuidados que rodean al niño, dentición marcha, lenguaje, ritmo de desarrollo físico y psíquico, juegos preferidos, ambiente. Instrumentos y facilidades para el juego. Principales rasgos del infante: tipo de relación con los padres, hermanos y familiares cercanos. *Grado de sociabilidad:* comunicativo o retraído, emprendedor o tímido, egoísta

o sociable, terco u obediente, irritable o apacible, sumiso o agresivo, optimista o pesimista, etc. *Educación:* pre-escolar, edad a la que ingreso a la escuela, niveles o grados alcanzados, éxitos o fracasos particulares, actitud hacia la escuela y adaptabilidad, relaciones con compañeros y profesores, rechazos o preferencias en al ambiente escolar. Edad al egreso, grados o cursos reprobados, razones para ello; intereses y

aptitudes intelectuales. Preferencias en cuanto a los juegos y actividades de recreación: solo o en grupo. Enfermedades que ha padecido, intoxicaciones, traumatismos craneoencefálicos, tratamientos, resultados de los mismos, complicaciones o secuelas posteriores, duración, etc.

Pubertad, adolescencia y juventud:

Principales cambios provocados en su estructura somática o en su fisiología que han dejado huellas en su personalidad. Características de la crisis de adolescencia y forma en que logro superarlas, proyecciones futuras, anhelos y aspiraciones, identificación y dependencia, cursos superados, éxitos y fracasos, intereses vocacionales, aptitudes y habilidades, estudios realizados, profesión adquirida. Preocupaciones, hábitos y conflictos sexuales, relaciones con el sexo complementario.

Madurez:

Relaciones con padres, hijos, cónyuge, amigos, éxitos, fracasos, frustraciones; etc. Desarrollo en el hogar; trabajos desempeñados. Enfermedades padecidas, tratamientos recibidos, resultados de dichos tratamientos y secuelas posteriores.

7 ***Psicoanamnesis Familiar Normal y Patológica:*** Organización familiar; número de miembros, nombre, ocupación, edad de: padre, hermanos, allegados, aspecto económico, vivienda, alimentación, influencias emocionales, relaciones familiares, exigencias, rigidez, severidad. Complacencia, actitud protectora, dependencia hacia uno de los padres, actitudes hostiles de rechazo. Madrastra o padrastro, relaciones con los mismos, relaciones con hermanos: rivalidades, dependencias, antagonismos, seducciones, etc. Rasgos temperamentales de la familia que pudieron influir sobre el paciente, actitud familiar respecto al sexo, a la religión y a la política, fanatismo o actitudes exageradas. Antecedentes patológicos familiares; enfermedades familiares de valor hereditario, muertes en parientes inmediatos (causa, edad); como afecto al paciente esta circunstancia, estado de salud de los parientes vivos. Tipo de familia: integrada, desintegrada, incompleta, intelectual, sobretrabajadora, invertida, unida, desunida, etc.

8 ***Historia Social:*** Desenvolvimiento social en el medio familiar, escolar,

colegial, laboral, etc. Hace o no amistades fácilmente y con qué tipo de personas ha establecido sus relaciones de amistad en cuanto a: sexo, edad, nivel cultural, rasgos temperamentales, condiciones económicas. Cuáles han sido sus manifestaciones en sus relaciones con las demás personas; ha sido sociable, egoísta, emprendedor, tímido, resentido, indiferente, hostil, generoso, ambicioso, etc. Qué tipo de actividades o aficiones le han permitido desarrollar su vida social: deportes, política, fiestas, religión etc. Migraciones e influencias del ambiente social geográfico en el paciente. Se incluye en edad correspondiente.

9 **Historia Laboral:** Ocupaciones o posiciones que ha alcanzado y grado de satisfacción y responsabilidad que le han deparado; progreso o fracaso en su trabajo y razones para él, los anhelos en su actividad laboral como meta en su vida; remuneración alcanzada, periodo de descanso, como ha distribuido o utilizado sus vacaciones. Razones que ha tenido para cambiar de ocupación, sensación de éxito o fracaso, condiciones económicas en que se desenvuelve, utilización del tiempo libre, tipos de pasatiempos, hábitos, lugares de diversión que frecuenta, etc. Se incluirá en la edad pertinente.

10 **Historia Psicosexual:** Orientación sexual que ha recibido, actitud hacia el sexo, experiencias sexuales, hábitos sexuales, inclinación hacia el afeminamiento o masculinización, enamoramientos, desenvolvimiento de sentimientos, actitud frente al matrimonio, felicidad o no alcanzada en su vida conyugal o sexual, conflictos, desengaños, etc. Se incluye en la edad correspondiente.

11 **Examen de Funciones Psicológicas:** Conciencia, atención, sensopercepción, memoria, afectividad, inteligencia, pensamiento, voluntad, instintos, hábitos, juicio y razonamiento.

12 **Diagnostico Presuntivo**

Realizamos un análisis cuidadoso de todos los datos obtenidos en: anamnesis

personal y familiar normal y patológica, tipo de personalidad (premórbida) a través de la anamnesis. Factores concurrentes a la aparición del cuadro

clínico, sintomatología, profundidad de las alteraciones, evolución, etc.

13 Exámenes Psicológicos

Resultados de los reactivos aplicados.

14 Psicoanamnesis Especial

Factores predisponentes, determinantes y desencadenantes de la enfermedad, características de personalidad.

15 Diagnóstico Diferencial

Consiste en distinguir de qué tipo de entidad se trata realizando una comparación o diferenciación con cuadros clínicos similares o que puedan confundirnos por su semejanza. Igualmente de la personalidad.

16 Diagnóstico Definitivo

Es el procedimiento por el cual se determina la naturaleza de una enfermedad o desorden sobre la base de conocimientos anteriores (diagnósticos presuntivo y diferencial), para encuadrar dando un denominador común al conjunto de datos obtenidos en el proceso de investigación de un paciente.

17 Pronóstico

O predicción de los resultados, que se refiere a las posibilidades de superación del trastorno, del tiempo aproximado de terapia que requiere o a la respuesta del individuo a la terapia.

18 Recomendaciones

Dentro de este punto se puede anotar el tipo de terapia a seguirse de acuerdo a las necesidades del caso (racional, sugestiva, hipnosis, familiar, etc.). La realización de exámenes de especialidad, si se requiere, exploración de ciertas áreas (para descartar primeramente los problemas orgánicos) lenguaje, vista, oído, etc. Tratamiento y atención de especialidad, ubicación adecuada de centros o instituciones de Educación Especial en hospitales o clínicas psiquiátricas, orientación psicopedagógica. Etc.⁸

⁸ Guía para el Diagnóstico Psicológico Clínico y Neuropsicológico, L. Balarezo Ch., S Mancheno D.

MÉTODO 3:

Método Analítico-Sintético método de investigación que consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos. La presente investigación está basada en éste método porque tiene el objetivo de identificar las causas, la naturaleza y los efectos considerando las variables propuestas; mediante el cual se interpretaron los datos recogidos permitiéndome elaborar estadísticamente los factores sociodemográficos de los pacientes. Después del análisis y descripción de lo realizado, se utiliza el método Sintético para determinar conclusiones, unificar todas las partes dispersas del fenómeno investigado, sumar los contenidos parciales de una realidad. Nos permitirá añadir un nuevo conocimiento sobre la temática propuesta a partir de las conclusiones realizadas, otorgar a la población interesada nuevas pautas de intervención. La Historia Clínica Psicológica, es un instrumento factible de utilizar, se aplicó de forma directa e *individual* con una duración aproximada de 45 minutos en cada uno de los pacientes.

MATERIAL 4:

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

HISTORIA

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es uno de los instrumentos más usados para la valoración de síntomas depresivos en adultos y adolescentes. La versión original se introdujo en 1961 por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh como una prueba autoadministrada; revisada en 1971 en el Centro de Terapia Cognitiva de la Universidad de Pennsylvania resultando en la versión BDI-IA. La versión revisada y la original tienen alta correlación. Beck definió depresión como “un estado anormal del organismo manifestado por signos y síntomas de ánimo subjetivo bajo, actitudes nihilistas y pesimistas, pérdida de la espontaneidad y signos vegetativos específicos.” El instrumento se diseñó para valorar este estado y fue derivado de observaciones clínicas y descripciones de síntomas frecuentes en pacientes psiquiátricos con depresión e infrecuentes en pacientes sin depresión. Aunque fue diseñado para población de pacientes, y no para tamizaje,

ha sido utilizado ampliamente para este propósito. Las ventajas de esta versión son una alta consistencia interna, alta validez de contenido, especificidad en la diferenciación de pacientes deprimidos y sanos, y su popularidad internacional. Ha sido validado para población de habla hispana por Conde et al (1976) y por Bonicatto et al (1998) en España y Argentina respectivamente con resultados satisfactorios. También fue validado en poblaciones de universitarios, adultos y adolescentes psiquiátricos ambulatorios. Moran y Lambert (1983) compararon el contenido de esta versión con el DSM-III y encontraron que solo cumplía con 6 de los 9 criterios. Esto llevó a una nueva revisión que resultó en el BDI-II. Cuatro ítems (pérdida de peso, dificultad para trabajar, cambio en la imagen corporal y preocupaciones somáticas) fueron eliminados y se incluyeron agitación, baja autoestima, dificultad para concentrarse y pérdida de energía. Se cambiaron dos ítems para mostrar tanto aumento como disminución en apetito y sueño. Fue desarrollada para ajustarse a los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de depresión listados en el DSM-IV. En esta versión los ítems no fueron seleccionados para reflejar ninguna teoría en particular de depresión, es más, ninguna definición de depresión se incluye en el manual del BDI-II.

El resultado del BDI no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión, se necesitan evaluaciones complementarias (entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etc.), pero es una herramienta útil para despistaje o chequeo.

DESCRIPCIÓN

La forma actual es el BDI-II: un instrumento autoadministrado de 21 ítems, que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63. Tiene una duración aproximada de 10 minutos y se requiere de una escolaridad de quinto a sexto grado para entender apropiadamente las preguntas.

IMPACTO DEL BDI

El desarrollo del BDI ha sido muy importante para la psicología y la psiquiatría porque ha representado una alternativa a la conceptualización cognitivo-

conductual de Beck de la depresión. También ha establecido un principio seguido en su desarrollo por otros cuestionarios autoadministrados, que los ítems pueden ser inicialmente recogidos directamente de los pacientes y a partir de ellos sugerir teorías, que al contrario, desarrollar un instrumento a partir de una teoría que podría no ser válida.

Este instrumento se utiliza mucho en investigación encontrando 3,209 artículos revisados que han utilizado este inventario para medir la depresión, y ha sido traducido en múltiples idiomas europeos, así como en árabe, japonés, persa y xhosa.

APLICACIÓN

El cuestionario consta de 21 preguntas. El paciente debe leer cada uno de los enunciados cuidadosamente y elegir para cada uno la opción que mejor describe la forma como se ha venido sintiendo en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Debe encerrar en un círculo el número del enunciado que escogió. Si encuentra más de un enunciado que lo identifique, marque cada uno de ellos. El paciente debe leer todos los enunciados antes de elegir su respuesta.

INTERPRETACIÓN

Se suma el puntaje dado en cada ítem y se obtiene el total. El mayor puntaje en cada una de las 21 preguntas es de 3, y el más alto posible es 63. El puntaje menor para toda la prueba es de cero. Se suma solo un puntaje por cada ítem, el mayor si se marcó más de uno.

PUNTAJES TOTALES

Puntaje	Interpretación
0 – 9	No depresión
10 – 18	Depresión leve
19 – 29	Depresión moderada
>30	Depresión grave o severa

Se considera que el puntaje total menor a 5 puntos está por debajo de los altibajos normales de la vida diaria y se debe considerar la posibilidad de que el paciente finge y/o niega la depresión. Los puntajes mayores de 40 puntos son muy altos aun para pacientes con depresión severa, lo que sugiere una posible exageración de la depresión, con características de personalidad limítrofe o histriónica. Sin embargo, estos puntajes son posibles en depresión.

PROPIEDADES PSICOMETRICAS

Fiabilidad:

Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Crombach 0.76-0.95) La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0.8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración.

Validez:

Muestra una correlación con otras escalas. En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0.55 y 0.96 (media 0.72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0.55 y 0.73 (media 0.6).

Su validez Predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento:

Sensibilidad del 100 %,

Especificidad del 99 %,

Valor predictivo positivo 0.72, y

Valor predictivo Negativo de 1 (punto de corte mayor-igual 13)⁹

⁹ Arnau RC, Meagher MW, Norris MP, Bramson R. Psychometric Evaluation of the Beck Depression Inventory-II With Primary Care Medical Patients. *Health Psychology*.2001; 20:112-119.

MÉTODO 4:

Método Analítico-Sintético el cual me permitió elaborar estadísticamente el grado de depresión, además a través del **Método Descriptivo** que se basa en la explicación detallada de las características del sistema que se está evaluando, permite describir procedimientos que se siguieron para realizar este trabajo investigativo a través de este reactivo psicológico que me permite dar a conocer explícitamente la depresión de los pacientes con intentos de suicidio. La aplicación se realizó de forma individual con una duración aproximada de 10 a 15 minutos en cada uno de los pacientes.

MATERIAL 5:

INVENTARIO DE ORIENTACIONES SUICIDAS - ISO – 30

Descripción de la Escala Fue diseñada por King y Kowalchuk (1994) y adaptada para ser empleada en adolescentes de Buenos Aires, Argentina (Casullo, 1997). Evalúa la orientación suicida del examinado y, en virtud de su brevedad y sensibilidad se vuelve una herramienta útil para el *despistaje* o *screening* de la presencia de riesgo suicida.

DESCRIPCIÓN Y APLICACIÓN

El inventario puede ser administrado en forma individual o colectiva y está integrado por 30 ítems que se responden sobre la base de una escala de cuatro opciones: 0 (**totalmente en desacuerdo**), 1 (**en parte en desacuerdo**), 2 (**en parte de acuerdo**), 3 (**totalmente de acuerdo**). Once de los ítems se puntúan en forma inversa (2, 3, 4, 7, 11, 13, 14, 17, 22, 27 y 28). Las respuestas numéricas se suman y se obtiene un puntaje bruto o directo que posibilita la obtención de un índice global de la Orientación Suicida. Toma entre 10 y 20 minutos su aplicación. Está compuesta por cinco subescalas: **baja autoestima** (Ítems 1, 6, 11, 16, 21 y 26), **desesperanza** (Ítems 2, 7, 12, 17, 22 y 27), **afrontamiento** (Ítems 3, 8, 13, 18, 23 y 28), **aislamiento** (Ítems 4, 9, 14, 19, 24 y 29) e **ideación suicida** (Ítems

críticos 5, 10, 15, 20, 25 y 30, ello significa que, independientemente de la puntuación obtenida lo ubique en riesgo medio o bajo, la presencia de tres o más de estos elementos respondidos con 2 ó 3, puede implicar la existencia de riesgo elevado); cada una de ellas es evaluada por medio de seis preguntas con una calificación entre 0 y 3.

INTERPRETACIÓN

La puntuación total arrojada presenta una medida de orientación suicida general que se interpreta así: entre 0 y 29, **riesgo suicida bajo**; de 30 a 44, **riesgo suicida medio** y de 45 a 90, **riesgo suicida alto**.¹⁰

MÉTODO 5:

Método Analítico-Sintético el cual me permitió elaborar estadísticamente el tipo de riesgo suicida, además, el **Método Descriptivo** me permitió dar a conocer explícitamente el riesgo suicida de los pacientes con intentos de suicidio, elaborando estadísticamente el tipo de riesgo suicida. La aplicación se realizó de forma individual con una duración aproximada de 10 a 15 minutos en cada uno de los pacientes.

¹⁰ http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/trabaj_iso_uba.pdf

6. RESULTADOS

TABLA N° 1

TITULO: PREVALENCIA DEL INTENTO SUICIDA POR SEXO

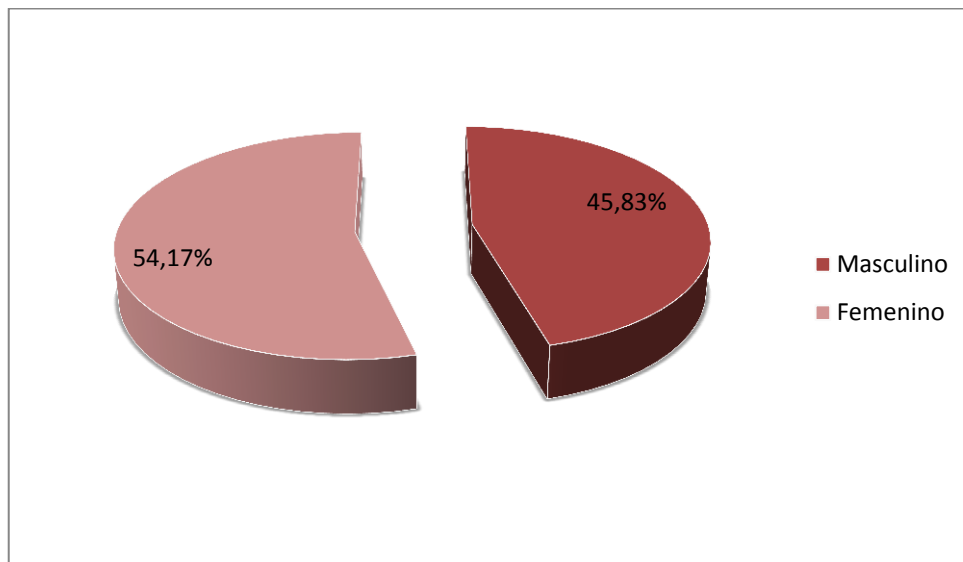
SEXO	FRECUENCIA	%
Masculino	11	45,83
Femenino	13	54,17
TOTAL	24	100%

FUENTE: Datos de Filiación de Historia Clínica

ELABORADO POR: José Luis Vivanco

GRÁFICO N° 1

TITULO: PREVALENCIA DEL INTENTO SUICIDA POR SEXO



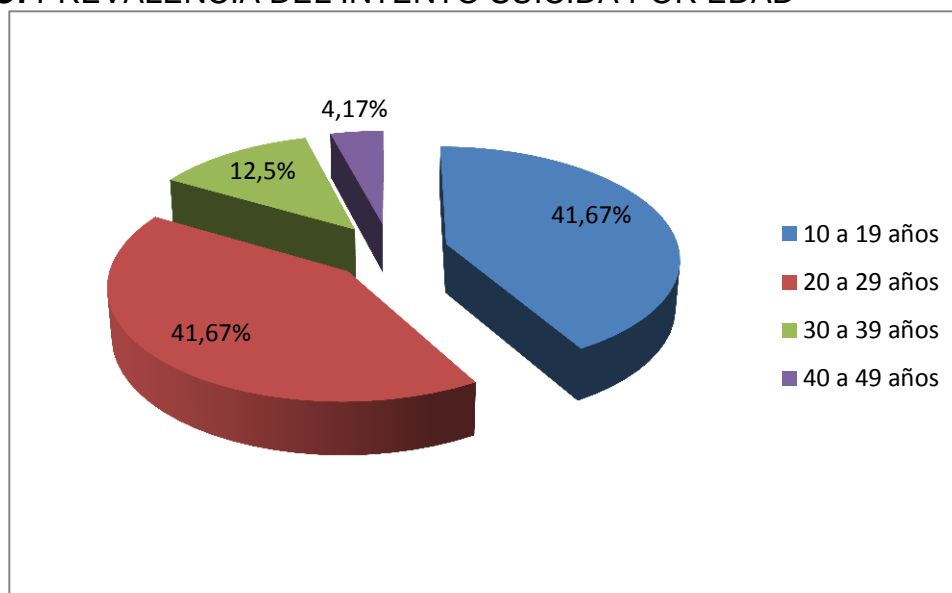
ELABORADO POR: José Luis Vivanco

FUENTE: Datos de Filiación de Historia Clínica

Tomando en cuenta los datos obtenidos, del 100% de la población, se evidencia que el 54,17% de los pacientes pertenece al sexo femenino y el otro 45,83% pertenece al sexo masculino. Por lo tanto en el estudio realizado observamos que existe mayor prevalencia de padecer intentos de suicidio en el género femenino que el masculino.

TABLA N° 2**TITULO: PREVALENCIA DEL INTENTO SUICIDA POR EDAD**

EDAD	FRECUENCIA	%
10 a 19 años	10	41,67
20 a 29 años	10	41,67
30 a 39 años	3	12,5
40 a 49 años	1	4,17
TOTAL	24	100%

FUENTE: Datos de Filiación de Historia Clínica**ELABORADO POR:** José Luis Vivanco**GRAFICO N° 2****TITULO: PREVALENCIA DEL INTENTO SUICIDA POR EDAD****FUENTE:** Datos de Filiación de Historia Clínica**ELABORADO POR:** José Luis Vivanco

En el estudio realizado se obtiene como datos predominantes las siguientes cifras: el 4,17% corresponde a pacientes en edades comprendidas de 40 a 49 años, el 12,5% corresponde a edades de 30 a 39 años y finalmente el 41,67% corresponde a edades comprendidas de 10 a 19 años y 20 a 29 años. Por lo tanto el grupo que evidencia mayor riesgo de suicidio corresponde a las edades de 10 a 19 años y 20 a 29 años que representa el 41,67% para cada una.

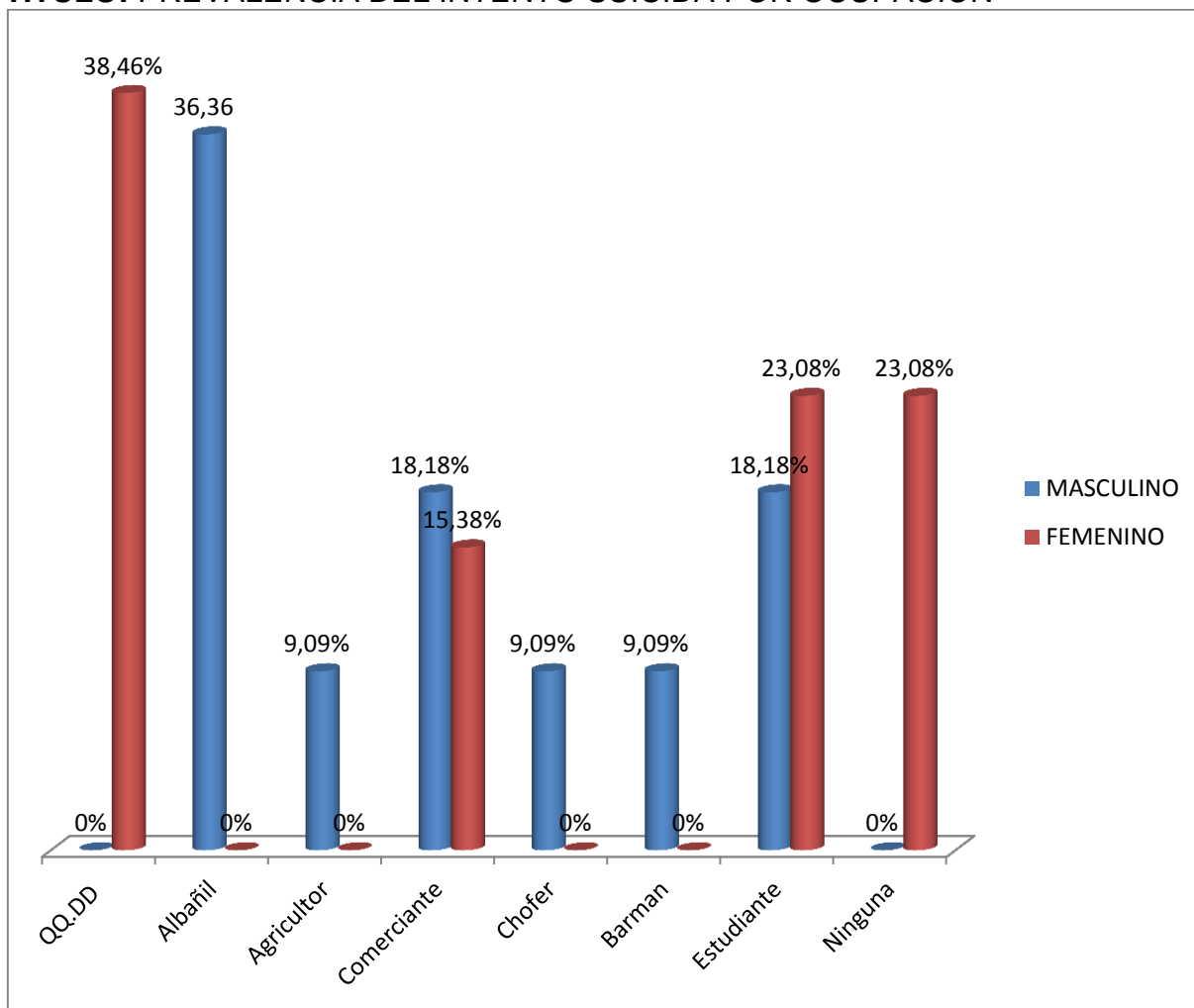
TABLA N° 3**TITULO: PREVALENCIA DEL INTENTO SUICIDA POR OCUPACIÓN**

OCUPACIÓN	MASCULINO	%	FEMENINO	%
QQ.DD	0	0	5	38,46
Albañil	4	36,36	0	0
Agricultor	1	9,09	0	0
Comerciante	2	18,18	2	15,38
Chofer	1	9,09	0	0
Barman	1	9,09	0	0
Estudiante	2	18,18	3	23,08
Ninguna	0	0,00	3	23,08
TOTAL	11	100%	13	100%

FUENTE: Datos de Filiación de Historia Clínica**ELABORADO POR:** José Luis Vivanco

GRAFICO N°3

TITULO: PREVALENCIA DEL INTENTO SUICIDA POR OCUPACIÓN



FUENTE: Datos de Filiación de Historia Clínica
ELABORADO POR: José Luis Vivanco

Del total de la población encontramos que el 0% de los varones y el 38,46% de las mujeres se dedican a los quehaceres domésticos, el 36,36% de los varones y el 0% de las mujeres se dedican a la albañilería, el 9,09% de los varones y el 0% de las mujeres se dedican a la agricultura, el 18,18% de los varones y el 15,38% de las mujeres se dedican al comercio, el 9,09% de los varones y el 0% de las mujeres son barman, el 18,18% de los varones y el 23,08% de las mujeres son estudiantes, mientras que el 0% de los varones y el 23,08 de las mujeres no ejercen ninguna ocupación. Por lo tanto en el estudio realizado observamos que existe mayor prevalencia de padecer intentos de suicidio en la ocupación quehaceres domésticos para las mujeres que representa el 38,46% y albañilería para los varones que representa el 36,36%.

TABLA N° 4

TITULO: PREVALENCIA DEL INTENTO SUICIDA POR PROCEDENCIA

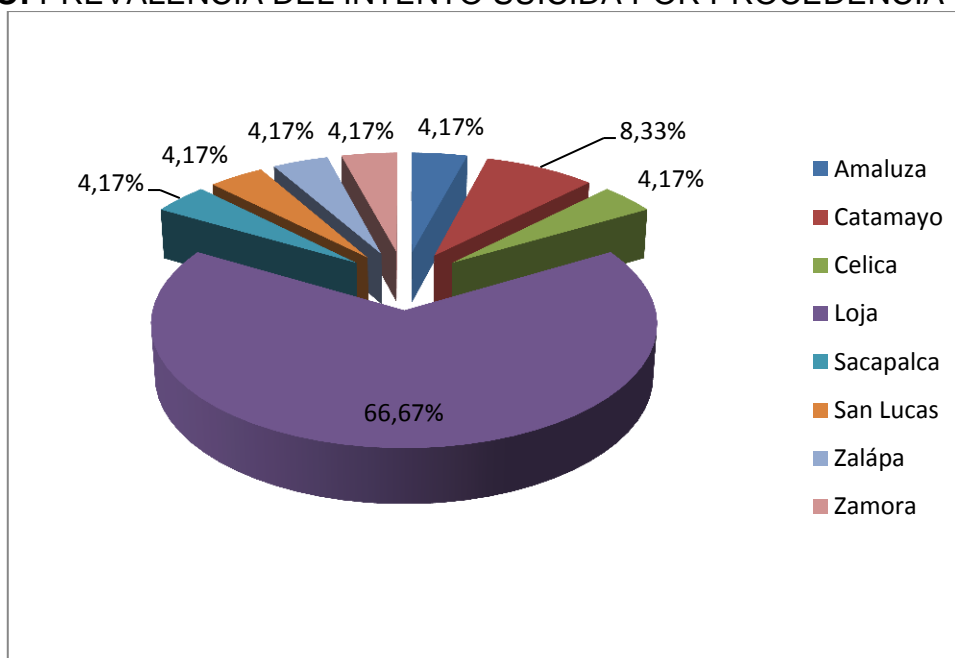
PROCEDENCIA	FRECUENCIA	%
Amalúza	1	4,17
Catamayo	2	8,33
Celica	1	4,17
Loja	16	66,67
Sacapalca	1	4,17
San Lucas	1	4,17
Zalápa	1	4,17
Zamora	1	4,17
TOTAL	24	100%

FUENTE: Datos de Filiación de Historia Clínica

ELABORADO POR: José Luis Vivanco

GRAFICO N° 4

TITULO: PREVALENCIA DEL INTENTO SUICIDA POR PROCEDENCIA



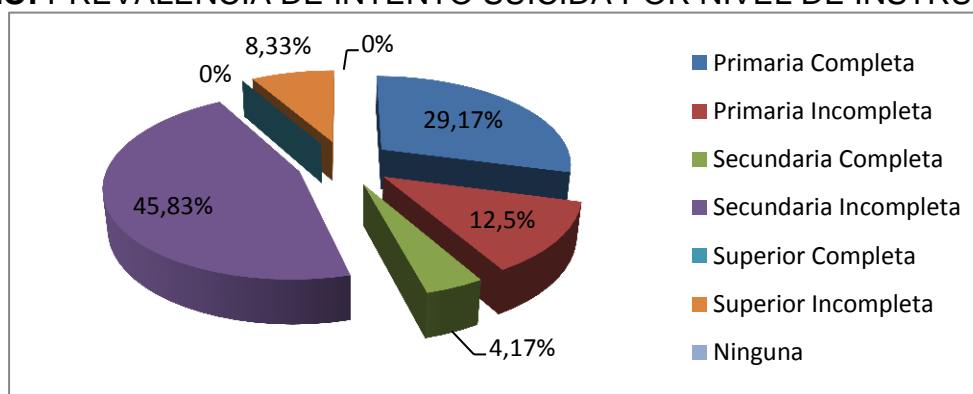
FUENTE: Datos de Filiación de Historia Clínica

ELABORADO POR: José Luis Vivanco

Del 100% de la población encontramos que existen pacientes que proceden de Amalúza, Celica, Sacapalca, San Lucas, Zalápa y Zamora con un 4,17% para cada cantón que tiene intentos de suicidio, el 8,33% de los pacientes proceden de Catamayo y el 66,67% de los pacientes restantes proceden de Loja. Por lo tanto de la población estudiada, los pacientes que proceden de Loja prestan mayor índice de intentos suicidas.

TABLA N° 5**TITULO: PREVALENCIA DE INTENTO SUICIDA POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	%
Primaria Completa	7	29,17
Primaria Incompleta	3	12,5
Secundaria Completa	1	4,17
Secundaria Incompleta	11	45,83
Superior Completa	0	0
Superior Incompleta	2	8,33
Ninguna	0	0
TOTAL	24	100%

FUENTE: Datos de Filiación de Historia Clínica**ELABORADO POR:** José Luis Vivanco**GRAFICO N° 5****TITULO: PREVALENCIA DE INTENTO SUICIDA POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN****FUENTE:** Datos de Filiación de Historia Clínica**ELABORADO POR:** José Luis Vivanco

Del 100% de la población encontramos que el 45,83% de los pacientes atendidos presentan nivel de secundaria incompleta, el 29,17% de los pacientes presentan nivel de primaria completa, el 12,5% de los pacientes presentan nivel de primaria incompleta, el 8,33% de los pacientes presentan nivel de superior incompleta, el 4,17% de los pacientes presentan nivel de secundaria completa, mientras que el 0% de los pacientes no presentan un nivel superior completo. Por lo tanto de la población estudiada existe mayor prevalencia de intentos de suicidio en los pacientes con nivel de instrucción secundaria incompleta con el 45,83% respectivamente.

TABLA N° 6

TITULO: PREVALENCIA DEL INTENTO SUICIDA POR ESTADO CIVIL

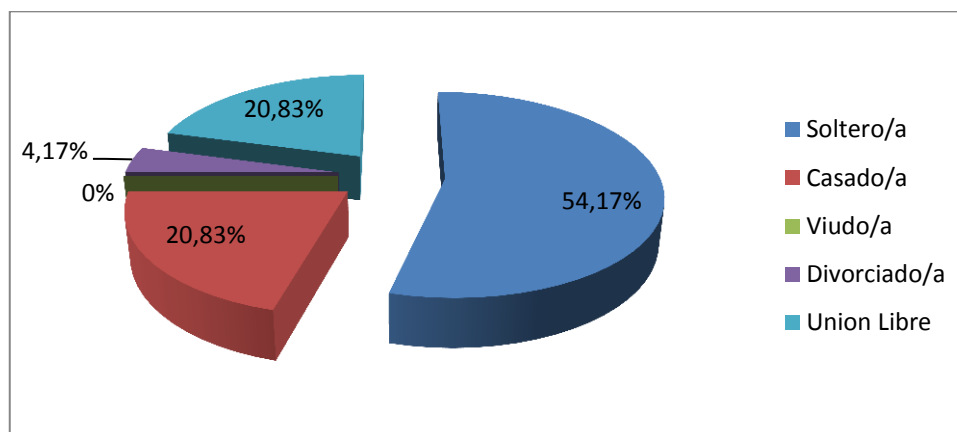
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA%	
Soltero	13	54,17
Casado	5	20,83
Viudo	0	0
Divorciado	1	4,17
Unión Libre	5	20,83
TOTAL	24	100%

FUENTE: Datos de Filiación de Historia Clínica

ELABORADO POR: José Luis Vivanco

GRAFICO N°6

TITULO: PREVALENCIA DEL INTENTO SUICIDA POR ESTADO CIVIL



FUENTE: Datos de Filiación de Historia Clínica

ELABORADO POR: José Luis Vivanco

Del total de la población encontramos que el 54,17% de los pacientes son solteros, mientras que existen pacientes casados y en unión libre con un 20,83% para cada estado civil, el 4,17% corresponde a pacientes divorciados y finalmente no existen pacientes viudos que corresponde al 0%. Por lo tanto el grupo que evidencia mayor riesgo de suicidio corresponde a pacientes solteros.

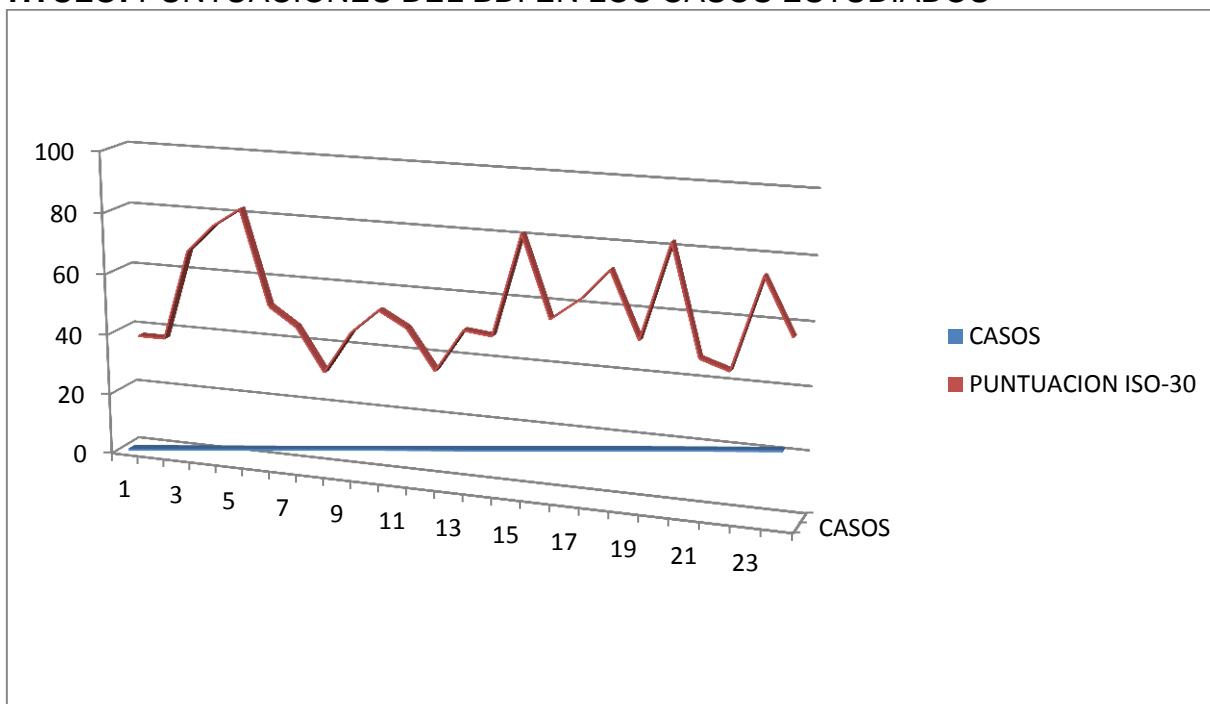
TABLA N° 7**TITULO: PUNTUACIONES DEL BDI EN LOS CASOS ESTUDIADOS**

CASOS	EVALUACION PRETRATAMIENTO BDI
1	54
2	28
3	48
4	37
5	36
6	40
7	30
8	25
9	26
10	44
11	37
12	25
13	35
14	33
15	58
16	41
17	30
18	24
19	31
20	26
21	29
22	28
23	25
24	39

FUENTE: Inventario de Depresión de Beck**ELABORADO POR:** José Luis Vivanco

GRAFICO N°7

TITULO: PUNTUACIONES DEL BDI EN LOS CASOS ESTUDIADOS



FUENTE: Inventario de Depresión de Beck

ELABORADO POR: José Luis Vivanco

TABLA N° 7.1

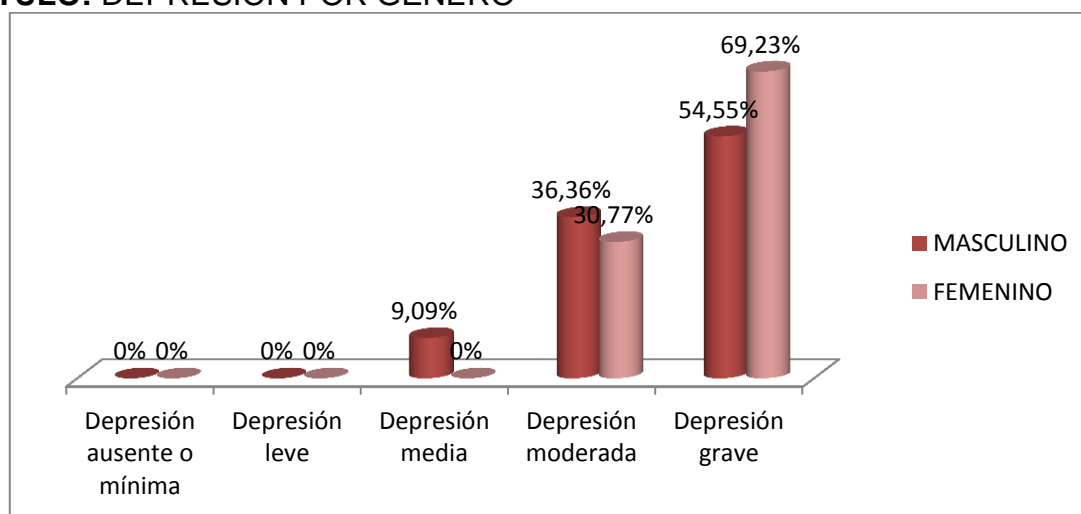
TITULO: DEPRESIÓN POR GÉNERO

DEPRESIÓN	MASCULINO	%	FEMENINO	%
Depresión ausente o mínima	0	0	0	0
Depresión leve	0	0	0	0
Depresión media	1	9,09	0	0
Depresión moderada	4	36,36	4	30,77
Depresión grave	6	54,55	9	69,23
TOTAL	11	100%	13	100%

FUENTE: Inventario de Depresión de Beck

ELABORADO POR: José Luis Vivanco

GRAFICO N°7.1
TITULO: DEPRESIÓN POR GÉNERO



FUENTE: Inventario de Depresión de Beck
ELABORADO POR: José Luis Vivanco

De acuerdo a la valoración en cuanto a depresión según el BDI, del 100% de la población, el 0% tanto de varones como de mujeres no presentan depresión ausente o mínima ni depresión leve, el 9,09% de los varones y el 0% de las mujeres presentan depresión media, el 36,36% de los varones y el 30,77% de las mujeres presentan depresión moderada, y un 54,55% de los varones y el 69,23% de las mujeres presentan depresión grave.

TABLA N° 8
TITULO: PUNTUACIONES DEL ISO-30 EN LOS CASOS ESTUDIADOS

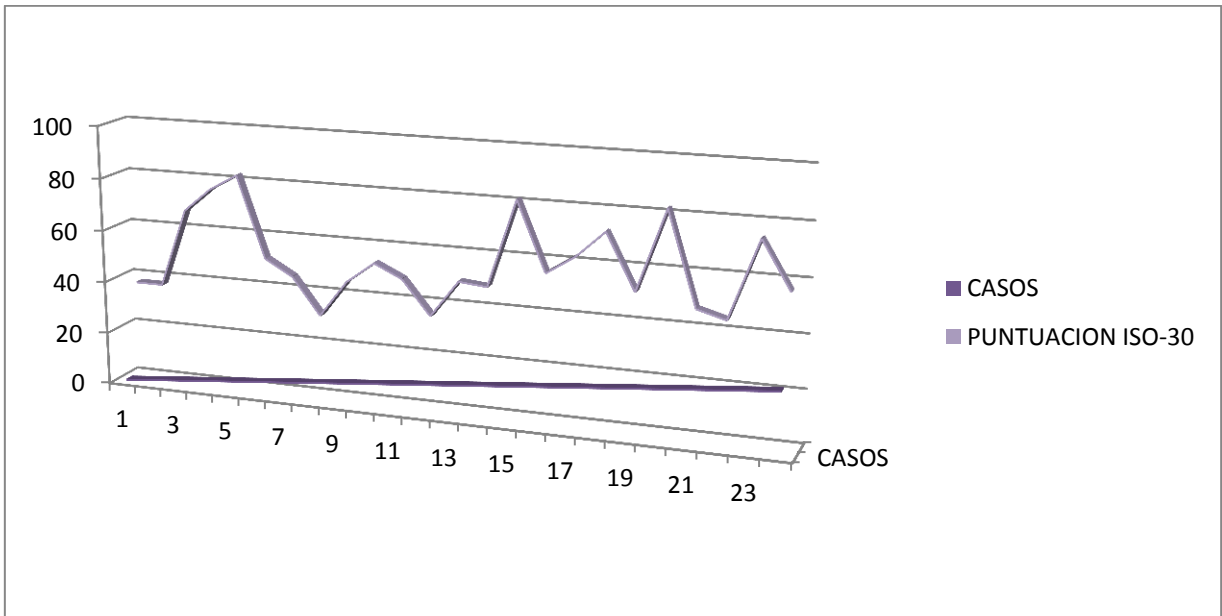
CASOS	EVALUACION PRETRATAMIENTO ISO-30
1	37
2	37
3	67
4	76
5	82
6	51
7	45
8	31
9	45
10	53
11	48
12	35

13	49
14	48
15	81
16	55
17	62
18	72
19	51
20	82
21	47
22	44
23	74
24	56

FUENTE: Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30
 ELABORADO POR: José Luis Vivanco

GRAFICO N°8

TITULO: PUNTUACIONES DEL ISO-30 EN LOS CASOS ESTUDIADOS



FUENTE: Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30
 ELABORADO POR: José Luis Vivanco

TABLA N° 8.1

TITULO: TIPO DE RIESGO SUICIDA

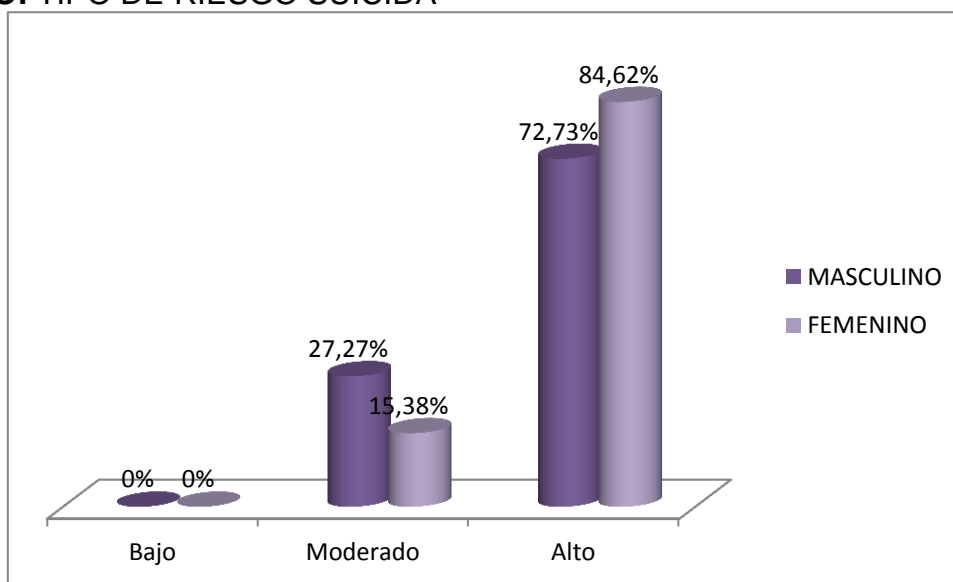
TIPO DE RIESGO SUICIDA	MASCULINO	%	FEMENINO	%
Bajo	0	0	0	0
Moderado	3	27,27	2	15,38
Alto	8	72,73	11	84,62
TOTAL	11	100%	13	100%

FUENTE: Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30

ELABORADO POR: José Luis Vivanco

GRAFICO N°8.1

TITULO: TIPO DE RIESGO SUICIDA



FUENTE: Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30

ELABORADO POR: José Luis Vivanco

En cuanto al tipo de riesgo suicida de los pacientes valorados los resultados muestran que ninguno de ellos presenta bajo riesgo suicida que corresponde al 0%, el 27,27% de los varones y el 15,38% de las mujeres presentan moderado riesgo suicida y finalmente el 72,73% de los varones y el 84,62% de las mujeres presentan alto riesgo suicida.

TABLA N° 9**TITULO: FACTORES DE RIESGO PARA EL INTENTO SUICIDA POR SEXO**

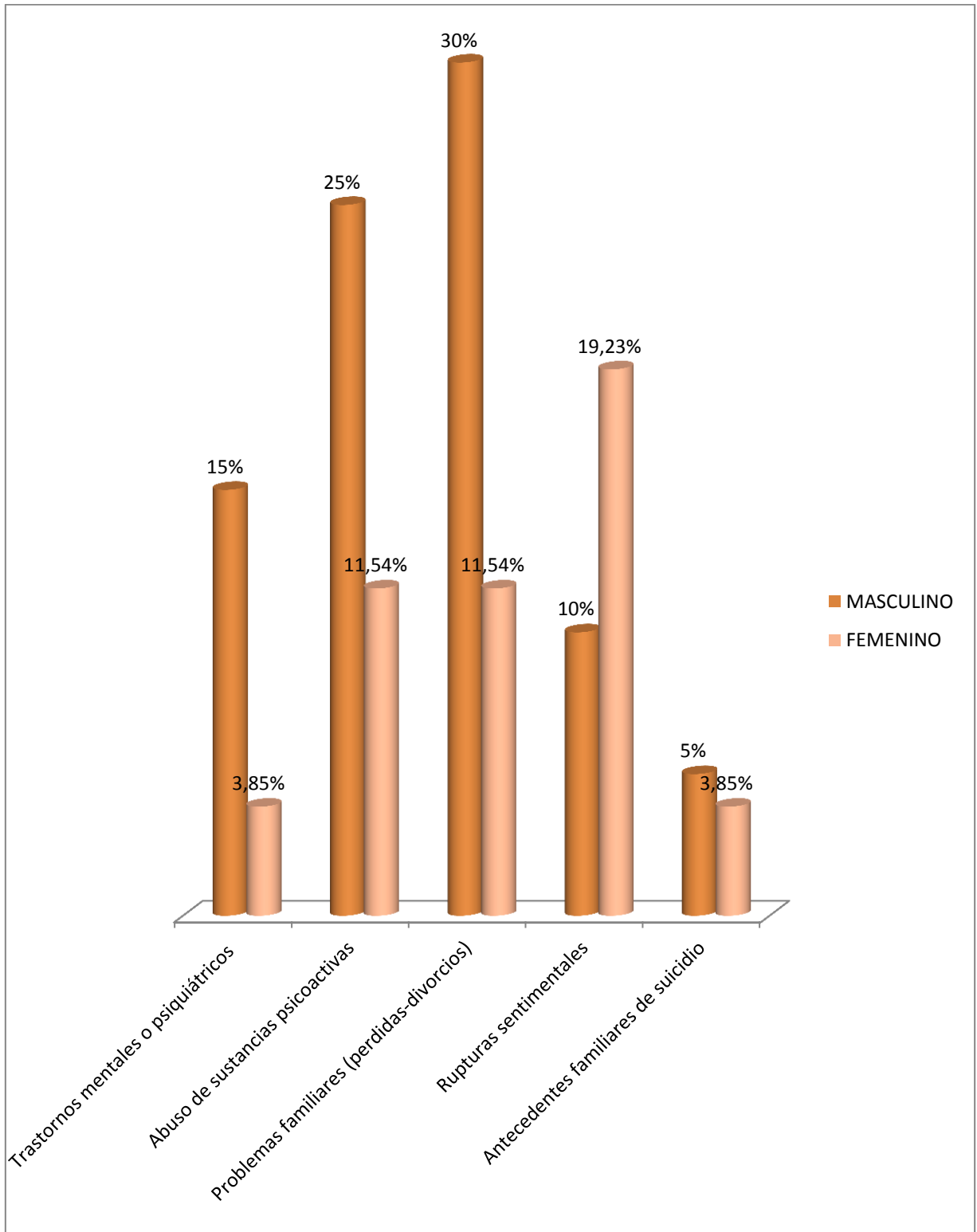
FACTORES DE RIESGO	MASCULINO	%	FEMENINO	%
Trastornos mentales o psiquiátricos	3	15	1	3,85
Abuso de sustancias psicoactivas	5	25	3	11,54
Problemas familiares (perdidas-divorcios)	6	30	3	11,54
Rupturas sentimentales	2	10	5	19,23
Antecedentes familiares de suicidio	1	5	1	3,85
Violencia intrafamiliar, abuso físico sexual o verbal	1	5	9	34,62
Intento de suicidio previo	1	5	2	7,69
Desempleo o problemas económicos	1	5	0	0
Enfermedades crónicas o terminales	0	0%	0	0%
Experiencias traumáticas en la infancia	0	0	2	7,69
TOTAL	20	100%	26	100%

FUENTE: Historia Clínica Psicológica

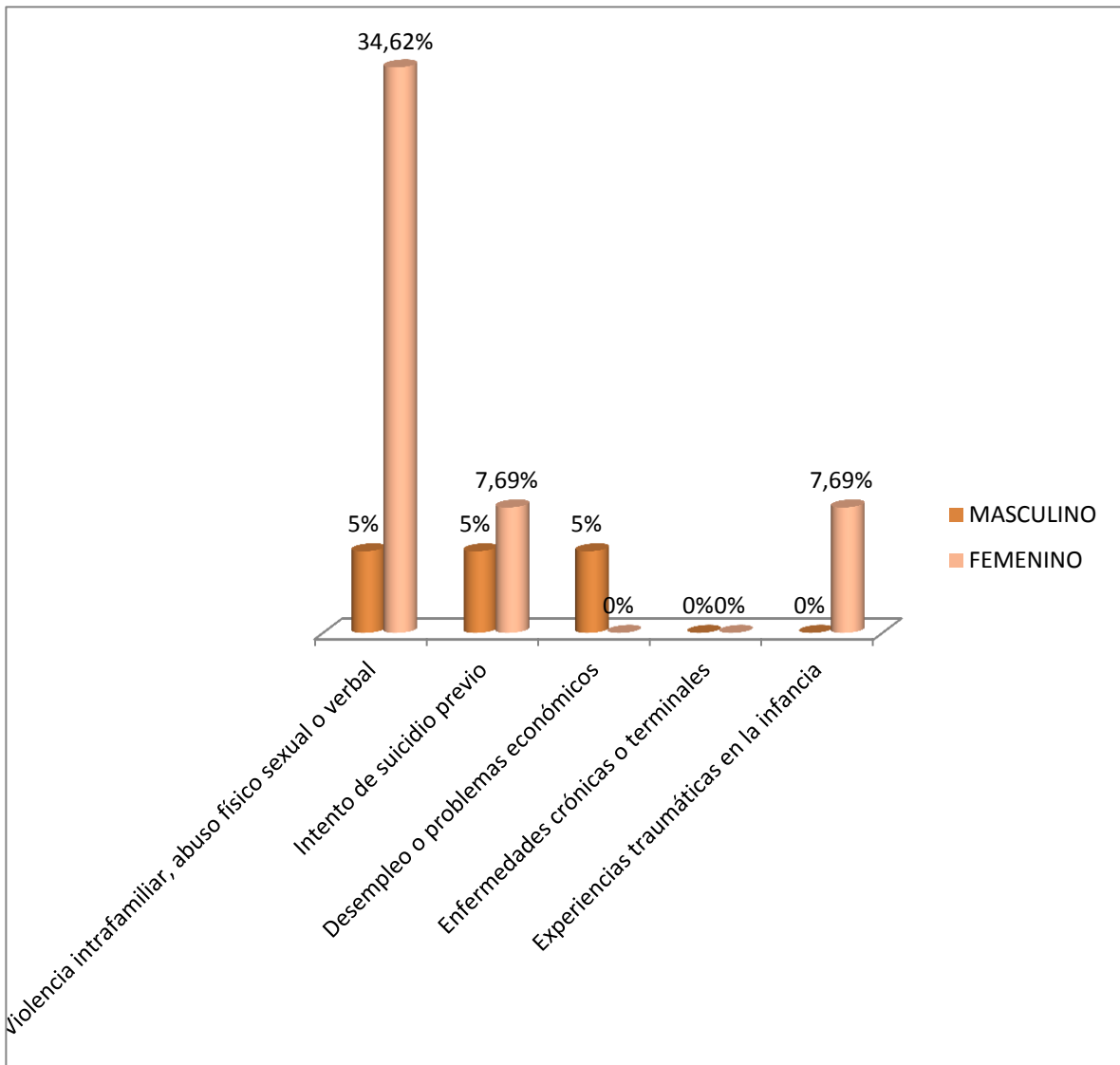
ELABORADO POR: José Luis Vivanco

GRAFICO N°9

TITULO: FACTORES DE RIESGO PARA EL INTENTO SUICIDA POR SEXO



FUENTE: Historia Clínica Psicológica
ELABORADO POR: José Luis Vivanco



FUENTE: Historia Clínica Psicológica
ELABORADO POR: José Luis Vivanco

De acuerdo a los datos obtenidos se tiene que el 15% de los varones y el 3,85% de las mujeres presentan trastornos mentales o psiquiátricos, el 25% de los varones y el 11,54% de las mujeres presentan abuso de sustancias psicoactivas, el 30% de los varones y el 11,54% de las mujeres presentan problemas familiares, el 10% de los varones y el 19,23% de las mujeres presentan rupturas sentimentales, el 5% de los varones y el 3,85% de las mujeres presentan antecedentes familiares de suicidio, el 5% de los varones y el 34,62% de las mujeres presentan antecedentes de violencia intrafamiliar, abuso físico sexual o verbal, el 5% de los varones y el 7,69% de las mujeres presentan intento de suicidio previo, el 5% de los varones y el 0% de las mujeres presentan problemas económicos y desempleo, el 0% de varones y mujeres no presentan

enfermedades crónicas o terminales y finalmente con un 0% que corresponde a los varones y el 7,69% de las mujeres han presentado experiencias traumáticas en la infancia.

TABLA N° 10

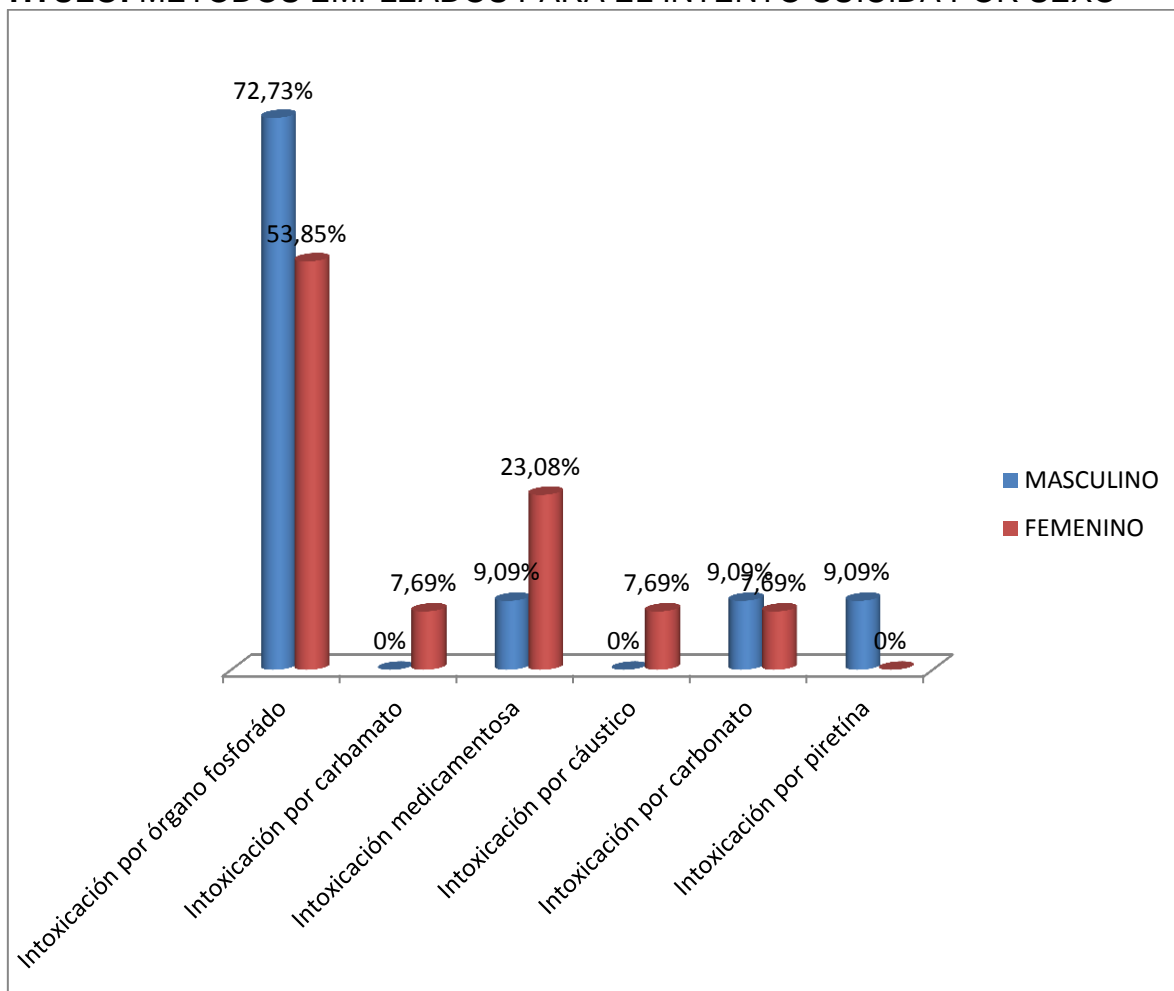
TITULO: METODOS EMPLEADOS PARA EL INTENTO SUICIDA POR SEXO

MÉTODO	MASCULINO	%	FEMENINO	%
Intoxicación por órgano fosforado	8	72,73	7	53,85
Intoxicación por carbamato	0	0	1	7,69
Intoxicación medicamentosa	1	9,09	3	23,08
Intoxicación por cáustico	0	0	1	7,69
Intoxicación por carbonato	1	9,09	1	7,69
Intoxicación por piretina	1	9,09	0	0
TOTAL	11	100%	13	100%

FUENTE: Historia Clínica Psicológica
ELABORADO POR: José Luis Vivanco

GRAFICO N° 10

TITULO: METODOS EMPLEADOS PARA EL INTENTO SUICIDA POR SEXO



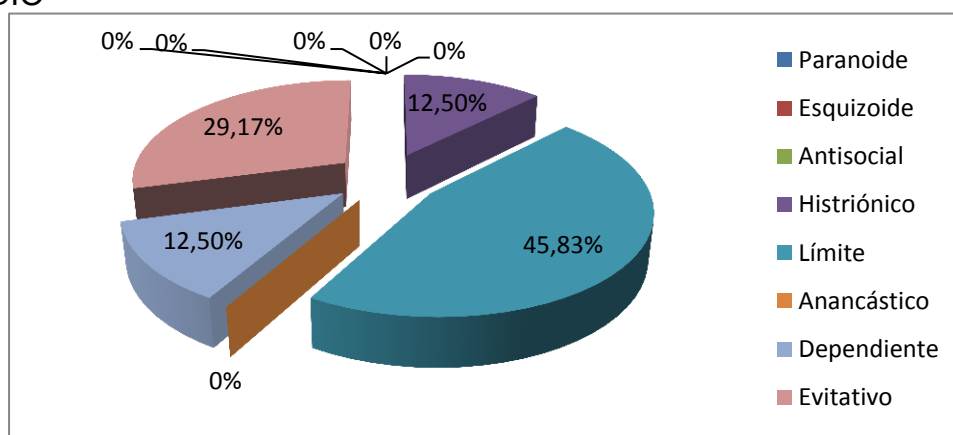
FUENTE: Historia Clínica Psicológica
ELABORADO POR: José Luis Vivanco

En cuanto a los métodos empleados para el intento de suicidio se obtuvo que el 0% de las mujeres y el 9,09% de los varones presentaron intoxicación por piretina, el 7,69% de las mujeres y el 9,09% de los varones presentaron intoxicación por carbonato, el 7,69% de las mujeres y el 0% de los varones presentaron intoxicación por cáustico, el 23,08% de las mujeres y el 9,09% de los varones presentaron intoxicación medicamentosa, el 7,69% de las mujeres y el 0% de los varones presentaron intoxicación por carbamato y finalmente el 53,85% de las mujeres y el 72,73% de los varones presentaron intoxicación por órgano fosforado.

TABLA N°11**TITULO: RASGOS DE PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES CON INTENTOS DE SUICIDIO**

RASGOS DE PERSONALIDAD	FRECUENCIA	%
Paranoide	0	0
Esquizoide	0	0
Antisocial	0	0
Histriónico	3	12,5
Límite	11	45,83
Anancástico	0	0
Dependiente	3	12,5
Evitativo	7	29,17
Esquizotípico	0	0
Narcisista	0	0
TOTAL	24	100%

FUENTE: Historia Clínica Psicológica
 ELABORADO POR: José Luis Vivanco

GRAFICO N°11**TITULO: TIPO DE PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES CON INTENTOS DE SUICIDIO**

FUENTE: Historia Clínica Psicológica
 ELABORADO POR: José Luis Vivanco

De acuerdo a la valoración en cuanto al tipo de personalidad, del 100% de la población, encontramos que el 45,83% de los pacientes presentan rasgos de personalidad límite, el 29,17% de los pacientes presentan rasgos de personalidad evitativo, existen pacientes que presentan rasgos de personalidad histriónico y dependiente con un 12,50% para cada rasgo y finalmente no constan pacientes con rasgos de personalidad paranoide, esquizoide, antisocial y anancástico que corresponde al 0% para cada una. Por lo tanto de la población estudiada existe mayor prevalencia de rasgos de personalidad límites.

7. DISCUSIÓN

Este trabajo de investigación nos ayuda a determinar que los intentos de suicidio suelen estar asociados en el 90% de casos a una patología psiquiátrica siendo la más importante la depresión, por lo tanto se requiere realizar un diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz con el objetivo de disminuir este problema de salud pública.

No se ha encontrado estudios de tesis en cuanto a la relación de la depresión con los intentos de suicidio dentro de la provincia de Loja. Por lo que el presente trabajo investigativo se constituye en el primer estudio de la problemática existente en este tema siendo así un trabajo innovador con interesantes resultados. Por tanto los mismos constituyen la epidemiología a nivel provincial y se encuentran en el departamento de estadística del Hospital Provincial General Isidro Ayora.

A continuación se presentan trabajos investigativos encontrados en artículos de internet donde se obtuvieron los siguientes resultados:

El presente estudio forma parte de una serie de investigaciones longitudinales para evaluar los cambios epidemiológicos y clínicos de la depresión y la conducta suicida en México en el año 2004 por Lara Tapia Héctor. Se estudiaron los casos de conducta suicida atendidos en los diversos servicios hospitalarios dentro de un sistema de seguridad social, en un lapso de tres años, clasificándose por diagnóstico y variables demográficas. De 5,676 pacientes psiquiátricos, 263, que corresponden a 6.48% del total se atendieron por conducta suicida, principalmente con cuadros de depresión mayor, del sexo femenino y adultos jóvenes. La mayor frecuencia se atendió en servicios de Urgencias. Diversas complicaciones presentó 12.67% y sólo ocurrió una defunción, 0.33% del total. La mayor frecuencia de suicidas corresponde a mujeres, en la etapa del climaterio, asociadas a un cuadro depresivo mayor. Se observa más en los servicios de Urgencias y en la referencia a la hospitalización psiquiátrica. Existe una elevada tendencia a incrementarse en menores de edad, sin distinción de sexos. Debido a sus datos éste es uno de los estudios más integrativos acerca de la depresión y el suicidio en México.¹¹

¹¹http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=24434&id_revista=15

Se presenta el estudio realizado por el Dr. Américo Reyes y la Lic. Ruth Espinazo sobre los intentos suicidas llevados a cabo en varios Hospitales de Honduras desde Junio de 2007 hasta Mayo de 2008, considerando las siguientes variables: depresión, edad, sexo, mes, ubicación geográfica y método de suicidio. Como datos más relevantes se encuentran: Depresión mayor (80%), el intento suicida fue más frecuente (52.4%) en menores de 30 años, prevaleciendo el sexo femenino en una proporción de 7 a 1. Los meses en que más se intentaron suicidar fueron septiembre y octubre y los departamentos con mayores tasas de suicidio correspondieron a los Hospitales de Intibucá y Francisco Morazán. El envenenamiento por compuestos fosforados resultaron ser los métodos más empleados por los pacientes Hondureños.¹²

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y analítico de 62 pacientes que acudieron con historia de intento de suicidio al servicio de emergencia del Hospital General "Arzobispo Loayza" (Perú), por Dante Duran (Médico Cirujano de la Universidad Cayetano Heredia), Guido Mazzotti (Médico Psiquiatra del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" y Aldo Vivar (Médico Internista del Hospital en estudio). Se efectuó por medio de una entrevista que consistió en la aplicación de dos encuestas; la primera constó de tres partes: filiación, episodio actual y antecedentes; y la segunda fue el SCID-I (DSM-IV). Se determinó las características sociodemográficas, motivaciones, antecedentes y la prevalencia de episodio depresivo mayor en la población de estudio. Se concluye que el paciente que acude con historia de intento de suicidio a la emergencia de un hospital general en nuestro país suele ser de sexo femenino, joven, soltera, con grado de instrucción secundaria, desempleada, católica, de procedencia urbana, que llega a la emergencia somnolienta por la ingesta de raticidas o sobredosis de fármacos, motivada por un problema familiar o de pareja. La prevalencia de episodio depresivo mayor en esta población fue de 41.9%. La presencia de episodio depresivo mayor estuvo asociada con sexo femenino, edad mayor de 35 años y antecedente personal de enfermedad psiquiátrica.¹³

En la Universidad de Puerto Rico se realizó un estudio elaborado por Jeannette Rosselló y Mayra N. Berríos Hernández con el propósito examinar la relación

¹² www.bvs.hn/RMH/pdf/1993/pdf/Vol61-3-1993-5.pdf

¹³ [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/intento de suicidio y depresión mayor.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/intento_de_suicidio_y_depresion_mayor.htm)

entre ideación suicida y depresión en una muestra clínica de adolescentes puertorriqueños/as, entre las edades de 15 a 18 años (61 féminas y 52 varones). Los/as participantes fueron evaluados con los siguientes instrumentos: Identificación de Riesgo Suicida en Adolescentes (IRSA), Inventario de Depresión (CDI). Los análisis estadísticos revelaron una relación significativa entre ideación suicida y depresión. Se discuten las implicaciones de estos resultados para la prevención, tratamiento y futuros estudios.¹⁴

Se realizó un estudio descriptivo transversal a 13 de los 24 pacientes que acudieron a la urgencia del Hospital Central <<Julio Méndez Barreneche>> de la ciudad de Santa Marta (Colombia) con diagnóstico de intento de suicidio. Previo consentimiento verbal de aceptación se les aplicaron tres instrumentos de medición en cuatro sesiones: Entrevista diseñada por los autores (Heidy Reyes Pérez, Rina Castro, Liliana Polo y Guillermo Cevallos) que recoge datos sociodemográficos, el Inventario de Orientación para el Suicidio (ISO-30) y la Escala autoaplicada para la depresión de Zung. El perfil encontrado en este estudio señala que la gran mayoría de quienes lo intentan, independientemente del sexo, son personas menores de 30 años, solteros, desempleados, con bajo nivel económico y educativo; el 38% de la muestra han efectuado dos intentos anteriores de los cuales el 80% pertenece al sexo femenino. El intento lo hacen ingiriendo sustancias medicamentosas, insecticidas y raticidas. La mayoría presentó un alto puntaje en ideación suicida y depresión, lo que hace que a esta población se le deba prestar la mayor atención.¹⁵

Se realizó un estudio por Martha Caicedo y Karim Jiménez con el objetivo de analizar la relación entre la depresión mayor y las características sociodemográficas y psicológicas de pacientes hospitalizados en la Clínica Nuestra Señora de la Paz que habían sido atendidos por el servicio de Psicología, en el periodo 2008-2009 con diagnóstico de depresión mayor. El método fue de tipo descriptivo-exploratorio; se trabajó con una población de 100 pacientes a quienes se les hizo una entrevista semiestructurada; se revisó la historia clínica institucional con el fin de complementar información. Para el análisis se utilizaron procedimientos de estadística descriptiva: combinación de variables. Entre los

¹⁴ www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIPO36a0/RIPO3831.pdf

¹⁵ redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80634405.pdf

resultados el 47% presento diagnóstico de depresión mayor con uno o más intentos de suicidio; 25% presento como método de suicidio utilizado la ingesta de sustancias. Este estudio refleja la notoria influencia de variables psicológicas y sociodemográficas en la manifestación del trastorno depresivo mayor.¹⁶

Las investigaciones anteriores respaldan los resultados obtenidos en el presente estudio ya que se puede demostrar la relación existente entre la Depresión y los Intentos de Suicidio. Así las estadísticas de esta investigación muestran en la depresión moderada el 36,36% para los hombres y el 30,77% para las mujeres; además se evidencia un 54,55% de varones y un 69,23% de mujeres que presenta depresión grave. Este trabajo actualizado se ha dedicado a abordar dicho problema de salud, esperando que sea una vía de información, para psicólogos, psiquiatras, médicos de familia y otros profesionales de la salud, involucrados en la atención, prevención, investigación y seguimiento de pacientes con dicha dolencia.

¹⁶<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=262988&indexSearch=ID>

8. CONCLUSIONES

Del estudio de la depresión y su relación con los intentos de suicidio en los pacientes que son atendidos en el Área de Clínica del Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja durante el periodo Enero a Julio 2011 se concluye lo siguiente:

- Mediante los resultados obtenidos en esta investigación se puede deducir que existe una clara relación de la depresión con los intentos de suicidio en los pacientes que son atendidos en el área de Clínica del Hospital “Isidro Ayora”.
- Se identificó que el grupo de edad más afectada por los intentos de suicidio son los adolescentes y adultos jóvenes, sexo femenino, de procedencia urbana, con instrucción secundaria incompleta, estado civil solteros, de ocupación quehaceres domésticos para las mujeres y albañilería para los varones.
- Según los factores asociados al intento suicida se encontró presente principalmente los conflictos de familia, violencia intrafamiliar (abuso físico sexual o verbal) y el abuso de sustancias psicoactivas, además las rupturas sentimentales, trastornos mentales o psiquiátricos, experiencias traumáticas en la infancia y antecedentes de intentos de suicidio.
- El método más utilizado en los intentos suicidas fue el uso de compuestos órgano fosforados y además la sobredosis medicamentosa.
- De acuerdo a los resultados obtenidos de la aplicación del reactivo psicológico para determinar la intensidad de la depresión se puede concluir que el diagnóstico que sobresale es el de una depresión grave.
- Mediante los resultados obtenidos luego de ser aplicado el reactivo psicológico para determinar el tipo de riesgo suicida se logró demostrar que los pacientes presentan alto riesgo suicida.

- Se evidencio además que un número considerable de pacientes presentan rasgos de personalidad Límite.
- Por lo expuesto anteriormente he creído conveniente la elaboración de un plan psicoterapéutico que permita tratar dicha problemática y de esta forma colaborar en la recuperación de los pacientes, mejorando su salud mental.

9. RECOMENDACIONES

A nivel Gubernamental

- Que el programa de Salud Mental del Ministerio de Salud dirija los esfuerzos en la prevención del intento de suicidio, principalmente en los jóvenes haciendo una intervención primaria por medio de la educación en salud en los centros escolares tanto primarios como secundarios.
- Ejecutar procesos de evaluación y control a los expendios de plaguicidas evitando la libre comercialización de los mismos para fines autodestructivos especialmente los compuestos *Órganos Fosforados*.
- Monitorear el funcionamiento de los establecimientos con autorización para la venta y distribución de medicamentos con la finalidad de restringir el consumo inadecuado de los fármacos con propósitos autolesivos.

Al Hospital "Isidro Ayora"

- Crecimiento de recursos en el ámbito de la Salud Mental: incremento del número de profesionales en el Área de Psicología Clínica contratados y comprometidos para que puedan realizar actividades de promoción, prevención primaria, secundaria y terciaria tanto a nivel individual, familiar y comunitario.

10. PLAN DE INTERVENCIÓN

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICO

PRESENTACIÓN

El enfoque del tratamiento del suicidio siempre debe ser multimodal, incluyendo terapias que abarquen los diferentes ámbitos del entorno ecológico del paciente sin que necesariamente dichas intervenciones representen a una escuela terapéutica única específica, Lógicamente, cada intervención si debe responder a un modelo específico de abordaje, pero entre una y otra medida de intervención no debe haber contraposición.

Debemos siempre recordar que todo intento de suicidio puede ser un suicidio en potencia y, por tanto, las medidas terapéuticas se plantearan siempre desde esa óptica y que el primer objetivo de la intervención terapéutica es prevenir la repetición del intento suicida. Se pretende trabajar con la terapia Cognitiva a la reestructuración de pensamientos disfuncionales, cambiar las ideas pesimistas, las expectativas irreales y la autoevaluación abiertamente crítica, que ocasionan comportamientos disruptivos.

La terapia cognitiva ayuda al paciente a reconocer qué problemas en su vida son críticos y cuáles son de menor envergadura. También ayuda a plantearse metas positivas en la vida y una mejor forma de auto-supervisión positiva. Se pretende que los pacientes adquirieran herramientas, habilidades y destrezas, por medio de la participación en un proceso terapéutico, que les permita reflexionar sobre su situación, empoderarse y progresivamente tomar control sobre sus vidas.

OBJETIVOS

- ✓ Desarrollar una experiencia terapéutica individual y familiar de los pacientes con intentos suicidas, utilizando la Psicoeducación, el enfoque cognitivo con el fin de contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.
- ✓ Establecer un proceso de reestructuración cognitiva de los estilos de pensamiento del/la adolescente, los mismos que le impiden la resolución

adecuada de los problemas y crisis, desencadenando comportamientos suicidas.

- ✓ Entrenar al/la paciente en técnicas específicas de resolución de problemas y de comunicación. Debido a que los intentos suicidas son generalmente determinados por conflictos en las relaciones interpersonales y por deficiencias en el control emocional.
- ✓ Disminuir la intensidad de los sentimientos de depresión.
- ✓ Llegar a acuerdos con el/la paciente acerca de no atentar contra su vida en un intervalo determinado.
- ✓ Lograr que adquieran herramientas terapéuticas que las apliquen en sus vidas.
- ✓ Brindar conocimientos sobre la posibilidad de suicidio en los adolescentes a nivel familiar mediante la psicoeducación.

INTRODUCCIÓN AL MODELO TERAPÉUTICO COGNITIVO CONDUCTUAL

La terapia cognitivo conductual (TCC) es una modalidad terapéutica clínica-psicológica genuina, la misma que actualmente comprende una gran cantidad de técnicas y medidas de tratamiento diversas y específicas. Estas técnicas se utilizan en los procedimientos terapéuticos tanto individualmente como en combinación, considerando siempre la problemática de base. Es por ello que la terapia cognitivo conductual no se puede definir de manera única y como método terapéutico definido que se sustente en un solo modelo teórico. Su base teórica está representada por un sinnúmero de modelos explicativos específicos e inespecíficos y un cuerpo de técnicas derivadas de la psicología cognitiva, la teoría del procesamiento de la información y la teoría de los sistemas.

Por todo lo enunciado anteriormente, la definición de esta forma terapéutica debe incluir el amplio espectro de modelos y métodos que la representan, permitiendo nuevos desarrollos a futuro.

Es por ello que Margraf en 1995 sugiere no concebir la terapia Cognitivo-Conductual como una escuela terapéutica o como un conjunto de técnicas, sino más bien como un sistema psicoterapéutico básico.

Concretamente, esta modalidad terapéutica puede definirse de la siguiente manera:

“La terapia cognitivo conductual es una orientación psicoterapéutica esencial basada en la psicología experimental. Ella comprende técnicas específicas e inespecíficas de tratamiento que persiguen una mejoría sistemática de la problemática abordada. Las medidas aplicadas tienen como finalidad metas operativas y concretas en todos los planos de la conducta y las vivencias. Dichas medidas se derivan de la elaboración de un diagnóstico del trastorno y de un análisis individual del problema, y actúan sobre los factores que predisponen al trastorno, así como sobre aquellos que lo desencadenan y/o mantienen. El desarrollo constante de la terapia cognitivo conductual aspira al hecho de asegurar su efectividad de manera experimental y científica”

INDICACIONES TERAPÉUTICAS

Este es un aspecto importantísimo, sobre cuya base puede caracterizarse la terapia cognitivo conductual. Hablamos aquí de la indicación terapéutica de un programa específico de técnicas cognitivo conductuales.

Cuando está indicada la psicoterapia de este modelo, se debe escoger y elaborar un programa terapéutico concreto para el trastorno de base en el que se va a intervenir. Este programa debe adecuarse a las condiciones individuales del paciente.

A través del desarrollo de métodos y técnicas terapéuticas específicas se ha logrado elaborar conclusiones directas sobre el tipo de procedimientos terapéuticos correspondientes a cada clasificación nosológica de los pacientes. De esta manera el terapeuta dispone de técnicas practicables bajo condiciones cotidianas para la solución de los problemas de un trastorno específico, las mismas que son flexibles para casos concretos e individuales de cada paciente.

La decisión de aplicar una técnica concreta presupone ser lo suficientemente competente a la hora de elaborar el diagnóstico y determinar la indicación terapéutica de dicho método.

Además se debe analizar el problema minuciosamente para poder determinar la adaptación individual del programa terapéutico. Tanto el diagnóstico adecuado, como el análisis del problema de base son las bases para encontrar decisiones coherentes de indicación en la práctica de la psicoterapia cognitivo conductual.

ELEMENTOS BÁSICOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Vamos a describir los elementos básicos y necesarios de la relación terapéutica que permiten el buen desarrollo de la terapia. Para ello nos vamos a referir a la descripción que hace Beck (1979) de estos elementos relacionales.

Características deseables del terapeuta

Se consideran como necesarias, pero no suficientes, que el terapeuta posea tres competencias relacionales básicas:

- **Aceptación,**
- **Empatía, y**
- **Autenticidad**

Por aceptación se entiende el interés mostrado por el terapeuta hacia el paciente y su problemática, el mismo que no debe ser demasiado efusivo ni proteccionista. Hay que señalar que las muestras de este interés terapéutico son interpretadas por el paciente, y que el grado de aceptación percibida pesa más que la conducta del terapeuta al respecto.

La empatía se refiere a la habilidad del terapeuta de entrar en el mundo del paciente y experimentar cognitivamente y afectivamente el mundo como lo hace este. El terapeuta puede facilitar esta labor si devuelve al paciente expresiones referentes a su modo de percibir los eventos y sus estados emocionales asociados, haciéndolo en forma de hipótesis a contrastar por el feedback del paciente.

La autenticidad, se refiere a la franqueza del terapeuta con el paciente, para que este tenga una imagen realista de lo que puede y no puede esperar sobre el terapeuta o la terapia. Sin embargo es conveniente que esta franqueza sea conjugada con la diplomacia y se manifieste en momentos oportunos.

LA INTERACCIÓN TERAPÉUTICA

La TCC considera que hay tres factores básicos que ayudan a mantener la relación terapéutica iniciada (Beck, 1979):

1. La confianza básica: percepción del paciente que ve la relación con el terapeuta como segura y no amenazante y que le permite expresar sus dificultades con la esperanza de encontrar solución a sus dificultades.

2. El rapport: acuerdo de metas, objetivos y procedimientos terapéuticos entre el paciente y el terapeuta. Es útil que el terapeuta clarifique las expectativas terapéuticas que el paciente trae a terapia; que las contraste con el paciente si le parecen poco razonables o inadecuadas.

3. la colaboración terapéutica: el terapeuta y el paciente forman un equipo de trabajo que tiene como fin detectar los pensamientos negativos, los supuestos personales y trabajar su modificación.

REACIONES DE TRANSFERENCIA Y CONTRA-TRANSFERENCIA

Uno de los principales problemas es la aparición de reacciones de transferencia y contra-transferencia en la terapia.

La TCC (Beck, 1979) considera que estos problemas derivan igualmente de cogniciones disfuncionales, y que normalmente aparecen con relación a la aplicación de las tareas para casa y a la evaluación de los progresos terapéuticos. Esta terapia considera que la transferencia deriva de la percepción errónea o irracional del paciente sobre el terapeuta y lo que puede esperar de este, y que le lleva a experimentar una serie de sentimientos (positivos o negativos) y a manifestar una serie de conductas (Ejemplo: resistencias) que impiden el desarrollo adecuado de la terapia.

La contra-transferencia derivaría igualmente de la percepción errónea del paciente por parte del terapeuta y lo que puede esperar de este, y que le llevaría a experimentar sentimientos (positivos o negativos) hacia este, de modo que su conducta resultaría improductiva para la labor terapéutica.

El tratamiento de estas dificultades es similar al que tienen otras distorsiones y creencias disfuncionales. Sin embargo, Beck (1979, 1982) ha dedicado una especial atención a estos temas refiriendo una serie de cogniciones disfuncionales que contribuyen a estos problemas y cómo manejarlas.

RESISTENCIA AL CAMBIO TERAPEUTICO

Para la TCC “la resistencia” viene definida por la conducta del paciente y del terapeuta que es anti-terapéutica para el logro de los objetivos de modificación cognitiva. La causa de la resistencia se encuentra en actitudes y conductas por parte del paciente y del terapeuta que no facilitan la colaboración terapéutica (Beck, 1979).

Tenemos dos estrategias para el manejo de las resistencias:

- **Estrategia de modificación:** Consiste en detectar las cogniciones y conductas inadecuadas a su base y ofrecer alternativas para su modificación.
- **Estrategia de respeto:** Consiste en detectar, igualmente las cogniciones y conductas a su base y ofrecer una explicación aceptable para el sujeto de las mismas, de modo que cambie su función sin necesidad de oponerse a ellas.

OBSTÁCULOS POSIBLES DURANTE LA TERAPIA

De modo resumido podemos agrupar estos obstáculos de la siguiente manera:

1. Derivados de la relación:

- Problemas transferenciales y contratransferenciales
- Adecuación del estilo terapéutico al tipo de paciente.

2. Derivados de las tareas para casa entre sesiones:

- Problemas de comprensión de la tarea.
- Aplicación errónea en la tarea.
- Expectativas y evaluaciones erróneas sobre las tareas.

3. Derivados de la evaluación

- Criterios de evolución irrealistas.
- Falta de acuerdo sobre objetivos de intervención.¹⁷

¹⁷ Suicidio: Una realidad en Latinoamérica. Juan Carlos Martínez/Emma Saad/Jorge Forero. Pág. 229-235

FASES DEL PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICO

Para la elaboración del Plan de Intervención Psicoterapéutico se seguirán las siguientes fases:

1. Encuadre
2. Diagnostico
3. Planificación de sesiones
4. Intervención
5. Seguimiento

PRIMERA FASE: ENCUADRE

En las primeras sesiones se trabaja en el **rapport** en el sentido de “garantizar una relación con el paciente dentro de los marcos de una confiabilidad; dar muestras de honestidad y que el paciente así lo sienta; tratarlo como un ser humano al cual debe respetarse; darle la importancia que el paciente le confiere a los hechos por el consultados” a su vez el rapport implica una cualidad, un entendimiento mutuo, un respeto y un interés sostenido que deberá comunicarse desde el primer contacto hasta el último. El rapport se forma en base al interés demostrado por el terapeuta, a la capacidad de respuesta emocional que poseen paciente y terapeuta. La actitud del terapeuta debe ser permisiva, comprensiva, respetuosa, cordial y de aceptación, cuidándose en detalles en la gesticulación, posturas, atención brindada, signos de intranquilidad. En el encuadre básicamente el terapeuta hace un convenio con el paciente, en cuanto al tipo de terapia, la duración de la misma, así como también se habla sobre los límites de terapeuta-paciente, los logros que se pretende alcanzar, el sentido de la confidencialidad además de establecerse los objetivos de las terapias y compromisos por parte del terapeuta como del paciente.

SEGUNDA FASE: DIAGNOSTICO

Es necesario al ingreso de un paciente, realizar una completa historia clínica que permita evaluar antecedentes familiares de suicidio, ideas de suicidio, gestos previos, intentos anteriores, razón de la hospitalización actual, diagnósticos previos y finalmente formular un diagnóstico actual. A través de una búsqueda

selectiva que exija un trabajo analítico-sintético del terapeuta y que atienda a los síntomas principales, a las formas adaptativas del sujeto, su modo de vida y luego de la aplicación de reactivos, de la observación e historia clínica nos encaminamos a dar un diagnóstico. De esta manera se puede planificar un proceso terapéutico de acuerdo a la necesidad de cada paciente.

TERCERA FASE: PLANIFICACIÓN DE SESIONES

El enfoque del tratamiento del suicidio siempre debe ser multimodal, incluyendo terapias que abarquen los diferentes ámbitos del entorno ecológico del/la paciente sin que necesariamente dichas intervenciones representen a una escuela terapéutica única específica. Lógicamente cada intervención si debe responder a un modelo específico de abordaje es por ello que se empleara el tipo de **terapia Cognitivo-Conductual**.

Los criterios terapéuticos que se debe emplear a la hora de tomar decisiones concernientes al plan de tratamiento de un paciente con intentos suicidas deben tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- El abordaje se hará siempre con perspectiva ecosistémica con un equipo multidisciplinario con dinámica interdisciplinaria sin afán de competencia sino de trabajo mancomunado y complementario.
- La propuesta de terapia debe ser inmediata y con criterio especializado.
- Debe existir una motivación especial para el tratamiento, tanto en los terapeutas involucrados como en el/la paciente suicida.
- El terapeuta asumirá por momentos un rol activo y directivo.
- El plan terapéutico debe ser estructurado y presentado de manera clara y comprensible al/la paciente de forma específica para cada caso en particular de acuerdo a las características individuales del paciente.

En base a estos criterios en cada una de las sesiones se trabajará por un lado la funcionalidad del paciente suicida ofreciéndole estrategias que le permitan modificaciones en las variables cognitivas y en sus fluctuaciones emocionales, lo que a su vez permitirá controlar mejor su conducta. Por otra parte, se deben realizar sesiones terapéuticas para disminuir de manera general la conducta

impulsiva, de modo que la posibilidad de aparición de estrategias erróneas y no mediatas de resolución de problemas disminuya notablemente.

Planificación de sesiones

En la primera sesión se trabaja en:

- Establecimiento del Rapport
- Confesión y desinhibición emocional.- En donde se facilita el relato libre para eliminar la tensión del paciente y buscar el alivio de la ansiedad inicial con que llega. Es importante estar ausentes de crítica y asombro ante el relato.
- Estrategias de estimulación y de apoyo.- cuando ya se ha formado un criterio general sobre el sujeto y el problema, debe emplearse frases de apoyo, o reafirmaciones para conseguir confianza, optimismo y tranquilidad en los inicios del tratamiento, mediante intervenciones dirigidas a persuadir o sugerir al paciente sobre la factibilidad real del tratamiento.
- Explicación del manejo de las terapias. (Encuadre)
- Establecimiento de objetivos. En los cuales trabaja el paciente y terapeuta.

Posteriormente se iniciará trabajando en disminuir la presencia de condiciones desencadenantes y/o reforzadoras de la conducta suicida mediante la modificación de pensamientos disfuncionales.

Además se tomará en cuenta las crisis y aspectos intermitentes que requieren ayuda puesto que estos pueden aparecer en algunas ocasiones también la recurrencia o empeoramiento de las condiciones que afectan al paciente y que puede derivar en una crisis.

En las sesiones posteriores se utilizara diversas técnicas de acuerdo a las necesidades del paciente:

SESIÓN N° 1

- **TECNICA:** Establecer la relación terapéutica
- **OBJETIVOS:**
 - ✓ Establecer rapport para generar ambiente de confianza.
 - ✓ Exponer propuesta metodológica y pautas de funcionamiento terapéutico.
- **PROCEDIMIENTO:**
 - Presentación del terapeuta.
 - Incentivar a los pacientes a la participación a través de una charla educativa sobre la importancia de la intervención psicológica.
 - Fijar límites.
 - Explicación de objetivos terapéuticos, metodología y funcionamiento.
 - Establecimiento de acuerdos compromisos y normas.

PSICOTERAPIA FAMILIAR:

- **TEMA:** Afrontar la Crisis
- **OBJETIVO:** Facilitar la expresión de sentimientos y la toma de decisiones frente a lo ocurrido.
- **PROCEDIMIENTO:** La familia suele presentarse con emociones mezcladas, confusión, dolor, culpabilidad, impotencia, miedo, o con negación frente al hecho suicida, sin saber qué hacer, muy angustiados y/o bloqueados. La intervención debe ayudar a expresar este sentir de emergencia, para llegar a una normalización de las reacciones. También se busca una negociación de los ajustes necesarios para la respuesta de emergencia, los padres deben tomar decisiones frente a lo ocurrido y la forma de tratamiento, involucrándose activamente en la búsqueda de ayuda, proporcionando apoyo y haciéndole saber al paciente que no está solo y que los problemas pueden resolverse.

SESION °2:

- **TECNICA:** Psicoeducación
- **OBJETIVO:** Crear concienciación del paciente en la necesidad del tratamiento.
- **PROCEDIMIENTO:** Después se procederá a explicar el objetivo principal de la sesión aplicar psicoeducación sobre la dinámica de la depresión y sus características, el suicidio sus consecuencias y mecanismos de afrontamiento.

SESIÓN ° 3:

- **TÉCNICA:** Detención del pensamiento
- **OBJETIVO:** Eliminar los pensamientos automáticos que puedan inhibir la ejecución de una conducta positiva y/o desencadenar las conductas suicidas.
- **PROCEDIMIENTO:** Cuando empiecen a encontrarse incómodos, nerviosos o alterados, préstenle atención al tipo de pensamientos que están teniendo, e identifiquen todos aquellos con connotaciones negativas. Una vez detectado el pensamiento no deseado interrumpirlo utilizando generalmente la orden de “stop” o “basta”, o bien algún ruido fuerte para interrumpir los ruidos desagradables, además se sustituyen los pensamientos negativos por otros más positivos.

SESIÓN ° 4 :

- **TÉCNICA:** Pruebas de realidad
- **OBJETIVO:** Comprobar el grado de validez que tienen sus pensamientos automáticos.
- **PROCEDIMIENTO:** Las pruebas de realidad consisten en una serie de preguntas que el/la paciente puede realizar dirigidas a sí mismo/a para mantener la seguridad en la creencia de un pensamiento automático:
 - ✓ ¿Qué pruebas tengo para creer esto?
 - ✓ ¿Hay alguna prueba en contra de este pensamiento automático?
 - ✓ ¿Qué quiero decir con...?
 - ✓ ¿Por qué razón pienso o creo eso?
 - ✓ ¿Por qué es importante eso que pienso?

SESIÓN ° 5:

- **TÉCNICA:** Respiración profunda
- **OBJETIVO:** Lograr que los pacientes practiquen los tipos de respiración con la finalidad de reducir las tensiones.
- **PROCEDIMIENTO:** Inspira profundamente mientras cuentas mentalmente hasta 4, Mantén la respiración mientras cuentas mentalmente hasta 4, Suelta el aire mientras cuentas mentalmente hasta 8, Repite el proceso anterior.

De lo que se trata es de hacer las distintas fases de la respiración de forma lenta y un poco más intensa de lo normal, pero sin llegar a tener que forzarla en ningún momento. Para comprobar que haces la respiración correctamente puedes poner una mano en el pecho y otra en el abdomen. Estarás haciendo correctamente la respiración cuando sólo se te mueva la mano del abdomen al respirar (algunos le llaman también respiración abdominal).

SESIÓN ° 6:

- **TÉCNICA:** Entrenamiento en habilidades para la resolución de conflictos - Lluvia de Ideas
- **OBJETIVO:** Enseñar al/la adolescente a tener la capacidad de identificar y priorizar los problemas de su vida diaria proporcionándole entrenamiento para una resolución adecuada de los problemas y las crisis.
- **PROCEDIMIENTO:** Se pide al/la paciente que genere las posibles soluciones en un estilo de “lluvia de ideas”, para luego, a través de una selección con visión realista y centrada en metas concretas, escoger las más adecuadas a la situación del/la paciente. Se trata de escoger estrategias de resolución de problemas y conflictos que el/la paciente pueda aplicar de manera general en su vida, de modo que, en caso de nuevos conflictos, él o ella entiendan y acepten el hecho de no recurrir a comportamientos autolesivos para resolver la situación.

SESIÓN ° 7:

- **TÉCNICA:** Entrenamiento en Habilidades Sociales – Modelado Encubierto
- **OBJETIVO:** Adquisición de comportamientos sociales eficaces que por el momento no están presentes en el repertorio conductual del/la paciente suicida.
- **PROCEDIMIENTO:** Consiste en que el/la paciente imagine un modelo que muestre las conductas adecuadas diferentes a la suicida, las mismas que serían de su agrado poderlas aprender.

SESIÓN ° 8:

- **TÉCNICA:** Entrenamiento en Habilidades Sociales – Ensayo Encubierto
- **OBJETIVO:** Adquisición de comportamientos sociales eficaces que por el momento no están presentes en el repertorio conductual del/la paciente suicida.
- **PROCEDIMIENTO:** Consiste en que el/la paciente se imagine a sí mismo realizando las conductas que no muestra externamente, pero que le gustaría adquirir.

SESIÓN °9:

- **TÉCNICA:** Fortaleciendo el Autoestima
- **OBJETIVO:** Lograr que los pacientes incrementen su amor propio, autoconfianza y autoaceptación.
- **PROCEDIMIENTO:** Se solicitará al paciente que recuerde todas sus cualidades físicas como de su personalidad y los logros que ha alcanzado en su vida. El terapeuta juega un papel importante ya que tendrá que seguir algunos aspectos que el paciente no esté considerando como logros.

SESIÓN ° 10:

- **TÉCNICA:** Entrenamiento Asertivo y de Comunicación
- **OBJETIVO:** Aprender a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de un modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.
- **PROCEDIMIENTO:** Una cuestión adicional es detectar los significados personales que están inhibiendo la comunicación y ofrecer puntos de vistas alternativos, como los llamados “derechos asertivos”. Se trata de que el/la paciente aprendan algunas habilidades de comunicación como son: Resistir tentaciones frente a los ofrecimientos verbales del entorno, Responder de manera justa a la crítica, Solicitar un cambio de comportamiento sin tornarse agresivo, Discrepar con los demás con argumentos válidos, Resistir la interrupción verbal de los otros, reconocer errores, Admitir el desconocimiento de algo, Acabar una conversación y/o una interrelación, Aceptar o rechazar cumplidos, Aceptar o rechazar determinada compañía, Iniciar y mantener conversaciones, Aprender a pedir favores y expresar cumplidos, Aprender a mostrar afecto sin sentirse vulnerable.

SESIÓN ° 11:

- **TÉCNICA:** Entrenamiento en Prevención de Recaídas.
- **OBJETIVO:** Facilitar que el/la paciente implicado en el cambio de una conducta determinada pueda prever, evitar y/o afrontar la recaída en la conducta suicida, que es justamente la que desea modificar.
- **PROCEDIMIENTO:** Se capacita al/la paciente a identificar y afrontar los estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presiones sociales entre otras situaciones para luego poner en práctica estrategias cognitivas (las técnicas anteriores) que permitan controlar el deseo y/o el impulso de realizar la conducta suicida.

SESIÓN ° 12:

- **TÉCNICA:** Elaboración de Plan de Vida
- **OBJETIVO:** Adquirir pautas para llevar una mejor calidad de vida.
- **PROCEDIMIENTO:** Planificación de metas y expectativas del sujeto dentro del área familiar, laboral, social y emocional.

SESIÓN ° 13:

- **TÉCNICA:** Cierre Terapéutico
- **OBJETIVO:** Evaluación del Proceso y los Resultados.
- **PROCEDIMIENTO:** Se realizará un monitoreo sobre los avances de la terapia, además se le explicará al/la paciente los resultados y se dará la necesidad de nuevas terapias en tiempos más prolongados. Se analizarán los test antes utilizados y así se examinarán los diagnósticos actuales con los anteriores con la finalidad de detectar los resultados positivos en el/la paciente.

CUARTA FASE: INTERVENCIÓN

Luego de haber desarrollado la planificación de sesiones se pretende la ejecución del presente Plan de Intervención Psicológico propuesto, dado que es menester que los pacientes con intentos de suicidio reciban tratamiento psicológico oportuno que atienda a sus necesidades, disminuyendo los síntomas de depresión y mejorando su calidad de vida en general.

QUINTA FASE: SEGUIMIENTO

Otra fase a seguir es el seguimiento de los pacientes después de haber tenido un proceso terapéutico, con la finalidad de evitar las recaídas y mantener en el individuo una buena salud mental. Por ello de acuerdo a los resultados obtenidos en cada uno de los pacientes se los incentiva a seguir asistiendo a terapias individuales ya sean semanales o mensuales con la finalidad de continuar con un buen proceso de tratamiento.

11. BIBLIOGRAFIA

- **MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV-TR, AUTORES: LÓPEZ J.V, VALDÉZ M. EDITORIAL MASSON S.A.** Primera Edición. Barcelona 2005. Págs.: 387-543.
- **GUÍA PARA EL DIAGNOSTICO PSICOLÓGICO CLÍNICO Y NEUROPSICOLÓGICO. AUTORES: LUCIO BALAREZO CHIRIBOGA. SILVIA MANCHENO DURAN.** Primera Edición, 2003. Impreso en Ecuador.
- **ARNAU RC, MEAGHER MW, NORRIS MP, BRAMSON R. PSYCHOMETRIC EVALUATION OF THE BECK DEPRESSION INVENTORY-II With Primary Care Medical Patients.** Health Psychology. 2001; 20:112-119.
- **PSICOTERAPIA, ASESORAMIENTO Y CONSEJERÍA. AUTOR: LUCIO A. BALAREZO CHIRIBOGA.** Ediciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (EDIPUCE)-Quito-2003.
- **SUICIDIO: UNA REALIDAD EN LATINOAMÉRICA. AUTORES: JUAN CARLOS MARTÍNEZ, EMMA SAAD, JORGE FORRERO.** Asociación Psiquiátrica de América Latina. Quito-Ecuador. Primera Edición. 2009.
- **LECCIONES DE PSIQUIATRÍA. AUTOR: J.T RODRIGUEZ, F. ORTUÑO.** Editorial Médica Panamericana. Conductas Autolíticas. Cap. 21. Págs. 505 – 513
- **EL SUICIDIO ¿QUÉ SE? AUTOR: PIERRE MORRON. LA COLECCIÓN ENCICLOPÉDICA MÁS IMPORTANTE DEL MUNDO.** Primera Edición en Español. Impreso en México. Imprenta Lito Arte S.A. Introducción Pág. 25 - 28.

Sitios en la web:

- [http:// webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/trabaj_iso_uba.pdf](http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/trabaj_iso_uba.pdf)
- <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php>

- <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1993/pdf/Vol61-3-1993-5.pdf>
- [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/v62_n3-4/intento de suicidio y depresión mayor.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/v62_n3-4/intento_de_suicidio_y_depresion_mayor.htm)
- <http://www.psicorip.org/.pdf>
- <http://redalyc.uaemex.mx/.pdf>
- <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>

12. ANEXOS

Anexo N° 1: Historia Clínica Psicológica:

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

HISTORIA CLÍNICA Nº:

NOMBRE:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

SEXO:

RAZA:

ESTADO CIVIL:

NUMERO DE HIJOS:

INSTRUCCIÓN:

PROFESIÓN:

OCUPACIÓN:

SUELDO MENSUAL:

RELIGIÓN:

TENDENCIA POLITICA:

DIRECCIÓN DOMICILIARIA:

FAMILIAR RESPONSABLE:

PROCEDENCIA:

LUGAR DE RESIDENCIA:

FECHA DE INGRESO:

CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN:

.....

MOTIVO DE CONSULTA:

.....

ENFERMEDAD ACTUAL:

.....

HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD:

.....

PSICOANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLÓGICA:

PRENATAL:

.....

NATAL:

.....

INFANCIA:

.....

PUBERTAD

.....

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

.....

MADUREZ

.....

PSICOANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLÓGICA

.....

HISTORIA SOCIAL:

.....

HISTORIA LABORAL:

.....

HISTORIA PSICOSEXUAL:

.....

EXAMEN DE LAS FUNCIONES PSICOLÓGICAS

CONCIENCIA:

- Lucidez:
- Orientación:
 - o Alopsíquica.
 - o Autopsíquica:
 - o Somatopsíquica
 - o Conciencia de enfermedad:

ATENCIÓN:

- Trastornos Cuantitativos:
 - o Hiperprosexia
 - o Hipoprosexia
 - o Aproxia
- Trastornos cualitativos
 - o Distracción
 - o Distraibilidad
 - o Atención voluntaria
 - o Espontanea o pasiva

SENSOPERSEPCIONES:

- Ilusiones:

- Alucinaciones:
- Pseudoalucinaciones
- Trastornos del esquema corporal
- Despersonalización
- Desrealización

MEMORIA:

- Trastornos cuantitativos:
 - o Hipermnesia
 - o Hipomnesia
 - o Amnesia (retrograda, anterograda, retroanterograda)
- Trastornos Cualitativos:
 - o Pseudoreminiscencias
 - o Confabulaciones
 - o Cliptomnesia
 - o Dismnesias
 - o Paramnesia

AFECTIVIDAD:

- Exaltación
- Depresión
- Hipertimia
- Hipotimia
- Distimia
- Indiferencia afectiva
- Descontrol emocional
- Inestabilidad Emocional
- Reacciones emocionales primitivas
- Reacciones afectivas:
 - o Irritabilidad
 - o Embotamiento
 - o Indiferencia
 - o Apatía
 - o Labilidad
 - o Tenacidad
 - o Ambivalencia

- Contenidos intelectuales:
 - o Ideas fijas
 - o Ideas obsesivas
 - o Fobias

INTELIGENCIA:

PENSAMIENTO:

- Trastornos del curso:
 - o Aceleración
 - o Retardo
 - o Interpretación
 - o bloqueo
- Estructura:
 - o Prolijidad
 - o Perseveración
 - o Incoherencia
 - o Disgregación.
- Contenido
 - o Ideas dominantes
 - o Ideas obsesivas
 - o Ideas Pseudodelirantes
 - o Ideas delirantes

VOLUNTAD:

- Hipobulia
- Abulia
- Actos impulsivos
- Estereotipias
- Amaneramientos
- Sugestividad
- Flexibilidad c6rea
- Obediencia autom6tica
- Negativismo
- Catalepsia

INSTINTOS:

- Nutrici3n

- Sueño
- Defensa
- Instinto Sexual.

HÁBITOS:

- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Consumo de drogas

JUICIO Y RAZONAMIENTO:

- Lógico
- Ilógico
- Paralógicos

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

EXÁMENES PSICOLÓGICOS:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

PSICOANAMNESIS ESPECIAL:

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

PRONÓSTICO:

RECOMENDACIONES:

Anexo N° 2: Reactivos Psicológicos:

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE:.....

EDAD:.....FECHA:.....

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana, incluyendo el día de hoy. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido

- 1.- 0 No me siento triste
1 Me siento triste
2 Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza
3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
-
- 2.- 0 No me siento especialmente desanimado(a) frente al futuro
1 Me siento desanimado(a) frente al futuro.
2 Siento que no tengo nada que esperar
3 Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar
-
- 3.- 0 No creo que sea un fracasado(a)
1 Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
2 Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos
3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
-
- 4.- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la solía obtener antes
1 No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo
2 Ya no tengo una verdadera satisfacción de nada
3 Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo
-
- 5.- 0 No me siento especialmente culpable
1 Me siento culpable una buena parte del tiempo
2 Me siento bastante culpable casi siempre.
3 Me siento culpable siempre

- 6.- 0 No creo que este siendo castigado(a)
1 Creo que puedo ser castigado(a)
2 Espero ser castigado(a)
3 Creo que estoy siendo castigado(a)
-
- 7.- 0 No me siento decepcionado(a) de mí mismo(a)
1 Me he decepcionado(a) de mí mismo(a)
2 Estoy disgustado(a) conmigo mismo(a).
3 Me odio
-
- 8.- 0 No creo ser peor que los demás
1 Me critico por mis debilidades y errores
2 Me culpo siempre de mis errores
3 Me culpo por todo lo malo que me sucede
-
- 9.- 0 No pienso matarme
1 Pienso en matarme, pero no lo haría
2 Me gustaría matarme
3 Me mataría si tuviera la oportunidad
-
- 10.- 0 No lloro más que de costumbre
1 Ahora lloro más de lo que solía hacerlo.
2 Ahora lloro todo el tiempo
3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera
-
- 11.- 0 Las cosas no me irritan más que de costumbre
1 Las cosas me irritan un poco más que de costumbre
2 Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo
3 Ahora me siento irritado(a) una buena parte del tiempo
-
- 12.- 0 No he perdido el interés por otras personas
1 Estoy menos interesado(a) en otras personas que de costumbre
2 He perdido casi todo el interés por otras personas.
3 He perdido todo mi interés por otras personas
-
- 13.- 0 Tomo decisiones casi como siempre
1 Postergo la toma de decisiones más que de costumbre
2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes
3 Ya no puedo tomar más decisiones.
-
- 14.- 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.

- 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo(a) sin atractivos.
 - 2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo(a).
 - 3 Creo que me veo feo(a)
-
- 15.- 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo
 - 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 - 3 No puedo trabajar en absoluto
-
- 16.- 0 Puedo dormir tan bien como siempre
- 1 No duermo tan bien como solía hacerlo
 - 2 Me despierto unas dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme
 - 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormirme.
-
- 17.- 0 No me canso más que de costumbre.
- 1 Me canso más fácilmente que de costumbre.
 - 2 Me canso sin hacer casi nada
 - 3 Estoy demasiado cansado(a) para hacer algo
-
- 18.- 0 Mi apetito no es peor que de costumbre
- 1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser
 - 2 Mi apetito está mucho peor que ahora
 - 3 Ya no tengo apetito
-
- 19.- 0 No he perdido mucho peso, se es que he perdido algo, últimamente
- 1 He rebajado más de dos kilos y medio
 - 2 He rebajado más de cinco kilos.
 - 3 He rebajado más de siete kilos.
-
- 20.- 0 No me preocupo de mi salud más que de costumbre
- 1 Estoy preocupado(a) por mis problemas físicos como, por ejemplo, molestias estomacales, etc.
 - 2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
 - 3 Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
-
- 21.- 0 No he notado cambio alguno recientemente en mi interés por el sexo

- 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estar.
 - 2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo
 - 3 He perdido por completo el interés por el sexo
-

PUNTUACIÓN TOTAL.....NIVEL DE DEPRESIÓN.....

INVENTARIO DE ORIENTACIONES SUICIDAS ISO – 30 (Adaptación Facultad de Psicología – U.B.A)

NOMBRE:.....

EDAD:..... FECHA:.....

Instrucciones: Trata de contestar con la mayor sinceridad, pensando en cómo te sentiste estos últimos seis meses. Ahora lee cuidadosamente cada ítem y contesta con sinceridad. Usa un lápiz para circular la respuesta, por ejemplo: 0 1 2 3. Si decides cambiar una respuesta tacha con una cruz la respuesta original y circula la nueva respuesta, por ejemplo: 0 1 2 3.

Las opciones de respuesta son: **0**: totalmente en desacuerdo, **1**: en parte en desacuerdo, **2**: en parte de acuerdo y **3**: totalmente de acuerdo.

1)	0	1	2	3	Yo debo ser un soñador/a, ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan.
2)	0	1	2	3	Hay muchas posibilidades para mí de ser feliz en el futuro.
3)	0	1	2	3	Generalmente pienso que aún los peores sentimientos desaparecerán.
4)	0	1	2	3	Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí.
5)	0	1	2	3	Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto.
6)	0	1	2	3	Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa. Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluto.
7)	0	1	2	3	Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí.
8)	0	1	2	3	Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo.
9)	0	1	2	3	Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor.

10)	0	1	2	3	Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar a la vida.
11)	0	1	2	3	Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.
12)	0	1	2	3	Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales.
13)	0	1	2	3	Aun cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo forzarme a mí mismo a pensar claramente, si lo necesito.
14)	0	1	2	3	Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien.
15)	0	1	2	3	Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución.
16)	0	1	2	3	Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto.
17)	0	1	2	3	Aun cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar.
18)	0	1	2	3	Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos.
19)	0	1	2	3	Siento como que no pertenezco a ningún lado.
20)	0	1	2	3	Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas.
21)	0	1	2	3	Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad.
22)	0	1	2	3	Siento que tengo control sobre mi vida.
23)	0	1	2	3	Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo.

24)	0	1	2	3	Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer.
25)	0	1	2	3	Para no sentirse mal o solo/a, pienso que la solución es morir.
26)	0	1	2	3	Nadie me amaría si realmente me conociese bien.
27)	0	1	2	3	Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser.
28)	0	1	2	3	Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme).
29)	0	1	2	3	Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar.
30)	0	1	2	3	Si mis cosas empeorasen creo que me mataría.

PUNTUACION TOTAL:..... TIPO DE RIESGO SUICIDA:.....

Anexo N° 3: Historias Clínicas:

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N° 1

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Historia Clínica N°: 293085

Lugar y Fecha de Nacimiento: Loja, 25 de mayo del 1992

Edad: 18 años

Estado Civil: Soltera

Instrucción: Secundaria incompleta (3er año de colegio)

Ocupación: Estudiante

Lugar de Residencia: Loja

Religión: Católica

Fecha de Ingreso: 15 de Marzo del 2011

Número de Internamientos: 1

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Paciente que ingresa al Hospital Isidro Ayora de manera voluntaria, acompañada de su madre, se presenta lúcida y orientada, traída por ambulancia, es internada al piso de clínica (gastroenterología) al realizar intento autolítico ingiriendo aproximadamente 200 ml de cloro (cáustico).

3.- MOTIVO DE CONSULTA

Según la Familia: Madre refiere “Desde hace bastante que se la notaba extraña, no quería hacer nada, no quería comer bien, se descuidó de los estudios y solo pasaba encerrada en su cuarto, yo no sabía que le sucedía porque ella no cuenta nada de sus cosas.” Según la Paciente: Paciente refiere: “No debería estar aquí, me quiero morir, me siento triste, no puedo dormir”.

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que actualmente manifiesta llanto fácil, tristeza, sentimientos de inferioridad, baja autoestima, insomnio de conciliación, hiporexia y angustia, a consecuencia de intento autolítico hace dos días tras ruptura sentimental con pareja, además que ideación suicida se mantiene y refiere sentir frustración al no haber logrado quitarse la vida.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

Paciente refiere, que desde hace dos meses debido a ruptura sentimental con pareja de 4 años, comienza a sentir tristeza, presenta llanto fácil, ideación suicida, insomnio” no podía dormir “, hiporexia, sentimientos de inferioridad, perspectiva sombría del futuro “ no voy a conseguir otra persona así”, anhedonia, disminución de la atención y concentración (bajo rendimiento escolar) y de consumo de alcohol etílico con una frecuencia de cada fin de semana, junto con compañeras, hasta llegar a la embriaguez. Hace dos días al enterarse que su ex pareja va a tener un hijo de otra relación, la sintomatología se exagera considerablemente manifestando angustia, “siento una presión en el pecho”, aislamiento e ideación

suicida que llevaría a que la paciente decida quitarse la vida, ingiriendo aproximadamente 200 ml de cloro (cáustico), por lo que es traída a este centro de salud presentando la sintomatología descrita en el motivo de consulta.

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas adecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar estables, embarazo planificado, sin traumas prenatales, asistiendo a controles periódicos.

Natal: La Paciente nace por parto normal atendido por facultativos en casa de salud. Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, recibiendo todas las inmunizaciones.

Infancia: ingresa a la escuela a la edad de 6 años, madre refiere que desde la niñez la paciente era muy tímida y asustadiza, no le gustaba salir de la casa y evitaba participar en eventos que se realizaban en la escuela. Tuvo muy poco desarrollo social y juegos en la niñez, y fue maltratada desde los 6 años por su padre en estado etílico.

Pubertad y adolescencia: Recibió información sobre los cambios sexuales en el colegio, a los 12 años paciente refiere que su padre viaja a España para buscar trabajo, a lo que reacciona con alivio y tranquilidad, ya que manifiesta que no habían más discusiones en casa. A esta misma edad se retira del colegio para dedicarse a trabajar. A los 16 años inicia consumo de alcohol etílico esporádicamente en fiestas, influenciada por amigos y pareja.

Juventud: La paciente refiere que a los 18 años regresa a estudiar a distancia en el colegio "Pío Jaramillo Alvarado", en donde mantiene un buen desarrollo académico y social, pero se muestra poco comunicativa y aislada con su familia. No se han presentado patologías ni enfermedades de importancia en ninguna de las etapas.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

Familia disfuncional, de 5 hijos, 1 hermano materno. Paciente es la 4ta de 5 hermanos.

Padre: Alcohólico, maltratador desde la infancia, abandona a familia para ir a trabajar al exterior.

Madre: 44 años, quehaceres domésticos, madre pasiva y "comprensible", buenas relaciones con paciente.

Hermano materno: 24 años, mecánico automotriz, buenas relaciones con paciente.

Hermana: 22 años, Casada, 1 hijo, relaciones distantes.

Hermano: 20 años, carpintero, buenas relaciones con paciente.

Hermana: 9 años, estudiante, buenas relaciones.

8.- HISTORIA SOCIAL

Madre refiere, que en la infancia paciente era muy tímida y no le gustaba relacionarse con los demás niños prefiriendo jugar sola, desenvolviéndose de

mejor manera cuando ingresó al colegio , además paciente refiere que le gusta practicar futbol.

9.- HISTORIA LABORAL

Paciente refiere: A los 12 años se retira del colegio al presentar malas calificaciones y debido a su situación económica, posteriormente se dedica a trabajar como niñera en diferentes casas, en donde se relacionó siempre bien y no tuvo ningún problema. Ya a la edad de 17 años pasa a laborar en un local del centro comercial, refiriendo tener dificultades, ya que el salario era bajo, por lo que decide dejar el empleo. Actualmente paciente cursa el 2 curso de colegio a distancia en donde se desenvuelve de manera regular.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

Paciente refiere recibir información sobre los cambios sexuales por parte de sus maestros, .ha tenido un solo enamorado, con el cual inicia relaciones sexuales a la edad de 16 años, refiriendo ser satisfactoria y utilizando métodos de protección.

11.- EXAMEN MENTAL

Aspecto normal, postura, tono de voz y contacto visual adecuados, muestra cooperación e interés a la entrevista

Conciencia: lúcida

Orientación: En persona, tiempo y espacio, normales. Sin conciencia de enfermedad.

Atención: aparentemente normal.

Sensopercepciones: aparentemente normal.

Memoria: aparentemente normal

Afectividad: tristeza, ansiedad, irritabilidad, labilidad afectiva, desánimo y anhedonia.

Inteligencia: considerando el nivel cultural y educativo: Aparentemente normal

Pensamiento: Curso y Estructura del pensamiento: aparentemente normal. Contenido de pensamiento: ideas de inutilidad y de frustración; pensamientos e intentos suicidas.

Voluntad: Hipobulia y actos impulsivos.

Instintos: Apetito: hiporexia. Sueño: Insomnio Inicial y terminal. Sexual: disminuido.

Hábitos: alcoholismo

Juicio y razonamiento: lógico.

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 54 Puntos: Depresión Grave
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 37 Puntos: Moderado Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factor predisponente: Rasgos de personalidad dependiente, madre depresiva.

Factor determinante: Entorno desfavorable y conflictivo en hogar

Factor desencadenante: Ruptura con pareja

14.- DIAGNOSTICO

F33.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

X69 Envenenamiento Intencionalmente Autoinflingido por productos químicos.

15.- DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, el paciente denota rasgos de **Personalidad Límite**.

16.- RECOMENDACIONES

- **Psicoterapia de apoyo:** Para brindar un soporte afectivo y lograr una contención emocional de los síntomas, favorecer la adaptación al ambiente y lograr un acompañamiento evitando los sentimientos de desamparo y abandono durante el proceso terapéutico.
- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Psicoeducación:** Sobre la dinámica de la Depresión y sus características, sus consecuencias y mecanismos de afrontamiento.
- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Programación de actividades de dominio y agrado:** Para aliviar la sintomatología depresiva a través de las autogratificaciones y favorecer la realización de actividades diarias que distraigan la atención de la depresión manteniendo el tiempo ocupado en actividades de provecho.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismos de afrontamiento.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N° 2

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Historia Clínica N°: 201766

Lugar y Fecha de Nacimiento: Loja, 28 de agosto del 1992

Edad: 18 años

Estado Civil: Soltera

Instrucción: Secundaria incompleta (3er año de colegio)

Ocupación: Ninguna

Lugar de Residencia: Loja

Religión: Católica

Fecha de Ingreso: 06 de Abril del 2011

Número de Internamientos: 1

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Paciente que ingresa a esta casa de salud, de manera voluntaria, por sus propios medios, acompañada de su novio por su propia voluntad, se presenta lúcida y orientada, es internada al piso de clínica (gastroenterología) al realizar intento autolítico ingiriendo excesiva cantidad de opiodes (analgésicos).

3.- MOTIVO DE CONSULTA

La paciente refiere: "Me siento mal, estoy arrepentida, me siento culpable, triste porque mi mama va a morir, nerviosa, no puedo dormir, toda mi vida la he pasado sola, no valgo nada, a nadie le importo."

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que actualmente presenta llanto fácil, tristeza, angustia, anhedonia, sentimientos de culpa y de inutilidad, baja autoestima, insomnio tardío e hipersomnias en el día, se presenta irritada y preocupada, a consecuencia de intento autolítico al enterarse de diagnóstico de su madre de cáncer terminal.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

Paciente refiere, que a la edad de 13 años presenta primer episodio depresivo caracterizado por; tristeza, insomnio, falta de apetito, irritabilidad, agresividad, ideación e intento autolítico (arrojo del 2do piso) con una duración de un mes aproximadamente, iniciando debido a discusiones familiares y divorcio de los padres. Estos síntomas reaparecen conjuntamente con angustia, después de un año, ya que paciente queda embarazada de su novio, situación que provoca el abandono de su pareja. Desde esta fecha la paciente refiere haber estado triste pero sin que hubiese alteración significativa del humor. Aproximadamente hace 6 meses, los síntomas antes descritos resurgen acompañados de consumo de alcohol de 2 a 3 días consecutivos cada semana, motivada según paciente, al enterarse de diagnóstico de su madre de cáncer terminal. El cuadro persiste hasta la actualidad que es cuando en una discusión con actual novio, la lleva a que por

impulso tome gran cantidad de opiodes (analgésicos), buscando ayuda de inmediato y siendo internada en esta casa de salud, presentando la sintomatología descrita en el motivo de consulta.

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas adecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar estables, embarazo planificado, sin traumas prenatales, asistiendo a controles periódicos.

Natal: La Paciente nace por parto normal atendido por facultativos en casa de salud. Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, recibiendo todas las inmunizaciones.

Infancia: Ingres a la escuela a la edad de 5 años presentando buena adaptación social y escolar, refiere que era muy inquieta y traviesa. A los 9 años refiere haber sido víctima de intento de abuso por parte de un vecino, situación que cuenta a sus padres sin recibir apoyo de los mismos, desde entonces la paciente comienza a ser agresiva e impulsiva con los compañeros e incluso consigo misma, realizándose varias cortaduras y caídas de gravedad. Crece en un ambiente hostil ya que su padre en estado etílico siempre maltrataba psicológicamente y físicamente a ella y a su madre. Manifiesta no haber tenido ayuda psicológica durante esta etapa.

Pubertad y Adolescencia: Recibió información sobre los cambios sexuales en el colegio, a los 13 años viaja a Quito por el trabajo de su madre. En este periodo padres se divorcian, por lo que paciente decide abandonar el hogar para irse a vivir en la calles con su pareja. Se interesa en el mundo del tatuaje y la música "punk", inclinándose por estas tendencias. A los 14 años queda embarazada por lo que regresa a casa de su madre. Desde los 16 años manifiesta tener explosiones de ira incontrolable, especialmente en contra de su familia, provocadas según paciente por críticas que siempre ha recibido sobre su peso y su tendencia. Menciona haber entrado a un grupo para el control de la ira, sin que obtenga buenos resultados. Manifiesta consumo de cannabis en una sola ocasión por curiosidad.

Juventud: La paciente refiere que a los 18 años retorna a Loja junto con su madre para cuidarla, en donde ingresa nuevamente a estudiar a distancia en el colegio "Ángel Pastrana", manteniendo un desarrollo regular, académico y social. Manifiesta inicio de consumo de alcohol influenciada por pareja y amigos.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

Paciente que proviene de una familia disfuncional, de 3 hijos. Paciente es la primera de tres hermanos.

Padre: 40 años, Alcohólico, maltratador desde la infancia, malas relaciones con la paciente

Madre: 36 años, cáncer, ejecutiva, relaciones regulares con la paciente.

Hermano: 11 años, estudiante, buenas relaciones con la paciente.

Hermana: 8 años, estudiante, buenas relaciones con la paciente.

Hija: 4 años, buenas relaciones con la paciente.

8.- HISTORIA SOCIAL

Paciente refiere, que desde la infancia se relacionaba muy poco con otros niños. Le ha gustado siempre los deportes extremos y ha tenido muy pocos amigos de confianza, ya que prefiere estar con personas de su misma tendencia. Menciona agradecerle ser "Punkera".

9.- HISTORIA LABORAL

Paciente refiere: estudio la primaria completa, era estudiante regular, trabaja desde los 12 años en un local realizando tatuajes, lo cual le gustaba y en el que no ha tenido ningún inconveniente. A los 18 años regresa a estudiar a distancia.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

Paciente refiere recibir información sobre los cambios sexuales por parte de sus maestros. Tiene su primer enamorado a los 13 años con el cual inicia relaciones sexuales, refiriendo ser satisfactoria. A los 14 años al quedar embarazada pareja la abandona. Desde hace 4 meses inicia una nueva relación, siendo esta muy conflictiva e inestable, pero manifiesta "no quisiera perderlo porque es lo único que tengo."

11.- EXAMEN MENTAL

Aspecto normal, postura, tono de voz y contacto visual adecuados, muestra cooperación e interés a la entrevista.

Conciencia: lúcida

Orientación: en persona, tiempo y espacio, normales. Sin conciencia de enfermedad.

Atención: aparentemente normal.

Sensopercepciones: aparentemente normal.

Memoria: aparentemente normal

Afectividad: tristeza, tensión, ambivalencia afectiva, irritabilidad e inquietud interna.

Reacción afectiva: impulsividad

Inteligencia: considerando el nivel cultural y educativo, aparentemente normal

Pensamiento: curso y estructura del pensamiento: aparentemente normal, contenido de pensamiento: ideas fijas de culpabilidad y de inutilidad; pensamientos e intentos suicidas.

Voluntad: hipobulia y actos impulsivos.

Instintos: Apetito: hiporexia. Sueño: Insomnio inicial, medio y terminal. Sexual: disminuido.

Hábitos: alcoholismo

Juicio y razonamiento: lógico.

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 28 Puntos: Depresión Moderada
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 37 Puntos: Moderado Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factores Predisponentes: Rasgos de Personalidad Límite e Intento de Abuso Sexual.

Factores Determinantes: Entorno desfavorable y conflictivo en hogar.

Factores Desencadenantes: Noticia recibida de madre con cáncer terminal y discusión con pareja

14.- DIAGNOSTICO

F33.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite

X69 Envenenamiento Intencionalmente Autoinflingido por productos químicos.

15. DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, el paciente denota rasgos de **Personalidad Límite**.

16.- RECOMENDACIONES

- **Psicoterapia de apoyo:** Para brindar un soporte afectivo y lograr una contención emocional de los síntomas, favorecer la adaptación al ambiente y lograr un acompañamiento evitando los sentimientos de desamparo y abandono durante el proceso terapéutico.
- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Psicoeducación:** Sobre la dinámica de la Depresión y sus características, sus consecuencias y mecanismos de afrontamiento.
- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Programación de actividades de dominio y agrado:** Para aliviar la sintomatología depresiva a través de las autogratificaciones y favorecer la realización de actividades diarias que distraigan la atención de la depresión manteniendo el tiempo ocupado en actividades de provecho.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismos de afrontamiento.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N°3

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Historia Clínica N°: 34826

Lugar y Fecha de Nacimiento: Celica, 30 de Agosto de 1995

Edad: 16 años

Estado Civil: Soltera

Instrucción: Secundaria Incompleta

Ocupación: Estudiante

Lugar de Residencia: Celica

Religión: Católica

Fecha de Ingreso: 02 de Junio del 2011

Número de Internamientos: 1

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACION

Paciente que ingresa al Hospital Isidro Ayora el Sábado 2 de julio del presente año al departamento de clínica por diagnóstico de Intoxicación por Carbonatos (Racumin), acompañada de sus amigos más cercanos y en contra de su voluntad.

3.- MOTIVO DE CONSULTA

La paciente refiere: "Me quiero morir, no tengo con que mantener a mi hijo y tampoco lo quiero tener desde el abandono de mi pareja se me acabo la vida para mi y no quiero ayuda de nadie"

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que actualmente presenta ánimo depresivo, tristeza profunda, llanto fácil, pérdida marcada de apetito, se despierta por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pensamientos suicidas y pérdida de la reactividad emocional.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

El día Sábado a las 9 am ingiere pesticidas con el objetivo de quitarse la vida por miedo a que su madre y sus hermanos se enteren de su embarazo. Como consecuencia de aquello presenta depresión, tristeza, llanto fácil, ideas de culpa y de ser inútil, pensamientos e intentos suicidas, sentimientos de inferioridad, pérdida del interés en actividades que anteriormente disfrutaba, disminución del sueño conjuntamente con disminución del apetito. Actualmente se encuentra en un medio protegido presentando la sintomatología anteriormente mencionada.

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas adecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar estables, embarazo planificado, sin traumas prenatales, asistiendo a controles periódicos.

Natal: La Paciente nace por parto normal atendido por facultativos en casa de salud. Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, recibiendo todas las inmunizaciones.

Infancia: El ambiente en su hogar era agradable recibiendo las atenciones y cuidados necesarios, manteniendo buenas relaciones con sus padres y hermanos. A los 5 años de edad ingresa a la escuela adaptándose con facilidad a la misma caracterizándose por ser introvertida, poco comunicativa, tímida, emprendedora y dependiente de sus padres manteniendo un aceptable rendimiento académico. En esta etapa de su vida no ha presentado enfermedades ni traumatismos craneoencefálicos.

Pubertad y Adolescencia: Los cambios provocados en su estructura somática y fisiológica los ha tomado con normalidad. A los 12 años de edad ingresa al colegio en el cual permanece pasiva y sumisa ante los demás. En esta etapa de su vida se caracteriza por dejar que otras personas tomen decisiones importantes por ella denotando malestar al encontrarse sola por lo que necesitaba frecuentemente compañía de alguien especialmente de su madre.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

Paciente que proviene de una familia nuclear conformada por cinco miembros. Es la cuarta de cinco hermanos con los cuales mantiene relaciones conflictivas. Condición económica media. Paciente vive en casa propia que cuenta con todos los servicios básicos.

Madre: 45 años, Comerciante, relaciones conflictivas con la paciente, no manifiesta patología alguna.

Hermana: 27 años, Ingeniera en Sistemas, relaciones conflictivas con la paciente, no manifiesta patología alguna.

Hermano: 25 años, Estudiante, relaciones conflictivas con la paciente, no manifiesta patología alguna.

Hermana: 23 años, Estudiante, relaciones conflictivas con la paciente, no manifiesta patología alguna.

Hermano: 20 años, Estudiante, relaciones conflictivas con la paciente, no manifiesta patología alguna.

La paciente no presenta antecedentes heredo familiares.

8.- HISTORIA SOCIAL

Mantiene relación con un grupo reducido de personas siendo pasiva y sumisa. A raíz de quedar embarazada de su esposo no se relaciona socialmente como antes, no le gustan las reuniones sociales, ni asistir a fiestas o lugares de diversión evitando salir de su casa.

9.- HISTORIA LABORAL

Nunca ha trabajado.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

Sus cambios psicofisiológicos durante la adolescencia se desarrollan con normalidad. No recibió información sexual. A los 15 años inicia relación sexual con su novio resultado del cual queda embarazada refiriendo sentirse gratificada sexualmente.

11.- EXAMEN MENTAL

Paciente que al momento de la entrevista se encuentra con conciencia lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, vestida acorde a edad y sexo, postura aliñada, contacto visual escasa, colabora pasivamente con la entrevista y aplicación de reactivos. Mostrando poco interés en el tratamiento psicoterapéutico.

Conciencia: lúcida.

Orientación: Orientación Autopsíquica, Alopsíquica y Somatopsíquica sin alteración.

Lenguaje: De tono medio bajo, fluido, coherente, congruente y acorde a nivel sociocultural.

Pensamiento: De estructura pensamiento perseverativo, de curso aparentemente normal. Contenido de ideas de culpa; pensamientos e intentos suicidas.

Afectividad: Ansiedad, tensión, tristeza, inquietud interna, miedo, pensamientos suicidas, sentimientos de desamparo, sentimientos de minusvalía y sentimientos de culpa.

Atención: Hipoprosexia y Distrabilidad.

Memoria: Retrograda, anterograda y de fijación conservadas. No se evidencia alteración cualitativa de la memoria.

Voluntad: Hipobulia.

Sensopercepciones: Sin alteración aparente.

Inteligencia: Por debajo de lo normal, funciones de abstracción y cálculo alteradas.

Juicio y razonamiento: Lógicos.

Instintos: Apetito: Hiporexia. Sueño: insomnio inicial medio y terminal e instinto sexual disminuido.

No presenta conciencia de enfermedad ni necesidad de tratamiento.

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 48 Puntos: Depresión Grave
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 67 Puntos: Alto Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factores Predisponentes: Rasgos de Personalidad Dependientes

Factores Determinantes: Relaciones Conflictivas con su Familia

Factores Desencadenantes: Embarazo no deseado y abandono de su novio

14.- DIAGNOSTICO

F32.1 Episodio Depresivo Grave sin síntomas psicóticos

X68 Envenenamiento Intencionalmente Autoinflingido por Pesticidas.

Z64.0 Problemas relacionados con embarazo no deseado

15.- DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, el paciente denota rasgos de **Personalidad Dependientes**.

16.- RECOMENDACIONES

- **Psicoterapia de apoyo:** Para brindar un soporte afectivo y lograr una contención emocional de los síntomas.
- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Programación de actividades de dominio y agrado:** Para aliviar la sintomatología depresiva a través de las autogratificaciones y favorecer la realización de actividades diarias que distraigan la atención de la depresión manteniendo el tiempo ocupado en actividades de provecho.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismo

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N° 4

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Lugar y fecha de nacimiento: Loja, 03 de Abril de 1995

Edad: 15 años

Estado civil: Soltero

Instrucción: Secundaria Incompleta

Profesión: Ninguna

Ocupación: Estudiante

Religión: Católica

Número de Historia Clínica: 25054

Número de ingresos (hospitalizaciones): 1

Procedencia: Loja

Lugar de residencia: Loja

Fecha de la entrevista: 11 de Marzo del 2011.

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Paciente que ingresa al Hospital Isidro Ayora el domingo 11 de octubre a las 15h30 del presente año, al departamento de clínica por diagnóstico: Intoxicación por órgano fosforado acompañado de su Madre y Policías de la Dinapen, fue ingresado por emergencia en contra de su voluntad.

3.- MOTIVO DE CONSULTA

Paciente refiere: “Lo que hice fue porque no quería irme preso me da miedo y preferí quitarme la vida además mis padres no me quieren ni me apoyan en nada, mi hermana no me perdona el haberle robado dinero”.

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Actualmente presenta tristeza, ideas de ser inútil, disminución del apetito, desánimo, miedo, tensión y sentimientos de culpa.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

El día Domingo 11 de Octubre a las 15H30 el paciente procede a ingerir Monitor (Pesticida para papas), con el objetivo de no ser llevado por los policías de la DINAPEN ya que como antecedente a lo ocurrido, el paciente se vio involucrado en un robo, habiéndole extraído a su propia hermana 500 dólares conjuntamente con unas joyas, situación por la cual la hermana afectada procede a llamar a la policía. Motivo por el cual el paciente es traído a este centro asistencial por emergencia. Actualmente manifiesta ideas de culpa por lo acontecido sintiéndose responsable por el sufrimiento que están viviendo sus padres, argumentando que dispuso de dinero ajeno para comprarse ropa a pesar del apoyo que tiene de sus padres. Expresa que es la primera vez que hace esto y que no tiene malas amistades.

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas adecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar estables, embarazo no planificado, sin traumas prenatales, asistiendo a controles periódicos.

Natal: El Paciente nace por parto normal atendido por facultativos en casa de salud. Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, recibiendo todas las inmunizaciones.

Infancia: Paciente que a los 5 años ingresa a la escuela adaptándose adecuadamente mostrándose un niño solitario, poco participativo, introvertido, aislado, tímido, obteniendo buenas calificaciones. Además refiere ser un niño muy protegido por su padre debido a que es el único hijo varón, mientras que su madre se caracterizaba por ser de mal carácter siendo autoritaria. Han existido buenas relaciones en su entorno familiar y escolar.

Pubertad y Adolescencia: Actualmente en esta etapa presenta buenas relaciones con sus padres y profesores, tiene muy pocos amigos ya que manifiesta que la mayoría de sus compañeros ingieren licor y a él no le gustan esas amistades.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

El Paciente proviene de una Familia Nuclear de bajos recursos económicos:

Madre: 48 años de edad, Ama de Casa, mantiene poca comunicación con el paciente, presenta cefaleas constantes.

Padre: 35 años de edad, Construcción, mantiene poca comunicación con el paciente, presenta gastritis.

Hermana: 28 años de edad, Ama de casa, mantiene buenas relaciones con el paciente. (Con ella tuvo el problema)

Hermana: 14 años de edad, Estudiante, mantiene buenas relaciones con el paciente.

Todos tienen una alimentación balanceada y tienen buena comunicación entre ellos.

8.- HISTORIA SOCIAL

Tiene pocas amistades ya que teme que se le burlen por no consumir bebidas alcohólicas.

9.- HISTORIA LABORAL

Desde los 12 años de edad ayuda a su madre en agricultura, manifestando que sus tiempos libres los dedica a sus tareas y al estudio.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

No ha recibido orientación sexual por parte de sus padres pero sí en su colegio. Aun no tiene experiencias sexuales.

11.- EXAMEN MENTAL

El Paciente se encuentra nervioso, tímido y con adecuado arreglo e higiene personal. Presenta una actitud pasiva, pero es colaborador al momento de la entrevista.

Conciencia: Lucida

Orientación: Autopsíquica, Alopsíquica, Somatopsíquica, sin alteración aparente. No presenta conciencia de la enfermedad.

Atención: Hipoprosexia y Distraibilidad.

Sensopercepciones: Sin alteración aparente.

Memoria: La memoria anterograda, retrograda, de evocación y de fijación sin alteración aparente.

Afectividad: El paciente presenta tristeza, llanto fácil, distimia, sentimientos de culpa e incontinencia afectiva.

Inteligencia: No se valora. Sin alteración aparente.

Pensamiento: Curso: Sin alteración aparente. Estructura: pensamiento concreto. Contenido: pensamientos e ideas suicidas.

Voluntad: Hipobulia.

Instintos: Apetito: hiporexia. Sueño: Insomnio inicial, medio y terminal. Sexual: disminuido

Hábitos: Ninguno

Juicio y Razonamiento: Lógicos.

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 37 Puntos: Depresión Grave
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 76 Puntos: Alto Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factores Predisponentes: Falta de comunicación con sus padres

Factores Determinantes: Hurto de dinero. Detención por policías de la Dinapen

Factores Desencadenantes: Ingesta de Pesticida

14.- DIAGNOSTICO

F32.1 Episodio depresivo moderado

X68 Envenenamiento Intencionalmente Autoinflingido por Pesticidas.

F91.0 Trastorno disocial limitado al contexto familiar.

15.- DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, el paciente denota rasgos de **Personalidad Evitativa**.

16.- RECOMENDACIONES

- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Psicoeducación:** Sobre la dinámica de la Depresión y sus características, sus consecuencias y mecanismos de afrontamiento.

- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Programación de actividades de dominio y agrado:** Para aliviar la sintomatología depresiva a través de las autogratificaciones y favorecer la realización de actividades diarias que distraigan la atención de la depresión manteniendo el tiempo ocupado en actividades de provecho.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismo

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N° 5

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Historia Clínica N°: 849933

Lugar y Fecha de Nacimiento: Loja, 06 de Febrero de 1985

Edad: 26 años

Estado Civil: Soltero

Instrucción: Superior en Curso

Ocupación: Estudiante

Lugar de Residencia: Loja

Religión: Católica

Fecha de Ingreso: 15 de Julio del 2011

Número de Internamientos: 1

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Paciente de 26 años de edad, que ingresa al Hospital Isidro Ayora el día Viernes 15 de Julio del presente año al departamento de clínica por Intoxicación por Carbonatos, acompañado de su novia y por su propia voluntad.

3.- MOTIVO DE CONSULTA

El paciente refiere: “No recuerdo muy bien lo que paso, estaba demasiado tomado, mi novia me llamo la atención por esta razón; a mí no me agrado ese tipo de reclamo; me exalte y hasta creo que la golpee; recuerdo que me fui a la cocina y tome algo”.

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que actualmente presenta llanto fácil, tristeza, angustia, anhedonia, sentimientos de culpa y de inutilidad, baja autoestima, insomnio tardío e hipersomnias en el día, se presenta irritado y preocupado, a consecuencia de intento autolítico.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

El día Viernes ingiere una cantidad apreciable de “Racumin” bajo los efectos del alcohol, luego de haber presenciado una fuerte discusión con su novia. Como consecuencia de esto presenta tristeza, llanto fácil, alteración del sueño y del apetito, disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, pensamientos suicidas, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y pérdida de estimación de sí mismo. Actualmente el paciente se encuentra en un medio protegido presentando la sintomatología antes mencionada.

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas adecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar estables, embarazo planificado, sin traumas prenatales, asistiendo a controles periódicos.

Natal: El Paciente nace por parto normal atendido por facultativos en casa de salud. Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, recibiendo todas las inmunizaciones.

Infancia: El ambiente en su hogar era agradable recibiendo las atenciones y cuidados necesarios, manteniendo buenas relaciones con sus padres y hermanos. A los 5 años de edad ingresa a la escuela adaptándose con facilidad a la misma caracterizándose por ser extrovertido, comunicativo, emprendedor, con facilidad para entablar amistades, manteniendo un aceptable rendimiento académico por lo que llega a formar parte del cuadro de honor de la institución. En esta etapa de su vida no ha presentado enfermedades ni traumatismos craneoencefálicos.

Pubertad y Adolescencia: Los cambios provocados en su estructura somática y fisiológica los ha tomado con normalidad. A los 11 años de edad ingresa al colegio mostrándose activo e impulsivo con los demás. En esta etapa de su vida la paciente tiende a manifestar sentimientos crónicos de vacío, irritabilidad, ira intensa con dificultades para controlarla, inestabilidad afectiva y comportamientos de automutilación.

Juventud y Edad Adulta: A los 18 años de edad ingresa a la Universidad mostrándose inestable emocionalmente, siendo impulsivo en los gastos, sexo y abuso de sustancias (alcohol) además de denotar comportamientos y amenazas suicidas recurrentes cada vez que discute con su novia indicando ira intensa y dificultades para controlarla.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

Paciente que proviene de una familia nuclear conformada por tres miembros. Es hijo único. Condición económica media. Paciente vive solo en casa arrendada que cuenta con todos los servicios básicos.

Madre: 64 años, QQ.DD, relaciones distantes con el paciente, no manifiesta patología alguna.

Padre: 54 años, Albañil, relaciones conflictivas con el paciente, no manifiesta patología alguna.

El paciente no presenta antecedentes heredo familiares.

8.- HISTORIA SOCIAL

Mantiene relación con un grupo reducido de personas. Se relaciona con los demás con actitud despectiva y amenazante. Sus relaciones interpersonales son inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.

9.- HISTORIA LABORAL

A los 10 años de edad inicia trabajando en agricultura ayudando a su padre de ahí en adelante trabaja periódicamente en lo mismo siendo sus remuneraciones satisfactorias.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

Sus cambios psicofisiológicos durante la adolescencia se desarrollan con normalidad. No recibió información sexual. En lo concerniente a su vida sexual a raíz del abandono de su novia no le interesa intimar con nadie.

11.- EXAMEN MENTAL

Aspecto normal, postura, tono de voz y contacto visual adecuados, muestra cooperación e interés a la entrevista

Conciencia: lúcida

Orientación: en persona, tiempo y espacio, normales. Sin conciencia de enfermedad.

Atención: aparentemente normal.

Sensopercepciones: aparentemente normal.

Memoria: aparentemente normal

Afectividad: tristeza e irritabilidad

Reacción afectiva: impulsividad

Inteligencia: considerando el nivel cultural y educativo, aparentemente normal

Pensamiento: curso y estructura del pensamiento: aparentemente normal, contenido de pensamiento: ideas fijas de culpabilidad y de inutilidad. Pensamientos e Intentos Suicidas.

Voluntad: hipobulia y actos impulsivos

Instintos: Apetito: hiporexia. Sueño: Insomnio inicial, medio y terminal. Sexual: disminuido

Hábitos: alcoholismo

Juicio y razonamiento: lógico.

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 36 Puntos: Depresión Grave
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 82 Puntos: Alto Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factores Predisponentes: Rasgos de Personalidad Límite

Factores Determinantes: Relaciones conflictivas con sus padres

Factores Desencadenantes: Discusión con su novia

14.- DIAGNOSTICO

F33.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

X68 Envenenamiento Intencionalmente Autoinflingido por Pesticidas.

15.- DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, el paciente denota rasgos de **Personalidad Límite**.

16.- RECOMENDACIONES

- **Psicoterapia de apoyo:** Para brindar un soporte afectivo y lograr una contención emocional de los síntomas.
- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Programación de actividades de dominio y agrado:** Para aliviar la sintomatología depresiva a través de las autogratificaciones y favorecer la realización de actividades diarias que distraigan la atención de la depresión manteniendo el tiempo ocupado en actividades de provecho.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismo

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N° 6

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Historia Clínica N°: 204030

Lugar y Fecha de Nacimiento: Zalápa, 20 de Agosto de 1988

Edad: 23 años

Estado Civil: Soltera

Instrucción: Primaria Completa

Ocupación: Comerciante

Lugar de Residencia: Loja

Religión: Católica

Fecha de Ingreso: 07 de Febrero del 2011

Número de Internamientos: 1

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Paciente que ingresa a esta casa de salud en contra de su voluntad acompañada de su madre y prima con diagnóstico de intoxicación por órgano fosforado.

3.- MOTIVO DE CONSULTA

La paciente refiere "Ya no soporto vivir con mi hermano se ha propuesto en desgraciarme la vida el me agrade cuando le da la gana y mi familia no hace nada por defenderme no les importo"

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que actualmente presenta sentimientos de tristeza o vacío, disminución acusada del interés en casi todas las actividades, disminución del apetito, insomnio, irritabilidad, exaltación psicomotriz, ideación e intentos suicidas. Sintomatología que actualmente se encuentra exacerbada tras discusión con su hermano.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

Paciente que aproximadamente desde hace 3 semanas y a raíz de que fue agredida física y verbalmente por su hermano indica pérdida de la confianza en sí misma y sentimientos de inferioridad, ideas de ser inútil, sentimientos de desamparo, pensamientos suicidas, insomnio inicial, medio y terminal e hiporexia, como consecuencia de dicha sintomatología en horas de la mañana a eso de las 10h15 la paciente intenta suicidarse ingiriendo (Monitor) en su cuarto de habitación, es encontrada por su madre por lo que es traída a este Hospital por emergencia con diagnóstico de Intoxicación por Órgano Fosforado. Actualmente se encuentra en un medio protegido sometida a tratamiento psicoterapéutico con remisión parcial de su sintomatología.

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas adecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar estables, embarazo planificado, sin traumas prenatales, asistiendo a controles periódicos.

Natal: El Paciente nace por parto normal atendido por facultativos en casa de salud. Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, recibiendo todas las inmunizaciones.

Infancia: El ambiente en su hogar era agradable recibiendo las atenciones y cuidados necesarios, manteniendo buenas relaciones con sus padres y hermanos. A los 7 años de edad ingresa a la escuela adaptándose con dificultad a la misma caracterizándose por ser introvertida, poco comunicativa, retraída, con dificultades para entablar amistades, manteniendo un insuficiente rendimiento académico. En cuanto a su hogar mantenía relaciones conflictivas con sus padres y hermanos aduciendo que era agredida físicamente por los mismos. En esta etapa de su vida no ha presentado enfermedades ni traumatismos craneoencefálicos.

Pubertad y Adolescencia: Los cambios provocados en su estructura somática y fisiológica los ha tomado con normalidad. No ingresa al colegio por lo que decide trabajar vendiendo ropa en el centro comercial. A los 20 años de edad procrea un hijo siendo abandonada por el padre del mismo. Desde esta etapa de vida la paciente viene siendo agredida física y psicológicamente por su hermano situación que ha provocado en ella humor depresivo y pérdida de la confianza en sí misma, sintiéndose fracasada e inferior a los demás.

Juventud y Edad Adulta: En este periodo de vida y hasta la actualidad debido al constante maltrato recibido por su hermano tiende a manifestar sentimientos crónicos de vacío, irritabilidad, ira intensa con dificultades para controlarla, inestabilidad afectiva e ideas suicidas.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

Paciente que forma parte de una familia disfuncional conformada por cuatro miembros. Es el con los cuales mantiene relaciones distantes. Condición económica media. Paciente vive en casa de sus padres que cuenta con todos los servicios básicos.

Madre: 68 años, QQ.DD, mantiene buena relación con la paciente, no manifiesta patología alguna.

Padre: 70 años, Agricultor, mantiene relaciones conflictivas con la paciente, presenta diabetes mellitus.

Hermano: 27 años, Albañil, mantiene relaciones conflictivas con la paciente agrediéndola físicamente no manifiesta patología alguna.

Hijo: 7 años, mantiene buena relación con la paciente, no manifiesta patología alguna.

La paciente no presenta antecedentes heredo familiares.

8.- HISTORIA SOCIAL

Mantiene relación con un grupo reducido de personas. Se relaciona con los demás con actitud tímida y generosa. Evitando actividades sociales que impliquen contactos personales íntimos por el miedo a la crítica, reprobación o rechazo. No le gustan las reuniones sociales, ni asistir a fiestas o lugares de diversión. Prefiere encerrarse en su cuarto a ver televisión.

9.- HISTORIA LABORAL

Toda su vida laboral se ha desenvuelto en la compra y venta de prendas de vestir siendo sus remuneraciones positivas. Los tiempos libres los ha dedicado en salir con su hijo a centros recreativos.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

Sus cambios psicofisiológicos durante la adolescencia se desarrollan con normalidad. No recibió información sexual. Las relaciones sexuales que ha mantenido han sido satisfactorias. No ha presentado enfermedades infecto contagiosas.

11.- EXAMEN MENTAL

Paciente que al momento de la entrevista se encuentra con conciencia lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, vestida acorde a edad y sexo, postura aliñada, contacto visual adecuado, colabora pasivamente con la entrevista y aplicación de reactivos. Mostrando poco interés en tratamiento psicoterapéutico.

Conciencia: lúcida.

Orientación: Orientación Autopsíquica, Alopsíquica y Somatopsíquica sin alteración.

Lenguaje: De tono medio bajo, fluido, coherente, congruente y acorde a nivel sociocultural.

Pensamiento: De estructura: pensamiento concreto. De curso: retardo del pensamiento. Contenido: pensamientos e intento suicida.

Afectividad: Ansiedad, irritabilidad, tristeza, desánimo, labilidad afectiva, pensamientos suicidas, sentimientos de minusvalía, sentimientos de culpa y sentimientos de ruina.

Atención: Hipoprosexia.

Memoria: Retrograda, anterograda y de fijación conservadas. No se evidencia alteración cualitativa de la memoria.

Voluntad: Hipobulia.

Sensopercepciones: Sin alteración aparente.

Inteligencia: Normal, funciones de abstracción y cálculo conservadas.

Juicio y razonamiento: Lógicos.

Instintos: Apetito: hiporexia. Sueño: Insomnio inicial, medio y terminal. Sexual: disminuido

Presenta conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento.

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 40 Puntos: Depresión Grave
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 51 Puntos: Alto Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factores Predisponentes: Agresión física recibida por parte de sus padres

Factores Determinantes: Rasgos de Personalidad Evitativa

Factores Desencadenantes: Agresión física y verbal recibida por parte de su hermano

14.- DIAGNOSTICO

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

Y07.1 Síndrome de Agresión Física y Psicológica por parte de su hermano

X69 Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por otros productos químicos y sustancias nocivas y los no especificados

15.- DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, el paciente denota rasgos de **personalidad Evitativa**.

16.- RECOMENDACIONES

- **Psicoterapia de apoyo:** Para brindar un soporte afectivo y lograr una contención emocional de los síntomas, favorecer la adaptación al ambiente y lograr un acompañamiento evitando los sentimientos de desamparo y abandono durante el proceso terapéutico.
- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Psicoeducación:** Sobre la dinámica de la Depresión y el Suicidio sus características, sus consecuencias y mecanismos de afrontamiento.
- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Programación de actividades de dominio y agrado:** Para aliviar la sintomatología depresiva a través de las autogratificaciones y favorecer la realización de actividades diarias que distraigan la atención de la depresión manteniendo el tiempo ocupado en actividades de provecho.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismos de afrontamiento.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N°7

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Historia Clínica N°: 34751

Lugar y Fecha de Nacimiento: Loja, 16 de Julio de 1981

Edad: 30 años

Estado Civil: Unión Libre

Instrucción: Secundaria Incompleta

Ocupación: Comerciante

Lugar de Residencia: Loja

Religión: Católica

Fecha de Ingreso: 13 de Julio del 2011

Número de Internamientos: 1

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Paciente de 30 años de edad, que ingresa al Hospital Isidro Ayora el miércoles 13 de Julio del presente año al departamento de clínica por diagnóstico de Intoxicación por Órgano Fosforado vs Carbonato, en compañía del personal del cuerpo de bomberos; mismos que lo encontraron al mismo en la calle Lourdes atravesando por una crisis convulsiva.

3.- MOTIVO DE CONSULTA

El paciente refiere: "Desde que me fui a España me he vuelto muy vulnerable, cualquier tipo de problema que tenga por más pequeño que sea me acaba; anteriormente estaba con Psiquiatra pero me mejore por tiempo y deje el tratamiento."

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que actualmente presenta animo depresivo, tristeza, llanto fácil, perdida marcada de apetito, perdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, perdida de la reactividad emocional y de la libido, se despierta por la mañana dos o más horas antes de lo habitual con pensamientos y actos suicidas.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

El día Miércoles 13 de Julio a las 22 h 00 pm ingiere veneno para ratas con el fin de quitarse la vida ya que no soportaba tantos problemas encima, ocasionados por las deudas. Como consecuencia de aquello presenta tristeza, sentimientos de culpa, de ruina y de desamparo, pensamientos e intentos suicidas, disminución del sueño y del apetito. Actualmente se encuentra en un medio protegido presentando la sintomatología anteriormente mencionada.

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas adecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar estables, embarazo no planificado, sin traumas prenatales, asistiendo a controles periódicos.

Natal: El Paciente nace por parto normal atendido por empíricos (Partera). Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, recibiendo todas las inmunizaciones.

Infancia: El ambiente en su hogar era agradable recibiendo las atenciones y cuidados necesarios, manteniendo buenas relaciones con sus padres y hermanos. A los 6 años de edad ingresa a la escuela adaptándose con dificultad a la misma caracterizándose por ser introvertido, poco comunicativo, retraído, con dificultades para entablar amistades, manteniendo un aceptable rendimiento académico por lo que llega a ser escolta de la institución. En esta etapa de su vida no ha presentado enfermedades ni traumatismos craneoencefálicos.

Pubertad y Adolescencia: Los cambios provocados en su estructura somática y fisiológica los ha tomado con normalidad. A los 13 años de edad ingresa al colegio mostrándose impulsivo y agresivo con los demás, manteniendo malas relaciones con profesores y compañeros, caracterizándose por ser irresponsable en sus tareas escolares. Al recibir críticas por parte de sus compañeros reaccionaba de forma agresiva.

Juventud y Edad Adulta: A los 24 años de edad emigra a España a trabajar en esta etapa de su vida se mostraba impulsivo en el gasto de dinero endeudándose fácilmente en bienes materiales, debido a las elevadas deudas presenta cuadro depresivo por lo que es remitido a psiquiatra con diagnóstico de depresión mayor. Hace un año regresa al Ecuador continuando con sintomatología depresiva. Actualmente indica sentimientos crónicos de vacío y comportamientos de automutilación.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

Paciente que proviene de una familia nuclear conformada por tres miembros, con los cuales mantiene buena comunicación. Condición económica media. Paciente vive en casa propia que cuenta con todos los servicios básicos.

Conviviente: 23 años, QQ.DD, mantiene relaciones distantes con el paciente, no manifiesta patología alguna.

Hijo: 2 años, Infante, mantiene buenas relaciones con el paciente, no manifiesta patología alguna.

El paciente no presenta antecedentes heredo familiares.

8.- HISTORIA SOCIAL

Mantiene relación con un grupo reducido de personas. Se relaciona con los demás con actitud extrovertida y generosa. Le gustan las reuniones sociales, asistir a fiestas o lugares de diversión. Le complace salir con su familia todos los fines de semana a disfrutar de los parques y restaurantes de la ciudad. Sus relaciones son intensas e inestables.

9.- HISTORIA LABORAL

En lo laboral presenta sentimientos de frustración por que las ganancias que percibe son muy bajas y por lo tanto no le permiten cancelar en su totalidad lo que adeuda.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

Sus cambios psicofisiológicos durante la adolescencia se desarrollan con normalidad. No recibió información sexual. Su primera relación sexual la tuvo con la que actualmente es su conviviente sintiéndose gratificado. Actualmente refiere que su vida sexual conyugal es satisfactoria con buena comunicación.

11.- EXAMEN MENTAL

Paciente que al momento de la entrevista se encuentra con conciencia lúcida, orientado en tiempo, espacio y persona, vestido acorde a edad y sexo, postura aliñada, contacto visual escaso, colabora pasivamente con la entrevista y aplicación de reactivos. Mostrando poco interés en tratamiento psicoterapéutico.

Conciencia: Lúcido.

Orientación: Orientación Autopsíquica, Alopsíquica y Somatopsíquica sin alteración.

Lenguaje: De tono medio bajo, fluido, coherente, congruente y acorde a nivel sociocultural.

Pensamiento: De estructura y curso aparentemente normal. Contenido de ideas de culpa por las elevadas deudas que presenta. Pensamientos e intento suicida.

Afectividad: Ansiedad, tristeza, desanimo, labilidad afectiva, pensamientos suicidas, sentimientos de minusvalía y sentimientos de culpa.

Atención: Hipoprosexia y Distraibilidad.

Memoria: Retrograda, anterograda y de fijación conservadas. No se evidencia alteración cualitativa de la memoria.

Voluntad: Hipobulia y actos impulsivos.

Sensopercepciones: Sin alteración aparente.

Inteligencia: Normal, funciones de abstracción y cálculo conservadas.

Juicio y razonamiento: Lógicos.

Instintos: Apetito: hiporexia. Sueño: Insomnio inicial, medio y terminal. Sexual: disminuido

No presenta conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento.

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 30 Puntos: Depresión Grave
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 45 Puntos: Alto Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factores Predisponentes: Rasgos de Personalidad Límites

Factores Determinantes: Emigrar a España

Factores Desencadenantes: Deudas

14.- DIAGNOSTICO DEFINITIVO

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

X68 Envenenamiento Intencionalmente Autoinflingido por Pesticidas.

14.- DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, el paciente denota rasgos de **Personalidad Límite**.

15.- RECOMENDACIONES

- **Psicoterapia de apoyo:** Para brindar un soporte afectivo y lograr una contención emocional de los síntomas, favorecer la adaptación al ambiente y lograr un acompañamiento evitando los sentimientos de desamparo y abandono durante el proceso terapéutico.
- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Psicoeducación:** Sobre la dinámica de la Depresión y sus características, sus consecuencias y mecanismos de afrontamiento.
- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Programación de actividades de dominio y agrado:** Para aliviar la sintomatología depresiva a través de las autogratificaciones y favorecer la realización de actividades diarias que distraigan la atención de la depresión manteniendo el tiempo ocupado en actividades de provecho.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismos de afrontamiento.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N° 8

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Historia Clínica N°: 289166

Lugar y Fecha de Nacimiento: Amaluza, 14 de Abril de 1988

Edad: 23 años

Estado Civil: Soltera

Instrucción: Superior Incompleta

Ocupación: Estudiante

Lugar de Residencia: Amaluza

Religión: Católica

Fecha de Ingreso: 23 de Enero del 2011

Número de Internamientos: 1

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Paciente que ingresa al Hospital Isidro Ayora el 23 de Enero del 2011 a las 4:00 AM al departamento de clínica por diagnóstico de Intoxicación por Órgano Fosforado, acompañada de sus primos y en contra de su voluntad.

3.- MOTIVO DE CONSULTA

La paciente refiere: "Ya no soporto vivir un día más con mi padrastro, se ha propuesto en fastidiarme la vida y mi madre no me entiende es por eso que prefiero estar muerta a vivir un día más a su lado".

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que actualmente presenta animo depresivo, tristeza profunda, llanto fácil, perdida marcada de apetito, se despierta por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, perdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pensamientos suicidas y perdida de la reactividad emocional.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

El día Sábado 22 de Enero a las 21:00 ingiere pesticidas bajo estado etílico con el objetivo de quitarse la vida ya que no soporta vivir alejada de su madre, actualmente vive con sus abuelos. Como consecuencia de aquello presenta tristeza, llanto fácil, ideas de culpa y de ser inútil, pensamientos e intentos suicidas, sentimientos de inferioridad, pérdida e interés en actividades que anteriormente disfrutaba, disminución del sueño conjuntamente con disminución del apetito. Actualmente se encuentra en un medio protegido presentando la sintomatología anteriormente mencionada.

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas adecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar estables, embarazo planificado, sin traumas prenatales, asistiendo a controles periódicos.

Natal: La Paciente nace por parto normal atendido por facultativos (casa de salud). Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, recibiendo todas las inmunizaciones.

Infancia: El ambiente en su hogar era agradable recibiendo las atenciones y cuidados necesarios, manteniendo buenas relaciones con sus padres y hermanos. A los 4 años de edad sufre el divorcio de sus padres, tres años más tarde su madre se volvió a casar. A los 6 años de edad ingresa a la escuela adaptándose con dificultad a la misma caracterizándose por ser sugestionable, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias, manteniendo un aceptable rendimiento académico. En esta etapa de su vida no ha presentado enfermedades ni traumatismos craneoencefálicos.

Pubertad y Adolescencia: Los cambios provocados en su estructura somática y fisiológica los ha tomado con normalidad. A los 9 y 15 años de edad ingresa al colegio mostrándose incomoda en las situaciones en las que no era el centro de la atención en donde su interacción con los demás era caracterizada por un comportamiento seductor y provocador. A sus 12 años de edad es víctima de abuso sexual por parte de su padrastro situación que hasta la actualidad la ha producido tristeza, insomnio e hiporexia.

Juventud y Edad Adulta: A los 19 años de edad ingresa a la Universidad indicando ser muy expresiva emocionalmente, utilizando su aspecto físico para llamar la atención, considerando sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

Paciente que proviene de una familia disfuncional conformada por seis miembros, con los cuales mantiene relaciones conflictivas. Condición económica media. Paciente vive en casa propia que cuenta con todos los servicios básicos.

Madre: 46 años. QQ.DD, malas relaciones con la paciente.

Padrastro: 38 años, Comerciante, relaciones conflictivas con la paciente.

Hermano: 18 años, Estudiante, relaciones conflictivas con la paciente.

Hermano: 16 años, Estudiante, buenas relaciones con la paciente.

Hermano: 11 años, Estudiante, buenas relaciones con la paciente.

Hermano: 9 años, Estudiante, buenas relaciones con la paciente.

El paciente no presenta antecedentes heredo familiares.

8.- HISTORIA SOCIAL

Le gusta ser el centro de la atención en las situaciones sociales, su interacción con los demás está caracterizada por un comportamiento seductor y provocador. Se relaciona con los demás con actitud extrovertida y generosa. Le gusta asistir a reuniones sociales, fiestas y lugares de diversión. Se caracteriza por ser sugestionable y fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias.

9.- HISTORIA LABORAL

En lo laboral se ha dedicado a cuidar niños siendo satisfactorias sus remuneraciones. Actualmente se encuentra desocupado. Los tiempos libres los ha dedicado en leer libros.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

Sus cambios psicofisiológicos durante la adolescencia se desarrollan con normalidad. No recibió información sexual ni en el ámbito familiar ni en el ámbito educativo. No refiere más historia sexual.

11.- EXAMEN MENTAL

Paciente que al momento de la entrevista se encuentra con conciencia lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, vestida acorde a edad y sexo, postura aliñada, contacto visual adecuado, colabora activamente con la entrevista y aplicación de reactivos. Mostrando gran interés en tratamiento psicoterapéutico.

Conciencia: lúcida.

Orientación: Orientación Autopsíquica, Alopsíquica y Somatopsíquica sin alteración.

Lenguaje: De tono medio bajo, fluido, coherente, congruente y acorde a nivel sociocultural.

Pensamiento: De estructura y curso aparentemente normal. Contenido de ideas fijas de culpa por separación con su madre. Pensamientos e Intento Suicida.

Afectividad: Ansiedad, tristeza, desánimo, labilidad afectiva, pensamientos suicidas, sentimientos de minusvalía y sentimientos de culpa.

Atención: Aparentemente normal y voluntaria.

Memoria: Retrograda, anterograda y de fijación conservadas. No se evidencia alteración cualitativa de la memoria.

Voluntad: Aparentemente normal.

Sensopercepciones: Sin alteración aparente.

Inteligencia: Normal, funciones de abstracción y cálculo conservadas.

Juicio y razonamiento: Lógicos.

Instintos: Hiporexia, insomnio inicial medio y terminal e instinto sexual disminuido.

Presenta conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento.

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 25 Puntos: Depresión Moderada
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 31 Puntos: Moderado Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factores Predisponentes: Abuso sexual por parte del padrastro

Factores Determinantes: Distancia emocional con su madre

Factores Desencadenantes: Abuso de alcohol

14.- DIAGNOSTICO

F33.2 Trastorno Depresivo Recurrente Episodio Actual Grave sin Síntomas Psicóticos.

X68 Envenenamiento Intencionalmente Autoinflingido por Pesticidas.

15.- DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, el paciente denota rasgos de **Personalidad Histriónica**.

16.- RECOMENDACIONES

- **Psicoterapia de apoyo:** Para brindar un soporte afectivo y lograr una contención emocional de los síntomas.
- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Programación de actividades de dominio y agrado:** Para aliviar la sintomatología depresiva a través de las autogratificaciones y favorecer la realización de actividades diarias que distraigan la atención de la depresión manteniendo el tiempo ocupado en actividades de provecho.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismo

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N° 9

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Lugar y fecha de nacimiento: Loja ,23 de Julio de 1985

Edad: 25 años

Sexo: Femenino

Estado civil: casada

Instrucción: Secundaria incompleta

Ocupación: QQ.DD.

Religión: Católica

Numero de Historia Clínica: 30779

Número de ingresos: 1

Procedencia: Loja

Lugar de Residencia: Loja - Menfis

Fecha de ingreso: 22/03/2011

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Acude a esta Casa de Salud hace aproximadamente 2 horas, por ingerir veneno para ratas en poca cantidad. Médico Residente realiza lavado gástrico ya que la paciente ingresa con vomito por la sustancias consumida, ingresa con su hermano en contra de su voluntad.

3.- MOTIVO DE CONSULTA

La paciente refiere: “ya estoy harta de la relación, ya no puedo vivir así, ya no lo soporto, no soporto que me siga pegando, siento ganas de llorar cada vez que recuerdo esos momentos de infierno”.

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que actualmente presenta tristeza, llanto fácil, distimia, disminución de la atención y concentración, sentimientos de minusvalía e inferioridad, hiporexia e insomnio terminal.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

Paciente que hace aproximadamente 6 años, presenta discusiones con su pareja, desde que iniciaron la relación, teniendo siempre mala comunicación, interactuando de forma inestable y con ello existiendo por parte del conyugue una vez por mes maltrato físico y psicológico hasta la actualidad, en donde decide ingerir veneno con el fin de culminar con su vida y así acabar con el sufrimiento.

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas adecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar estables, embarazo planificado, sin traumas prenatales, asistiendo a controles periódicos.

Natal: El Paciente nace por parto normal atendido por empíricos. Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, recibiendo todas las inmunizaciones.

Infancia: Paciente que proviene de una familia disfuncional de bajos recursos económicos, siendo una niña introvertida y tímida, con pocos amigos, ingresando a la escuela a los 6 años de edad, en donde se adapta sin ningún problema, y termina con buenas calificaciones la primaria.

Pubertad y adolescencia: A los 12 años ingresa al colegio e inicia a trabajar como empleada doméstica, con el fin de conseguir dinero para sus estudios, el cual no le es suficiente ya que lo utiliza para la alimentación de la familia, por lo que decide retirarse de la secundaria en el 9no año de básica, continuando solo trabajando a tiempo completo durante 6 años.

Juventud: A los 18 años tiene su primera pareja, con el cual contrae matrimonio a sus 19 años, empezando desde ahí los problemas conyugales, no obstante, tienen un hijo a los 22. A los 25 años debido a tantos maltratos suscitados anteriormente, la paciente decide ingerir veneno, para acabar con su vida, siendo llevada de urgencia por sus familiares al Hospital Isidro Ayora, para el respectivo lavado gástrico y finalmente ser trasladada al departamento de clínica para su tratamiento y recuperación.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

Proviene de una familia nuclear, disfuncional, conformada por cuatro miembros, de situación económica baja.

Actualmente forma parte de una familia nuclear, en donde existen graves problemas conyugales.

Esposo: 25 años, casado, albañil, presenta una mala relación con su pareja y no presenta ningún tipo de enfermedad.

Hijos: de 3 años de edad, buena relación con el paciente y no presenta enfermedad alguna.

8.- HISTORIA SOCIAL

Refiere que desde su corta edad se manifiesta como una persona tranquila, tímida e introvertida, llegando a tener pocos amigos hasta la actualidad.

9.- HISTORIA LABORAL

Inicia a trabajar a los 12 años de edad como empleada doméstica, por aproximadamente 6 años, dedicándose luego de su matrimonio a los quehaceres domésticos dentro de su hogar.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

Tuvo su primer ciclo menstrual a los 11 años de edad y con respecto a la psicoeducación fue algo explicativa por parte de sus padres, pero no lo suficiente, llegando a tener su primera relación sexual con su esposo a los 18 años de edad.

11.- EXAMEN MENTAL

La paciente se encuentra colaboradora, ánimo distímico, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, cooperando en las diferentes entrevistas que se ha mantenido con la misma.

Conciencia: lucida, orientada en tiempo, espacio y persona.

Orientación: autopsíquica: sin alteración aparente. alopsíquica: alterada. somatopsíquica: sin alteración aparente. La paciente es consciente de su enfermedad.

Atención: Hipoprosexia y Distraibilidad.

Sensopercepciones: no presenta ningún tipo de delirio o alucinación, sensopercepciones aparentemente en estado normal.

Memoria: anterógrada: sin alteración. retrograda: sin alteración. fijación: sin alteración. evocación: sin alteración

Afectividad: presenta ánimo distímico, sentimientos de inferioridad y minusvalía.

Inteligencia: aparentemente normal

Pensamiento: De curso: sin alteración. Estructura: sin alteración. contenido: ideas fijas de muerte. Pensamientos e Intento Suicida.

Voluntad: aparentemente normal.

Instintos: Nutrición: presenta hiporexia. Sueño: insomnio terminal, se despierta en la madrugada y no puede volver a dormir. Instinto sexual: disminuido.

Hábitos: ninguno

Juicio y razonamiento: lógicos

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 26 Puntos: Depresión Moderada
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 45 Puntos: Alto Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factor predisponente: Rasgos de personalidad evitativa

Factor determinante: Maltrato Físico y Psicológico por parte del Conyugue

Factor desencadenante: Envenenamiento, intento de autólisis

14.- DIAGNOSTICO

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

X69 Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por otros productos químicos y sustancias nocivas y los no especificados

Y07.0 Síndrome de Agresión Física y Psicológica por parte de pareja

15. DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, el paciente denota rasgos de **Personalidad Evitativa**.

16.- RECOMENDACIONES

- **Psicoterapia de apoyo:** Para brindar un soporte afectivo y lograr una contención emocional de los síntomas, favorecer la adaptación al ambiente y lograr un acompañamiento evitando los sentimientos de desamparo y abandono durante el proceso terapéutico.
- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Psicoeducación:** Sobre la dinámica de la Depresión y sus características, sus consecuencias y mecanismos de afrontamiento.
- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Programación de actividades de dominio y agrado:** Para aliviar la sintomatología depresiva a través de las autogratificaciones y favorecer la realización de actividades diarias que distraigan la atención de la depresión manteniendo el tiempo ocupado en actividades de provecho.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismos de afrontamiento.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N° 10

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Historia Clínica N°: 237386

Lugar y Fecha de Nacimiento: Loja, 25 de Julio de 1989

Edad: 22 años

Estado Civil: Casada

Instrucción: Secundaria Incompleta

Ocupación: QQ.DD

Lugar de Residencia: Loja

Religión: Católica

Fecha de Ingreso: 06 de Febrero del 2011

Número de Internamientos: 1

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Paciente que ingresa a esta casa de salud en contra de su voluntad acompañado de su esposo por haber ingerido Veneno en horas de la mañana.

3.- MOTIVO DE CONSULTA

La paciente refiere “Me quiero divorciar de mi esposo por qué no me comprende, me insulta y me golpea delante de las personas, me trata como a una cualquiera para el soy un trapo viejo, ya no lo aguanto prefiero estar muerta que soportarlo un día más”

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que actualmente presenta pérdida de la reactividad emocional, pérdida marcada de peso, tristeza profunda casi cada día, sentimientos de inutilidad y de autorreproches, pensamientos recurrentes de muerte e incapacidad para pensar. Sintomatología que se exacerba tras discusión con el esposo.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

Paciente que aproximadamente desde hace seis meses y a raíz de haber sido violentada físicamente por su esposo muestra pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, pérdida de la capacidad para pensar casi cada día, estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, pérdida de peso insomnio inicial y terminal y enlentecimiento psicomotriz, como consecuencia de aquello el día de hoy en horas de la mañana intento suicidarse ingiriendo “Rakumin” en su cuarto de habitación, siendo encontrada por su esposo por lo que es traída a este hospital por emergencia para su respectiva desintoxicación. Actualmente la paciente se encuentra en un medio protegido con diagnóstico de Intoxicación por Carbamatos sometida a tratamiento farmacológico y psicológico presentando remisión parcial de su sintomatología.

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas adecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar estables, embarazo planificado, sin traumas prenatales, asistiendo a controles periódicos.

Natal: El Paciente nace por parto normal atendido por facultativos en casa de salud. Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, recibiendo todas las inmunizaciones.

Infancia: El ambiente en su hogar era agradable recibiendo las atenciones y cuidados necesarios, manteniendo buenas relaciones con sus padres y hermanos. A los 6 años de edad ingresa a la escuela adaptándose con facilidad a la misma caracterizándose por ser extrovertida, comunicativa, emprendedora, con facilidad para entablar amistades, manteniendo un aceptable rendimiento académico. En su hogar mantenía relaciones conflictivas con sus padres manifestando comportamientos disruptivos como el de romper las cosas de su casa, hacer berrinches y pataletas. En esta etapa de su vida no ha presentado enfermedades ni traumatismos craneoencefálicos.

Pubertad y Adolescencia: Los cambios provocados en su estructura somática y fisiológica los ha tomado con normalidad. A los 13 años de edad ingresa al colegio mostrándose activa e impulsiva denotando actitudes amenazantes hacia sus compañeros cada vez que era criticada. En ocasiones tendía a faltar al respeto a las autoridades además indicaba muestras frecuentes de mal genio, enfados constantes y peleas físicas recurrentes. Debido a esta situación es expulsada del colegio y a raíz de aquello dejó de estudiar. A los 17 años de edad contrae matrimonio y procrea un hijo de ahí en adelante la relación con su esposo se ha tornado conflictiva.

Juventud y Edad Adulta: En esta etapa de vida la paciente ha mostrado esfuerzos frenéticos para evitar el abandono por parte de su esposo amenazándolo con quitarse la vida. En ocasiones la paciente tiende a presentar ira intensa con dificultades para controlarla e ideación paranoide hacia su esposo.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

Paciente que forma parte de una familia extensa conformada por cinco miembros, con los cuales mantiene buena comunicación excepto con el esposo. Condición económica media. Paciente vive en casa propia que cuenta con todos los servicios básicos.

Madre: 50 años, QQ.DD, mantiene buena relación con la paciente e indica hipertensión arterial.

Padre: 52 años, Comerciante, mantiene buena relación con la paciente, no manifiesta patología alguna.

Esposo: 25 años, Comerciante, mantiene relaciones conflictivas con la paciente, no manifiesta patología alguna.

Hijo: 5 años, Estudiante, mantiene buena relación con el paciente, no manifiesta patología alguna.

La paciente no presenta antecedentes heredo familiares.

8.- HISTORIA SOCIAL

Mantiene un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación. Le gusta hacer atletismo o concurrir al gimnasio a hacer aeróbicos. Le complace salir con su familia todos los fines de semana a disfrutar de los parques y restaurantes de la ciudad.

9.- HISTORIA LABORAL

Nunca ha trabajado.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

Sus cambios psicofisiológicos durante la adolescencia se desarrollan con normalidad. No recibió información sexual. Su primera relación sexual la tuvo con el que actualmente es su esposo sintiéndose gratificada. Actualmente refiere que su vida sexual conyugal es insatisfactoria sin comunicación.

11.- EXAMEN MENTAL

Paciente que al momento de la entrevista se encuentra con conciencia lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, vestida acorde a edad y sexo, postura aliñada, contacto visual escaso, colabora pasivamente con la entrevista y aplicación de reactivos. Mostrando poco interés en tratamiento psicoterapéutico.

Conciencia: lúcida.

Orientación: Orientación Autopsíquica, Alopsíquica y Somatopsíquica sin alteración.

Lenguaje: De tono medio bajo, fluido, coherente, congruente y acorde a nivel sociocultural.

Pensamiento: De estructura pensamiento detallista. De curso aparentemente normal. Contenido: pensamientos e intento suicida.

Afectividad: Ansiedad, irritabilidad, inquietud interna, perplejidad, anhedonia y labilidad afectiva y pensamientos suicidas.

Atención: Hipoprosexia y Distrabilidad.

Memoria: Retrograda, anterograda y de fijación conservadas. No se evidencia alteración cualitativa de la memoria.

Voluntad: Hipobulia y actos impulsivos.

Sensopercepciones: Sin alteración aparente.

Inteligencia: Normal, funciones de abstracción y cálculo alteradas.

Juicio y razonamiento: Lógicos.

Instintos: Hiporexia, insomnio inicial medio y terminal e instinto sexual disminuido.

No presenta conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento.

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 44 Puntos: Depresión Grave
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 53 Puntos: Alto Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factores Predisponentes: Rasgos de Personalidad Límite

Factores Determinantes: Ideación paranoide hacia el esposo

Factores Desencadenantes: Agresión física y psicológica recibida por el esposo

14.- DIAGNOSTICO

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

X69 Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por otros productos químicos y sustancias nocivas y los no especificados

Y07.0 Síndrome de Agresión Física y Psicológica por parte del esposo

15.- DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, el paciente denota rasgos de **Personalidad Límite**.

16.- RECOMENDACIONES

- **Psicoterapia de apoyo:** Para brindar un soporte afectivo y lograr una contención emocional de los síntomas, favorecer la adaptación al ambiente y lograr un acompañamiento evitando los sentimientos de desamparo y abandono durante el proceso terapéutico.
- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Psicoeducación:** Sobre la dinámica de la Depresión y Suicidio sus características, sus consecuencias y mecanismos de afrontamiento.
- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Programación de actividades de dominio y agrado:** Para aliviar la sintomatología depresiva a través de las autogratificaciones y favorecer la realización de actividades diarias que distraigan la atención de la depresión manteniendo el tiempo ocupado en actividades de provecho.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismos de afrontamiento.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N° 11

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Historia Clínica N°: 287543

Lugar y Fecha de Nacimiento: Loja, 23 de Febrero de 1994

Edad: 16 años

Estado Civil: Soltero

Instrucción: Primaria Completa

Ocupación: Albañil

Lugar de Residencia: Loja

Religión: Católica

Fecha de Ingreso: 03 de Abril del 2011

Número de Internamientos: 1

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Paciente que ingresa a esta casa de salud en contra de su voluntad acompañado de su madre por haber ingerido pesticidas la noche anterior.

3.- MOTIVO DE CONSULTA

El paciente refiere "Mi Madre no me comprende no me deja salir con mis amigos solo quiere que pase encerrado en la casa de todo me hace problema, la mejor solución es morirme solo así se quedara tranquila".

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que actualmente presenta animo depresivo, tristeza profunda, llanto fácil, perdida marcada de apetito con disminución de peso, se despierta por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, abulia, pensamientos suicidas y perdida de la reactividad emocional, perdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras y anhedonia.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

Paciente que aproximadamente desde hace cuatro meses y tras discusión con su madre viene manifestando facies de tristeza, abulia y tono de voz bajo. Se manifiesta con: llanto fácil, tristeza, ideas suicidas, sentimientos de inferioridad, baja autoestima, insomnio de conciliación, hiporexia y angustia como consecuencia de aquello la noche anterior a las 19H30 decide intentar quitarse la vida ingiriendo "Monitor" Pesticida bajo efectos del alcohol en su dormitorio siendo encontrado por su madre por lo que es traído de emergencia a esta casa de salud para su respectiva desintoxicación. Actualmente el paciente se encuentra en un medio protegido con diagnóstico de Intoxicación por Órgano Fosforado sometido a tratamiento médico y psicológico presentando remisión parcial de su sintomatología. Refiere sentir frustración al no haber logrado quitarse la vida.

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas adecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar estables, embarazo planificado, sin traumas prenatales, asistiendo a controles periódicos.

Natal: El Paciente nace por parto normal atendido por facultativos. Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, recibiendo todas las inmunizaciones.

Infancia: La relaciones con sus padres en el hogar eran conflictivas recibiendo maltrato físico por parte de los mismos. A los 6 años de edad ingresa al escuela adaptándose con dificultad a la misma caracterizándose por ser inquieto, travieso, hiperactivo, agredía físicamente a sus compañeros cuando era provocado, al recibir críticas de sus profesores se encolerizaba faltándoles al respeto e insultándoles. En esta etapa de su vida no ha presentado enfermedades ni traumatismos craneoencefálicos.

Pubertad y Adolescencia: Los cambios provocados en su estructura somática y fisiológica los ha tomado con normalidad. No ingresa al colegio por falta de recursos económicos por lo que inmediatamente se dedica a trabajar en construcción. A los 13 años de edad se dedica al consumo excesivo de alcohol llegando a la embriaguez, no asistiendo a casa hasta por tres días consecutivos. El paciente en esta etapa de vida tiende a tornarse irritable y agresivo con su madre mostrando dificultad para controlar su ira. Actualmente el paciente presenta episodios de depresión tras discusiones con su progenitora por lo que frecuentemente tiende a autoflegelar sus brazos refiriendo que con un dolor calma otro dolor.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

Paciente que proviene de una familia nuclear conformada por cuatro miembros, es el último de tres hermanos con los cuales mantiene poca comunicación. Condición económica baja. Paciente vive en casa propia que cuenta con todos los servicios básicos.

Madre: 43 años, QQ.DD, mantiene relaciones conflictivas con el paciente, no manifiesta patología alguna.

Padre: 43 años, Chofer, mantiene relaciones distantes con el paciente y presenta alcoholismo.

Hermana: 22 años, QQ.DD, mantiene relaciones conflictivas con el paciente, no manifiesta patología alguna.

Hermana: 20 años, QQ.DD, mantiene relaciones conflictivas con el paciente, no manifiesta patología alguna.

El paciente no presenta antecedentes heredo familiares.

8.- HISTORIA SOCIAL

En las relaciones interpersonales muestra relaciones emocionales sumamente dolorosas que no quiere repetir siendo sus relaciones interpersonales inestables e intensas. El paciente ingiere alcohol en grandes cantidades en compañía de sus amigos. Le gusta asistir a fiestas y lugares de diversión.

9.- HISTORIA LABORAL

El paciente desde sus 13 años de edad se ha dedicado solamente a la albañilería siendo satisfactorias sus remuneraciones según refiere. Los tiempos libres los ha dedicado al consumo de alcohol derrochando el dinero en invitaciones a sus amigos.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

Sus cambios psicofisiológicos durante la adolescencia se desarrollan con normalidad. No recibió información sexual por parte de sus padres ni tampoco en la escuela. Las relaciones sexuales que ha mantenido hasta la actualidad han sido en prostíbulos presentando eyaculación precoz cada vez que intimida.

11.- EXAMEN MENTAL

Paciente que al momento de la entrevista se encuentra con conciencia lúcida, orientado en tiempo, espacio y persona, vestido acorde a edad y sexo, postura aliñada, contacto visual escaso, colabora pasivamente con la entrevista y aplicación de reactivos. Mostrando poco interés en tratamiento psicoterapéutico.

Conciencia: Lúcido.

Orientación: Orientación Autopsíquica, Alopsíquica y Somatopsíquica sin alteración.

Lenguaje: De tono medio bajo, fluido, coherente, congruente y acorde a nivel sociocultural.

Pensamiento: De estructura pensamiento concreto. De curso aparentemente normal. Contenido de ideas fijas de muerte. Pensamientos e Intento Suicida.

Afectividad: Tristeza, irritabilidad, desanimo, anhedonia, labilidad afectiva, pensamientos suicidas, sentimientos de minusvalía y sentimientos de culpa.

Atención: Hipoprosexia y Distraibilidad.

Memoria: Retrograda, anterograda y de fijación conservadas. No se evidencia alteración cualitativa de la memoria.

Voluntad: Hipobulia y actos impulsivos.

Sensopercepciones: Sin alteración aparente.

Inteligencia: Normal, funciones de abstracción y cálculo conservadas.

Juicio y razonamiento: Lógicos.

Instintos: Hiporexia, insomnio inicial medio y terminal e instinto sexual disminuido.

Presenta conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento.

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 37 Puntos: Depresión Moderada
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 48 Puntos: Alto Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factores Predisponentes: Factor hereditario (alcoholismo del padre)

Factores Determinantes: Abuso de alcohol

Factores Desencadenantes: Discusión con su madre

14.- DIAGNOSTICO

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

Abuso de Alcohol

X68 Envenenamiento Intencionalmente Autoinflingido por Pesticidas.

15.- DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, el paciente denota rasgos de **Personalidad Límite**.

16.- RECOMENDACIONES

- **Psicoterapia de apoyo:** Para brindar un soporte afectivo y lograr una contención emocional de los síntomas, favorecer la adaptación al ambiente y lograr un acompañamiento evitando los sentimientos de desamparo y abandono durante el proceso terapéutico.
- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Psicoeducación:** Sobre la dinámica de la Depresión y sus características, sus consecuencias y mecanismos de afrontamiento.
- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Programación de actividades de dominio y agrado:** Para aliviar la sintomatología depresiva a través de las autogratificaciones y favorecer la realización de actividades diarias que distraigan la atención de la depresión manteniendo el tiempo ocupado en actividades de provecho.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismos de afrontamiento.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N° 12

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Historia Clínica N°: 292038

Lugar y Fecha de Nacimiento: Vilcabamba, 23 de Octubre de 1991

Edad: 19 años

Estado Civil: Soltero

Instrucción: Primaria Incompleta

Ocupación: Barman

Lugar de Residencia: Loja

Religión: Católica

Fecha de Ingreso: 08 de Febrero del 2011

Número de Internamientos: 1

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Paciente que ingresa a esta casa de salud en contra de su voluntad acompañado de su hermana por haber ingerido pesticidas el día de ayer bajo estado etílico.

3.- MOTIVO DE CONSULTA

La paciente refiere “No quiero vivir sin mi novia no soy nadie y no quiero la ayuda de nadie solo quiero que ella este conmigo”.

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que actualmente presenta llanto fácil, perdida marcada de apetito, se despierta por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, perdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pensamientos suicidas y perdida de la confianza en sí mismo.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

Paciente que aproximadamente desde hace 3 días y a raíz de ruptura sentimental con su novia viene manifestando sintomatología depresiva como llanto fácil, abulia, perdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, baja autoestima, disminución de su vitalidad que le ha llevado a una reducción de su nivel de actividad, ideas de muerte, alteración del sueño y del apetito. Como consecuencia de lo anteriormente mencionado el día de ayer a las 23H00 bajo estado etílico ingiere “Monitor” Pesticida en su dormitorio con el objetivo de quitarse la vida siendo encontrado por su hermana por lo que lo trae de urgencia al Hospital para su respectiva desintoxicación. Actualmente el paciente se encuentra en un medio protegido sometido a tratamiento médico y psicológico presentando remisión parcial de su sintomatología.

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas inadecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar inestables, embarazo no planificado, con traumas prenatales, e inasistencia a controles periódicos.

Natal: El Paciente nace por parto normal atendido por facultativos. Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, recibiendo todas las inmunizaciones.

Infancia: El ambiente en su hogar era desagradable ya que era testigo de la violencia física de su padre hacia su madre manteniendo relaciones conflictivas con los mismos. A los 6 años de edad ingresa a la escuela adaptándose con dificultad a la misma caracterizándose por ser introvertido, poco comunicativo, retraído, con dificultades para entablar amistades, manteniendo un insuficiente rendimiento académico siendo irresponsable con sus tareas y fugándose de clases. En esta etapa de su vida no ha presentado enfermedades ni traumatismos craneoencefálicos.

Pubertad y Adolescencia: Los cambios provocados en su estructura somática y fisiológica los ha tomado con normalidad. No ingresa al colegio debido a su falta de voluntad por estudiar. En cuanto a las relaciones en su hogar el paciente era agredido físicamente por su padre. En esta etapa de su vida el paciente se ha caracterizado por mostrarse pasivo y sumiso indicando resistencia a entablar relaciones personales por temor a ser criticado o rechazado por los demás. A pesar de aquello a los 18 años se involucra en una relación afectiva con la que actualmente es su novia.

Juventud: Actualmente tiende a sentir preocupación por ser un fracasado, sin atractivo personal, sintiéndose inferior a los demás.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

Paciente que proviene de una familia nuclear completa y disfuncional, es el último de seis hermanos, con los cuales mantiene buena comunicación. Condición económica baja. Paciente vive en con su hermana en un cuarto que no cuenta con todos los servicios básicos.

Padre: 63 años, Agricultor, mantiene relaciones conflictivas con el paciente, no manifiesta patología alguna.

Madre: 67 años, QQ.DD, mantiene buena relación con el paciente, no manifiesta patología alguna.

Hermano: 40 años, Albañil, 40 años, mantiene relaciones conflictivas con el paciente, no manifiesta patología alguna.

Hermano: 35 años, Profesor, mantiene buena relación con el paciente, no manifiesta patología alguna.

Hermana: 29 años, Comerciante, mantiene relaciones conflictivas con el paciente, no manifiesta patología alguna.

Hermano: 26 años, Empleado Privado, mantiene relaciones conflictivas con el paciente, no manifiesta patología alguna.

Hermana: 24 años, Estudiante, mantiene buena relación con el paciente, no manifiesta patología alguna.

El paciente presenta antecedentes familiares de suicidio. Hace 5 años su Tío de suicidio.

8.- HISTORIA SOCIAL

Mantiene relación con un grupo reducido de personas. Se relaciona con los demás con actitud tímida y generosa. Es reservado y desconfiado de las personas, le cuesta hacer amigos y brindar su confianza. Evitando actividades sociales que impliquen contactos personales íntimos por el miedo a la crítica, reprobación o rechazo. No le gustan las reuniones sociales, ni asistir a fiestas o lugares de diversión.

9.- HISTORIA LABORAL

Actualmente trabaja como Barman en un centro nocturno de la ciudad, en el que diariamente consume alcohol por lo que presenta problemas con su novia. Sus remuneraciones indica que son satisfactorias.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

Sus cambios psicofisiológicos durante la adolescencia se desarrollan con normalidad. No recibió información sexual. Actualmente se siente gratificado en el área sexual. Utiliza métodos anticonceptivos como el condón y la píldora para su novia.

11.- EXAMEN MENTAL

Paciente que al momento de la entrevista se encuentra con conciencia lúcida, orientado en tiempo, espacio y persona, vestido acorde a edad y sexo, postura aliñada, contacto visual escaso, colabora pasivamente con la entrevista y aplicación de reactivos. Mostrando poco interés en tratamiento psicoterapéutico.

Conciencia: Lúcido.

Orientación: Orientación Autopsíquica, Alopsíquica y Somatopsíquica sin alteración.

Lenguaje: De tono medio bajo, fluido, coherente, congruente y acorde a nivel sociocultural.

Pensamiento: De estructura pensamiento concreto. De curso aparentemente normal. Contenido de ideas fijas de culpa por ruptura sentimental con su novia. Pensamiento e intento suicida.

Afectividad: Tensión, anhedonia, depresión, miedo y sentimientos de minusvalía.

Atención: Hipoprosexia y Distraibilidad.

Memoria: Retrograda, anterograda y de fijación conservadas. No se evidencia alteración cualitativa de la memoria.

Voluntad: Hipobulia e Inhibición psicomotriz.

Sensopercepciones: Sin alteración aparente.

Inteligencia: Normal, funciones de abstracción y cálculo conservadas.

Juicio y razonamiento: Lógicos.

Instintos: Hiporexia, insomnio inicial y terminal e instinto sexual disminuido. Presenta conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento.

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 25 Puntos: Depresión Moderada
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 35 Puntos: Moderado Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factores Predisponentes: Rasgos de Personalidad Evitativa

Factores Determinantes: Abuso de alcohol

Factores Desencadenantes: Ruptura sentimental con su novia

14.- DIAGNOSTICO

F32.2 Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos.

X68 Envenenamiento Intencionalmente Autoinflingido por Pesticidas.

15.- DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, el paciente denota rasgos de **Personalidad Evitativa**.

16.- RECOMENDACIONES

- **Psicoterapia de apoyo:** Para brindar un soporte afectivo y lograr una contención emocional de los síntomas, favorecer la adaptación al ambiente y lograr un acompañamiento evitando los sentimientos de desamparo y abandono durante el proceso terapéutico.
- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Psicoeducación:** Sobre la dinámica de la Depresión y sus características, sus consecuencias y mecanismos de afrontamiento.
- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Programación de actividades de dominio y agrado:** Para aliviar la sintomatología depresiva a través de las autogratificaciones y favorecer la realización de actividades diarias que distraigan la atención de la depresión manteniendo el tiempo ocupado en actividades de provecho.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismos de afrontamiento.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N° 13

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Lugar y fecha de nacimiento: Malacatos ,14 de Junio de 1976

Edad: 34 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Unión Libre

Instrucción: Primaria incompleta

Ocupación: Comerciante

Religión: Católica

Numero de Historia Clínica: 149231

Número de ingresos: 1

Procedencia: Malacatos

Lugar de Residencia: Loja

Fecha de ingreso: 11/02/2011

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Paciente ingresa a esta Casa de Salud por ingerir veneno (campeón), tres sobres, llegando a un intento de autolisis, motivo por el cual es traída por la familia para el respectivo lavado gástrico, tratamiento y recuperación por el accidente suscitado. Paciente es remitido al Departamento de Clínica, por presentar intoxicación por órgano fosforado y luego de su recuperación, es decir, extracción del veneno, es remitida para asistencia y valoración psicológica debido a su intento autolítico.

3.- MOTIVO DE CONSULTA

La paciente Refiere: “no quería seguir viviendo porque mucho me maltrataba mi pareja, tengo muchos problemas, me siento mal, no sé qué va a hacer de mi vida luego, estoy preocupada, no puedo dormir, me duele la cabeza, no quiero ni comer”.

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

La paciente actualmente presenta tristeza, llanto fácil, distimia, disminución de la atención y concentración, cefaleas, sentimientos de minusvalía e inferioridad, hiporexia e insomnio inicial y terminal.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

Paciente que hace aproximadamente 5 días, presenta discusión con su pareja, debido a que él era casado y su esposa regresaba del exterior después de 18 años; decidiendo regresar con su conyugue, al no aceptar aquello la paciente, es decir, la posible separación, sabiendo con anterioridad la verdad de la situación, él empieza a maltratarla de forma física y psicológica, no solo en esos momentos, ya que años atrás ya había existido golpes e insultos. Por ello decide esta ocasión ingerir veneno para ratas (campeón), con el propósito de acabar con su vida debido al sufrimiento que tenía, tanto por el maltrato como por la separación

(unión libre), trasladándola la familia al Hospital Isidro Ayora para realizar lavado gástrico, tratamiento y recuperación por su intento autolítico.

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas adecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar estables, embarazo planificado, sin traumas prenatales, asistiendo a controles periódicos.

Natal: El Paciente nace por parto normal atendido por empíricos. Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, recibiendo todas las inmunizaciones.

Infancia: Paciente que proviene de una familia de bajos recursos económicos, desde pequeña se muestra retraída, tímida, introvertida y con pocos amigos, ingresa a la escuela a los 5 años de edad en su pueblo natal, en donde tiene una buena adaptabilidad escolar y muy buenas calificaciones, hasta el 4to año de básica, en donde se retira por la falta de dinero para su educación.

Pubertad y adolescencia: A los 10 años se dedica a la agricultura y a la venta de vegetales y granos en Malacatos, hasta cumplir su mayoría de edad. A los 16 años tiene su primera relación amorosa, persona que se encontraba casada, pero que la esposa pasaba en el exterior, aceptando la situación la paciente a sus 18 años, mediante unión libre decide vivir con su pareja y tener dos hijos, existiendo dentro de esta familia falta de comunicación, y con ello problemas de pareja, como maltrato físico y psicológico.

Juventud y Madurez: A los 34 años se entera del retorno de la conyugue de su pareja, por lo que existen peores discusiones, ya que la paciente no desea separarse, por lo que decide tomarse veneno para ratas, debido al sufrimiento que le causaba, no solo aquello, sino también los distintos maltratos que se daban en el transcurso de su relación.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

Proviene de una familia nuclear, disfuncional, conformada por cuatro miembros, de situación económica baja.

Pareja: de 38 años, comerciante.

Hijos: de 16 y 12 años, estudiantes.

Todos los integrantes de la familia no presentan ningún tipo de enfermedad y mantienen una comunicación inestable entre todos sus miembros especialmente entre la pareja.

8.- HISTORIA SOCIAL

Refiere que desde su corta edad se manifiesta como una persona tranquila, tímida (introvertida) por miedo o temor a no ser aceptado por los demás, se mostraba retraída, llegando a tener pocos amigos hasta la actualidad.

9.- HISTORIA LABORAL

Trabajo a los 10 años en la agricultura, vendiendo al mismo tiempo vegetales y granos por aproximadamente 8 años y finalmente a sus 22 años de edad poniéndose un puesto de comidas en el Mercado de San Sebastián hasta la actualidad.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

No tuvo la educación necesaria por parte de sus padres, pero debido a que era reservada con las amistades, su primera relación la tuvo con su pareja llegando a tener con él, dos hijos, manteniendo hasta la actualidad una vida sexual activa, a pesar de sus problemas.

11.- EXAMEN MENTAL

La paciente se encuentra colaboradora, ánimo distímico, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, cooperando en las diferentes entrevistas que se ha mantenido con la misma.

Conciencia: conciencia: lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona

Orientación: autopsíquica: sin alteración aparente alopsíquica: sin alteración aparente. somatopsíquica: sin alteración aparente. La paciente es consciente de su enfermedad.

Atención: Hipoprosexia y Distrabilidad.

Sensopercepciones: no presenta ningún tipo de delirio o alucinación, sensopercepciones aparentemente en estado normal.

Memoria: Anterógrada: sin alteración. Retrograda: sin alteración fijación: sin alteración. Evocación: sin alteración

Afectividad: presenta ánimo distímico, sentimientos de inferioridad y minusvalía.

Inteligencia: aparentemente normal

Pensamiento: trastorno del curso: sin alteración estructura: sin alteración contenido: ideas de muerte

Voluntad: aparentemente normal.

Instintos: Apetito: hiporexia. Sueño: Insomnio inicial, medio y terminal. Sexual: disminuido

Hábitos: ninguno

Juicio y razonamiento: lógicos

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 35 Puntos: Depresión Grave
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 49 Puntos: Alto Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factor predisponente: Personalidad evitativa, aceptación de convivir con una persona casada

Factor determinante: Maltrato Físico y Psicológico por parte de la pareja

Factor desencadenante: Separación e intento autolítico

14.- DIAGNOSTICO

F33.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

X69 Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por otros productos químicos y sustancias nocivas y los no especificados

15. DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, el paciente denota rasgos de **Personalidad Evitativa**.

16.- RECOMENDACIONES

- **Psicoterapia de apoyo:** Para brindar un soporte afectivo y lograr una contención emocional de los síntomas, favorecer la adaptación al ambiente y lograr un acompañamiento evitando los sentimientos de desamparo y abandono durante el proceso terapéutico.
- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Psicoeducación:** Sobre la dinámica de la Depresión y sus características, sus consecuencias y mecanismos de afrontamiento.
- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Programación de actividades de dominio y agrado:** Para aliviar la sintomatología depresiva a través de las autogratificaciones y favorecer la realización de actividades diarias que distraigan la atención de la depresión manteniendo el tiempo ocupado en actividades de provecho.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismos de afrontamiento.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N° 14

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Historia Clínica N°: 296531

Lugar y Fecha de Nacimiento: San Lucas, 20 de Mayo de 1989

Edad: 22 años

Estado Civil: Casado

Instrucción: Primaria Incompleta

Ocupación: Comerciante

Lugar de Residencia: San Lucas

Religión: Católica

Fecha de Ingreso: 03 de Julio del 2011

Número de Internamientos: 1

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Paciente que ingresa al Hospital Isidro Ayora el día Domingo 3 de Julio del 2011 al departamento de clínica por diagnóstico de Intoxicación por Órgano Fosforado, acompañado de su esposa y de sus tíos.

3.- MOTIVO DE CONSULTA

El paciente refiere: "No recuerdo que es lo que paso el día Domingo, en la mañana salimos con mi mujer y mi hijo a vender tamales, luego nos fuimos a la feria del ganado en "San Lucas", recuerdo que discutimos por unos chicos que la molestaron; llegamos a la casa y de ahí para acá ya no recuerdo absolutamente nada. Mi vida ha sido muy triste, me crie sin mis padres porque me abandonaron y mi abuelita se hizo cargo de mí y yo he tenido que vérmelas por mí solo; siento que soy poca cosa para mi mujer; ella es preparada y yo no, la amo mucho a ella y a mi hijo y estoy muy arrepentido por lo que dicen que ha sucedido".

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que actualmente presenta animo depresivo, tristeza profunda, llanto fácil, hiporexia, insomnio inicial y terminal, ideas paranoides de que su esposa lo traiciona, perdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pensamientos suicidas y disminución de la atención y concentración.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

Paciente que aproximadamente desde hace 8 meses y a raíz de que su esposa se graduó en Economía el paciente viene presentando sentimientos de inferioridad, llanto fácil, perdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de su vitalidad que le ha llevado a una reducción de su nivel de actividad, alteración del sueño y del apetito ya que él es comerciante y se considera poca cosa. Debido a esto el día domingo a las 11 am ingiere raticida con el fin de quitarse la vida por lo que es traído de emergencia a esta casa de

salud. Actualmente la paciente se encuentra en un medio protegido sometida a tratamiento farmacológico y psicológico presentando remisión parcial de su sintomatología.

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas adecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar estables, embarazo planificado, sin traumas prenatales, asistiendo a controles periódicos.

Natal: El Paciente nace por parto normal atendido por empíricos. Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, recibiendo todas las inmunizaciones.

Infancia: A sus tres años de edad es abandonado por sus padres por lo que queda al cuidado de su abuela materna manteniendo buenas relaciones con la misma. A los 6 años de edad ingresa a la escuela adaptándose con facilidad a la misma caracterizándose por ser irritable ante sus compañeros por lo que frecuentemente se veía envuelto en peleas físicas recurrentes con dificultad para controlar sus iras al recibir críticas de terceros. Solo estudio hasta el cuarto año debido a falta de recursos económicos.

Pubertad y Adolescencia: Los cambios provocados en su estructura somática y fisiológica los ha tomado con normalidad. En esta etapa de su vida se caracterizó por presentar una alteración de la autoimagen siendo inestable emocionalmente, indicando una notable reactividad del estado de ánimo.

Juventud: En este periodo de vida tiende a manifestar sentimientos crónicos de vacío, irritabilidad, impulsividad en el abuso de alcohol, ira intensa con dificultades para controlarla, inestabilidad afectiva, ideación paranoide hacia su esposa e ideas suicidas.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

Paciente que proviene de una familia nuclear conformada por tres miembros. Es el último de 12 hermanos con los cuales mantiene buena comunicación. Condición económica media. Paciente vive en casa propia que cuenta con todos los servicios básicos.

Esposa: 25 años, Economista, mantiene buena relación con el paciente, no manifiesta patología alguna.

Hijo: 3 años, Infante, mantiene buena relación con el paciente, no manifiesta patología alguna.

El paciente no presenta antecedentes heredo familiares.

8.- HISTORIA SOCIAL

En las relaciones interpersonales indica facilidad para establecer contacto con el ambiente y para entablar relaciones interpersonales siendo las mismas intensas e inestables.

9.- HISTORIA LABORAL

En lo laboral se ha dedicado a la distribución de mercadería en distintos puntos de la ciudad siendo satisfactorias sus remuneraciones.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

Sus cambios psicofisiológicos durante la adolescencia se desarrollaron con normalidad. Recibió orientación sexual por parte de su abuela. Inicia a los 16 años relación sexual con trabajadora sexual sintiéndose gratificado en la misma. De ahí en adelante ha mantenido relaciones sexuales solamente con su esposa. No ha padecido enfermedades infecto contagiosas.

11.- EXAMEN MENTAL

Paciente que al momento de la entrevista se encuentra con conciencia lúcida, orientado en tiempo, espacio y persona, vestido acorde a edad y sexo, postura aliñada, contacto visual escaso, colabora pasivamente con la entrevista y aplicación de reactivos. Mostrando poco interés en tratamiento psicoterapéutico.

Conciencia: lúcida.

Orientación: Orientación Autopsíquica, Alopsíquica y Somatopsíquica sin alteración.

Lenguaje: De tono medio bajo, fluido, coherente, congruente y acorde a nivel sociocultural.

Pensamiento: De estructura y curso aparentemente normal. Contenido de ideas fijas de culpa. Pensamiento e intento suicida.

Afectividad: Ansiedad, tristeza, desánimo, labilidad afectiva, pensamientos suicidas, sentimientos de minusvalía y sentimientos de culpa.

Atención: Hipoprosexia y Distrabilidad.

Memoria: Retrograda, anterograda y de fijación conservadas. No se evidencia alteración cualitativa de la memoria.

Voluntad: Hipobulia, actos impulsivos y estereotipias.

Sensopercepciones: Sin alteración aparente.

Inteligencia: Normal, funciones de abstracción y cálculo conservadas.

Juicio y razonamiento: Lógicos.

Instintos: Hiporexia, insomnio inicial medio y terminal e instinto sexual disminuido.

Presenta conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento.

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 33 Puntos: Depresión Grave
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 48 Puntos: Alto Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factores Predisponentes: Abandono por parte de sus Padres

Factores Determinantes: Abuso de alcohol

Factores Desencadenantes: Ideas paranoides hacia su esposa

14.- DIAGNOSTICO

X69. Daño intencionalmente autoinflingido por otras sustancias químicas o nocivas no especificada.

F33.2. Trastorno depresivo Recurrente Episodio Actual Moderado Sin Síntomas Psicóticos.

15.- DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, el paciente denota rasgos de **Personalidad Límite**.

16.- RECOMENDACIONES

- **Psicoterapia de apoyo:** Para brindar un soporte afectivo y lograr una contención emocional de los síntomas, favorecer la adaptación al ambiente y lograr un acompañamiento evitando los sentimientos de desamparo y abandono durante el proceso terapéutico.
- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Psicoeducación:** Sobre la dinámica de la Depresión y sus características, sus consecuencias y mecanismos de afrontamiento.
- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Programación de actividades de dominio y agrado:** Para aliviar la sintomatología depresiva a través de las autogratificaciones y favorecer la realización de actividades diarias que distraigan la atención de la depresión manteniendo el tiempo ocupado en actividades de provecho.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismos de afrontamiento.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N° 15

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Historia Clínica N°: 291554

Lugar y Fecha de Nacimiento: Alamor, 20 de febrero de 1983

Edad: 28 años

Estado Civil: Soltera

Instrucción: Primaria Completa

Ocupación: Ninguna

Lugar de Residencia: Zamora

Religión: Católica

Fecha de Ingreso: 25 de Enero del 2011

Número de Internamientos: 1

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Paciente que ingresa a esta casa de salud en contra de su voluntad acompañada de su hermana en contra de su voluntad por haber ingerido veneno el día de ayer con el objetivo de quitarse la vida.

3.- MOTIVO DE CONSULTA

La paciente refiere "Me quiero morir yo no quiero estar en este hospital sino en un cementerio sin mi hija no soy nadie"

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que actualmente tras problemas legales sobre la custodia de su hija presenta tristeza, insomnio inicial, medio y terminal, hiporexia, disminución de la atención y concentración, disminución de la capacidad para el placer en casi todas las actividades la mayor parte del día y pensamientos recurrentes de muerte. Actualmente esta sintomatología se encuentra exacerbada luego de que la custodia del niño le otorgaran al padre.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

Paciente que aproximadamente desde hace un mes y a raíz de que la paciente perdió la custodia de su hija viene denotando sentimientos de culpa excesivos, animo depresivo la mayor parte del día, pérdida del apetito casi cada día, ideas suicidas, insomnio y enlentecimiento psicomotriz, debido a esto el día de ayer a eso de las 21h00 la paciente intenta quitarse la vida ingiriendo veneno (Negubon) en su cuarto de habitación y al ser encontrada por su hermana es traída por emergencia a esta casa de salud con diagnóstico de Intoxicación por Órgano Fosforado. Actualmente la paciente se encuentra en un medio protegido sometida a tratamiento psicoterapéutico indicando remisión parcial de la sintomatología.

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas adecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar estables, embarazo planificado, sin traumas prenatales, asistiendo a controles periódicos.

Natal: El Paciente nace por parto normal atendido por facultativos. Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, recibiendo todas las inmunizaciones.

Infancia: El ambiente en su hogar era agradable recibiendo las atenciones y cuidados necesarios, manteniendo buenas relaciones con sus padres y hermanos. A los 6 años de edad ingresa a la escuela adaptándose con dificultad a la misma caracterizándose por ser introvertida, poco comunicativa, retraída, con dificultades para entablar amistades, manteniendo un insuficiente rendimiento académico por lo que llega a reprobado un año. En esta etapa de su vida no ha presentado enfermedades ni traumatismos craneoencefálicos.

Pubertad y Adolescencia: Los cambios provocados en su estructura somática y fisiológica los ha tomado con normalidad. No ingresa al colegio debido a que no le gustaba estudiar. Mantenía buenas relaciones con sus padres y hermanos. En este periodo de vida demostraba resistencia a entablar relaciones personales por temor a ser criticada o rechazada por los demás, con preocupación por ser una fracasada, sin atractivo personal, sintiéndose inferior a los demás.

Juventud y Edad Adulta: A los 25 años de edad procrea una hija con su ex pareja y desde hace un mes se encuentra sometida a problemas legales sobre la custodia de la misma a raíz de aquello viene presentando ánimo depresivo y pensamientos suicidas.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

Paciente que proviene de una familia nuclear conformada por cinco miembros, con los cuales mantiene buena comunicación. Condición económica baja. Paciente vive en casa de sus padres que cuenta con todos los servicios básicos.

Padre: 65 años, comerciante, relaciones conflictivas con la paciente, no manifiesta patología alguna.

Madre: 56 años, Q.Q.DD, buenas relaciones con la paciente, no manifiesta patología alguna.

Hermana: 24 años, Estudiante, mantiene buena relación con el paciente, no manifiesta patología alguna.

Hermano: 23 años, Albañil, buena relación con el paciente, no manifiesta patología alguna.

La paciente no presenta antecedentes heredo familiares.

8.- HISTORIA SOCIAL

Mantiene relación con un grupo reducido de personas. Se relaciona con los demás con actitud tímida y pasiva. Evitando actividades sociales que impliquen contactos personales íntimos por el miedo a la crítica, reprobación o rechazo. No le gustan las reuniones sociales, ni asistir a fiestas o lugares de diversión.

9.- HISTORIA LABORAL

Se ha desempeñado ayudándole a su padre al comercio de compra y venta de ropa siendo sus remuneraciones deficientes.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

Sus cambios psicofisiológicos durante la adolescencia se desarrollan con normalidad. No recibió información sexual. Presenta vida sexual activa con varias parejas sintiéndose gratificada.

11.- EXAMEN MENTAL

Paciente que al momento de la entrevista se encuentra con conciencia lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, vestida acorde a edad y sexo, postura aliñada, contacto visual escaso, colabora pasivamente con la entrevista y aplicación de reactivos. Mostrando desinterés en tratamiento psicoterapéutico.

Conciencia: lúcida.

Orientación: Orientación Autopsíquica, Alopsíquica y Somatopsíquica sin alteración.

Lenguaje: De tono medio bajo, fluido, coherente, congruente y acorde a nivel sociocultural.

Pensamiento: De estructura y curso aparentemente normal. Contenido de ideas fijas de culpa por la pérdida de la custodia de su hija. Pensamientos e Intentos Suicidas.

Afectividad: tristeza, desanimo, anhedonia, labilidad afectiva, pensamientos suicidas, sentimientos de minusvalía y sentimientos de culpa.

Atención: Hipoprosexia y Distraibilidad.

Memoria: Retrograda, anterograda y de fijación conservadas. No se evidencia alteración cualitativa de la memoria.

Voluntad: Hipobulia

Sensopercepciones: Sin alteración aparente.

Inteligencia: Normal, funciones de abstracción y cálculo conservadas.

Juicio y razonamiento: Lógicos.

Instintos: Hiporexia, insomnio inicial medio y terminal e instinto sexual disminuido.

No presenta conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento.

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 58 Puntos: Depresión Grave
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 81 Puntos: Alto Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factores Predisponentes: Rasgos de Personalidad Evitativa

Factores Determinantes: Varias relaciones con otras parejas

Factores Desencadenantes: Perdida de la custodia de su hija

14.- DIAGNOSTICO

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

X69 Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por otros productos químicos y sustancias nocivas y los no especificados

15.- DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, el paciente denota rasgos de **Personalidad Evitativa**.

16.- RECOMENDACIONES

- **Psicoterapia de apoyo:** Para brindar un soporte afectivo y lograr una contención emocional de los síntomas, favorecer la adaptación al ambiente y lograr un acompañamiento evitando los sentimientos de desamparo y abandono durante el proceso terapéutico.
- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Psicoeducación:** Sobre la dinámica de la Depresión y Suicidio, sus características, sus consecuencias y mecanismos de afrontamiento.
- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Programación de actividades de dominio y agrado:** Para aliviar la sintomatología depresiva a través de las autogratificaciones y favorecer la realización de actividades diarias que distraigan la atención de la depresión manteniendo el tiempo ocupado en actividades de provecho.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismos de afrontamiento.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N° 16

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Historia Clínica N°: 288671

Lugar y Fecha de Nacimiento: Catacocha, 14 de Abril de 1992

Edad: 19 años

Estado Civil: Unión Libre

Instrucción: Secundaria Completa

Ocupación: Albañil

Lugar de Residencia: Loja

Religión: Católica

Fecha de Ingreso: 18 de Enero del 2011

Número de Internamientos: 1

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Paciente que ingresa a esta casa de salud en contra de su voluntad acompañado de su madre y hermana por haber ingerido veneno el día de ayer tratando de atentar con su vida.

3.- MOTIVO DE CONSULTA

El paciente refiere “No pasa nada yo estoy bien simplemente ya no quiero estar vivo además mi mujer ya no me quiere porque ya no es la misma de antes ahora es fría conmigo y no me responde como esposa”.

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que actualmente presenta baja autoestima, llanto fácil, tristeza vital, angustia, anhedonia, facies de angustia y preocupación, sentimientos de culpa y de inutilidad, insomnio tardío e hipersomnia en el día, se presenta irritable con tensión muscular a consecuencia del intento de suicidio

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

Paciente que aproximadamente desde hace un mes y tras violencia verbal y física existente entre el paciente y su conviviente debido a celos injustificados del mismo viene presentando disminución de su vitalidad que le ha llevado a una reducción de su nivel de actividad, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, insomnio inicial, medio y terminal, pérdida de la confianza en sí mismo con sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, pensamientos suicidas, e hiporexia. Como resultado de dicha sintomatología el día de ayer a eso de las 23h00 ingirió “Raticida” con el fin de atentar contra su vida, siendo encontrado por su conviviente tirado en el piso y manifestando crisis convulsivas por lo que es traído al hospital al piso de emergencia para su respectiva desintoxicación. Actualmente el paciente se encuentra en un medio protegido con diagnóstico de Intoxicación por Órgano Fosforado sometido a

tratamiento farmacológico y psicológico presentando remisión parcial de su sintomatología.

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas adecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar estables, embarazo planificado, sin traumas prenatales, asistiendo a controles periódicos.

Natal: El Paciente nace por parto normal atendido por facultativos. Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, recibiendo todas las inmunizaciones.

Infancia: El ambiente en su hogar era agradable recibiendo las atenciones y cuidados necesarios, manteniendo buenas relaciones con sus padres y hermanos. A los 6 años de edad ingresa a la escuela adaptándose con dificultad a la misma caracterizándose por ser introvertido, poco comunicativo, retraído, con dificultades para entablar amistades, manteniendo un aceptable rendimiento académico por lo que llega a ser abanderado de la institución. En esta etapa de su vida no ha presentado enfermedades ni traumatismos craneoencefálicos.

Pubertad y Adolescencia: Los cambios provocados en su estructura somática y fisiológica los ha tomado con normalidad. A los 12 años de edad ingresa al colegio "18 de Noviembre" mostrándose pasivo y sumiso indicando resistencia a entablar relaciones personales por temor a ser criticado o rechazado por sus compañeros. A los 18 años conoce a la que actualmente es su conviviente siendo en un inicio estable la relación pero debido a los celos ilógicos del paciente hacia ella las relaciones entre los dos se han tornado conflictivas.

Juventud: En esta etapa de vida el paciente tiende a sentirse inferior a los demás, sin atractivo personal y preocupado por ser un fracasado por lo que teme a que su esposa lo abandone y se quede solo.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

Paciente que proviene de una familia extensa conformada por seis miembros. Es el segundo de cuatro hermanos con los cuales mantiene buena comunicación. Condición económica baja. Paciente vive en casa arrendada que cuenta con todos los servicios básicos.

Madre: 47 años, Agricultora, mantiene buena relación con el paciente, presenta migraña con aura.

Padre: 51 años, Agricultor, mantiene poca comunicación con el paciente, presenta alcoholismo.

Hermana: 21 años, QQ.DD, mantiene relaciones conflictivas con el paciente, no manifiesta patología alguna.

Hermano: 17 años, Estudiante, mantiene buena relación con el paciente, no manifiesta patología alguna.

Hermano: 21 años, QQ.DD, mantiene buena relación con el paciente, no manifiesta patología alguna.

Conviviente: 24 años, QQ.DD, mantiene relaciones conflictivas con el paciente, no manifiesta patología alguna.

El paciente no presenta antecedentes heredo familiares.

8.- HISTORIA SOCIAL

Mantiene relación con un grupo reducido de personas. Se relaciona con los demás con actitud tímida, generosa e hipervigilante. Evitando actividades sociales que impliquen contactos personales íntimos por el miedo a la crítica, reprobación o rechazo. No le gustan las reuniones sociales, ni asistir a fiestas o lugares de diversión. Actúa pasivamente con las demás personas. Sus relaciones familiares se vuelven conflictivas cuando el paciente se encuentra en estado tornándose agresivo e irritable.

9.- HISTORIA LABORAL

Desde los 12 a los 15 años trabajo en agricultura. De ahí en adelante se ha dedicado a la albañilería siendo satisfactorias sus remuneraciones. Los tiempos libre los emplea en jugar futbol con sus pocos amigos.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

Sus cambios psicofisiológicos durante la adolescencia se desarrollan con normalidad. No recibió información sexual. Actualmente su vida sexual es gratificante. No ha padecido enfermedades infecto contagiosas utilizando como método anticonceptivo el condón.

11.- EXAMEN MENTAL

Paciente que al momento de la entrevista se encuentra con conciencia lucida, orientado en tiempo, espacio y persona, vestido acorde a edad y sexo, postura aliñada, contacto visual escaso, colabora pasivamente con la entrevista y aplicación de reactivos. Mostrando poco interés en tratamiento psicoterapéutico.

Conciencia: Lúcido.

Orientación: Orientación Autopsíquica, Alopsíquica y Somatopsíquica sin alteración.

Lenguaje: De tono medio bajo, fluido, coherente, congruente y acorde a nivel sociocultural.

Pensamiento: De estructura y curso aparentemente normal. Contenido: pensamientos e intento suicida.

Afectividad: Sentimientos de minusvalía y sentimientos de culpa, ansiedad, tristeza, desanimo, labilidad afectiva, pensamientos suicidas e inquietud interna.

Atención: Hipoprosexia y Distraibilidad.

Memoria: Retrograda, anterograda y de fijación conservadas. No se evidencia alteración cualitativa de la memoria.

Voluntad: Hipobulia.

Sensopercepciones: Sin alteración aparente.

Inteligencia: Normal, funciones de abstracción y cálculo alteradas.

Juicio y razonamiento: Lógicos.

Instintos: Hiporexia, insomnio inicial medio y terminal e instinto sexual disminuido.

Presenta conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento.

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 41 Puntos: Depresión Grave
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 55 Puntos: Alto Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factores Predisponentes: Rasgos de Personalidad Evitativa

Factores Determinantes: Celos infundados hacia su conviviente

Factores Desencadenantes: Violencia física y verbal entre el paciente y su conviviente

14.- DIAGNOSTICO

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

X69 Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por otros productos químicos y sustancias nocivas y los no especificados

15.- DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, el paciente denota rasgos de **Personalidad Evitativa**.

16.- RECOMENDACIONES

- **Psicoterapia de apoyo:** Para brindar un soporte afectivo y lograr una contención emocional de los síntomas, favorecer la adaptación al ambiente y lograr un acompañamiento evitando los sentimientos de desamparo y abandono durante el proceso terapéutico.
- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Psicoeducación:** Sobre la dinámica de la Depresión y Suicidio sus características, sus consecuencias y mecanismos de afrontamiento.
- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Programación de actividades de dominio y agrado:** Para aliviar la sintomatología depresiva a través de las autogratificaciones y favorecer la realización de actividades diarias que distraigan la atención de la depresión manteniendo el tiempo ocupado en actividades de provecho.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N° 17

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Historia Clínica N°: 26814

Lugar y Fecha de Nacimiento: Loja, 17 de Febrero de 1996

Edad: 15 años

Estado Civil: Soltera

Instrucción: Primaria Completa

Ocupación: Ninguna

Lugar de Residencia: Loja

Religión: Católica

Fecha de Ingreso: 25 de Febrero del 2011

Número de Internamientos: 1

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Paciente que ingresa al Hospital Isidro Ayora al departamento de clínica por diagnóstico de Intoxicación por Órgano Fosforado, acompañada de su Madre y en contra de su voluntad.

3.- MOTIVO DE CONSULTA

La paciente refiere: “ya no soporto que mi padre me maltrate y me ofenda todos los días y lo peor de todo es que mi madre no hace nada por defenderme me grita y me trata como basura yo no puedo salir con mis amigos porque me agrede brutalmente es una bestia y no un padre por eso me quiero morir”.

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que actualmente presenta animo depresivo, tristeza profunda, llanto fácil, perdida marcada de apetito, se despierta por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, perdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pensamientos suicidas y perdida de la reactividad emocional.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

El día Viernes 25 de Febrero a las 08:00 AM ingiere pastillas de carbamazepina en cantidades elevadas con el fin de quitarse la vida ya que no soporta el trato que recibe por parte de su padre argumentando que es agredida física y verbalmente por el mismo. Como consecuencia de aquello presenta tristeza, llanto fácil, ideas de culpa y de ser inútil, pensamientos e intentos suicidas, disminución del sueño y disminución del apetito. Actualmente se encuentra en un medio protegido presentando la sintomatología anteriormente mencionada.

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas adecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar estables, embarazo planificado, sin traumas prenatales, asistiendo a controles periódicos.

Natal: La Paciente nace por parto normal atendido por facultativos. Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, recibiendo todas las inmunizaciones.

Infancia: El ambiente en su hogar era agradable recibiendo las atenciones y cuidados necesarios, manteniendo buenas relaciones con sus padres y hermanos. A los 6 años de edad ingresa a la escuela adaptándose con dificultad a la misma caracterizándose por ser impulsiva en sus actividades académicas y del hogar. En esta etapa de su vida no ha presentado enfermedades ni traumatismos craneoencefálicos.

Pubertad y Adolescencia: Los cambios provocados en su estructura somática y fisiológica los ha tomado con normalidad. En esta etapa de su vida se ha caracterizado por presentar un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas con inestabilidad en su autoimagen, manifestando inestabilidad afectiva con episodios de disforia e irritabilidad. A sus 12 años de edad fue abusada sexualmente por su tío situación que hasta la actualidad le ha generado varios episodios depresivos. Frecuentemente tiende a mostrar comportamientos y amenazas suicidas recurrentes.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

Paciente que proviene de una familia disfuncional conformada por cinco miembros, con los cuales mantiene poca comunicación. Condición económica media. Paciente vive en casa propia que cuenta con todos los servicios básicos.

Padre: 40 años, Construcción, relaciones conflictivas con la paciente, no manifiesta patología alguna.

Madre: 30 años, QQ.DD, relaciones conflictivas con la paciente, no manifiesta patología alguna.

Hermano: 12 años, Estudiante, buenas relaciones con la paciente, indica discapacidad intelectual.

Hermano: 7 años, Estudiante, buenas relaciones con la paciente, no manifiesta patología alguna.

La paciente no presenta antecedentes heredo familiares.

8.- HISTORIA SOCIAL

Mantiene relación con un grupo reducido de personas. Se relaciona con los demás con actitud extrovertida y generosa. No le gustan las reuniones sociales, ni asistir a fiestas o lugares de diversión. Sus relaciones con los demás son intensas e inestables.

9.- HISTORIA LABORAL

Nunca ha trabajado.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

Sus cambios psicofisiológicos durante la adolescencia se desarrollan con normalidad. No recibió información sexual ni en el ámbito familiar ni en el ámbito

educativo. No refiere más historia sexual. Hace tres años es violada sexualmente por su tío.

11.- EXAMEN MENTAL

Paciente que al momento de la entrevista se encuentra con conciencia lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, vestida acorde a edad y sexo, postura aliñada, contacto visual escaso, colabora pasivamente con la entrevista y aplicación de reactivos. Mostrando poco interés en tratamiento psicoterapéutico.

Conciencia: lúcida.

Orientación: Orientación Autopsíquica, Alopsíquica y Somatopsíquica sin alteración.

Lenguaje: De tono medio bajo, fluido, coherente, congruente y acorde a nivel sociocultural.

Pensamiento: De estructura y curso aparentemente normal. Contenido de ideas fijas de culpa. Pensamientos e Intento Suicida.

Afectividad: Ansiedad, tristeza, desánimo, labilidad afectiva, pensamientos suicidas, sentimientos de minusvalía y sentimientos de culpa.

Atención: Hipoprosexia y Distrabilidad.

Memoria: Retrograda, anterograda y de fijación conservadas. No se evidencia alteración cualitativa de la memoria.

Voluntad: Hipobulia y Actos Impulsivos.

Sensopercepciones: Sin alteración aparente.

Inteligencia: Normal, funciones de abstracción y cálculo conservadas.

Juicio y razonamiento: Lógicos.

Instintos: Hiporexia, insomnio inicial medio y terminal e instinto sexual disminuido.

Presenta conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento.

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 30 Puntos: Depresión Grave
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 62 Puntos: Alto Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factores Predisponentes: Rasgos de Personalidad Límite

Factores Determinantes: Abuso sexual por parte del tío

Factores Desencadenantes: Abuso físico por parte del padre

14.- DIAGNOSTICO

F32.2 Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos.

Y07.1 Síndrome de Maltrato Físico por Padre.

X63 Envenenamiento Intencionalmente Autoinflingido por Medicamentos.

15.- DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, el paciente denota rasgos de **Personalidad Límite**.

16.- RECOMENDACIONES

- **Psicoterapia de apoyo:** Para brindar un soporte afectivo y lograr una contención emocional de los síntomas, favorecer la adaptación al ambiente y lograr un acompañamiento evitando los sentimientos de desamparo y abandono durante el proceso terapéutico.
- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Psicoeducación:** Sobre la dinámica de la Depresión y sus características, sus consecuencias y mecanismos de afrontamiento.
- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismos de afrontamiento.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N° 18

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Historia Clínica N°: 29701

Lugar y Fecha de Nacimiento: Catamayo, 5 de Enero de 1990

Edad: 21 años

Estado Civil: Unión libre

Instrucción: Secundaria Incompleta

Ocupación: Comerciante

Lugar de Residencia: Catamayo

Religión: Católica

Fecha de Ingreso: 12 Marzo del 2011

Número de Internamientos: 1

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Paciente que ingresa al Hospital Isidro Ayora el día Viernes 11 de marzo del 2011 a eso de las 21H00 al departamento de clínica por diagnóstico de Intoxicación por Órgano Fosforado, acompañado de su Madre y de su Tío.

3.- MOTIVO DE CONSULTA

El paciente refiere: "No quiero que me molesten, lo único que seseo es estar bajo tierra no soporto el dolor que me ha causado mi esposa al haberla encontrado en mi cama con otro hombre, es que yo la amo mucho doctor y no sé por qué me hizo eso"

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que actualmente presenta animo depresivo, tristeza profunda, llanto fácil, hiporexia, insomnio inicial y terminal, ideas paranoides de que su esposa lo traiciona, perdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pensamientos suicidas y disminución de la atención y concentración.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

Paciente que aproximadamente desde hace una semana y a raíz de que su esposa le fue infiel el paciente viene presentando sentimientos de inferioridad, llanto fácil, perdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de su vitalidad que le ha llevado a una reducción de su nivel de actividad, alteración del sueño y del apetito. Debido a esto el día Viernes 11 de marzo del 2011 a eso de las 21H00 ingiere raticida con el fin de quitarse la vida por lo que es traído de emergencia a esta casa de salud. Actualmente la paciente se encuentra en un medio protegido sometida a tratamiento farmacológico y psicológico presentando remisión parcial de su sintomatología.

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas adecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar estables, embarazo planificado, sin traumas prenatales, asistiendo a controles periódicos.

Natal: El Paciente nace por parto normal atendido por facultativos. Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, recibiendo todas las inmunizaciones.

Infancia: En este periodo de vida sus relaciones con sus padres y hermanos han sido satisfactorias. A los 6 años de edad ingresa a la escuela adaptándose con facilidad a la misma caracterizándose por sentirse incomodo cuando esta solo por temor a cuidar de sí mismo; sintiéndose frecuentemente preocupado por el miedo a que lo abandonen sus seres queridos.

Pubertad y Adolescencia: Los cambios provocados en su estructura somática y fisiológica los ha tomado con normalidad. Ingres a al colegio a los 19 años caracterizándose por ser irresponsable e impuntual en sus tareas; debido a esto reprueba el tercer año retirándose definitivamente. En esta etapa de su vida se caracterizó por mantener dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera debido a una falta de confianza en sí mismo.

Juventud: A los 19 años de edad decide convivir con la que actualmente es su pareja caracterizándose por tener dificultades para expresar sus desacuerdos con ella debido al temor o desaprobación de ella.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

Paciente que proviene de una familia nuclear conformada por cuatro miembros, con los cuales mantiene buena comunicación. Condición económica media. Paciente vive en casa arrendada que cuenta con todos los servicios básicos.

Padre: 46 años, Agricultor, relaciones conflictivas con el paciente, no manifiesta patología alguna.

Madre: 39 años, Q.Q.DD, mantiene buenas relaciones con el paciente, no manifiesta patología alguna.

Hermano: 17 años, Estudiante, buenas relaciones con el paciente, indica asma.

Hermana: 15años, Estudiante, buenas relaciones con el paciente, no manifiesta patología alguna.

La paciente no presenta antecedentes heredo familiares.

8.- HISTORIA SOCIAL

En las relaciones interpersonales muestra dificultades para tomar decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo aconseja miento y reafirmación por parte de los demás.

9.- HISTORIA LABORAL

En lo laboral se ha dedicado a la agricultura siendo poco satisfactorias sus remuneraciones.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

Sus cambios psicofisiológicos durante la adolescencia se desarrollaron con normalidad. Recibió orientación sexual en su escuela. Inicia a los 16 años relación sexual con trabajadora sexual sintiéndose gratificado en la misma. De ahí en adelante ha mantenido relaciones sexuales solamente con su conviviente. No ha padecido enfermedades infecto contagiosas.

11.- EXAMEN MENTAL

Paciente que al momento de la entrevista se encuentra con conciencia lúcida, orientado en tiempo, espacio y persona, vestido acorde a edad y sexo, postura aliñada, contacto visual adecuado, colabora activamente con la entrevista y aplicación de reactivos. Mostrando poco interés en tratamiento psicoterapéutico.

Conciencia: lúcida.

Orientación: Orientación Autopsíquica, Alopsíquica y Somatopsíquica sin alteración.

Lenguaje: De tono medio bajo, fluido, coherente, congruente y acorde a nivel sociocultural.

Pensamiento: De estructura Pensamiento restringido, de curso aparentemente normal. Contenido de ideas de ruina.

Afectividad: Ansiedad, tristeza, desánimo, labilidad afectiva, pensamientos suicidas, sentimientos de minusvalía y sentimientos de culpa.

Atención: Hipoprosexia y Distrabilidad.

Memoria: Retrograda, anterograda y de fijación conservadas. No se evidencia alteración cualitativa de la memoria.

Voluntad: Hipobulia.

Sensopercepciones: Sin alteración aparente.

Inteligencia: Normal, funciones de abstracción y cálculo conservadas.

Juicio y razonamiento: Lógicos.

Instintos: Hiporexia, insomnio inicial medio y terminal e instinto sexual disminuido.

Presenta conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento.

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 24 Puntos: Depresión Grave
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 72 Puntos: Alto Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factores Predisponentes: Rasgos de Personalidad Dependientes

Factores Determinantes: Dificultades para expresar desacuerdos con su Esposa

Factores Desencadenantes: Infidelidad por parte de su Esposa

14.- DIAGNOSTICO

F33.2. Episodio Depresivo Grave Sin Síntomas Psicóticos.

X69. Daño intencionalmente autoinfligido por otras sustancias químicas o nocivas no especificada.

15.- DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, el paciente denota rasgos de **Personalidad Dependientes**.

16.- RECOMENDACIONES

- **Psicoterapia de apoyo:** Para brindar un soporte afectivo y lograr una contención emocional de los síntomas, favorecer la adaptación al ambiente y lograr un acompañamiento evitando los sentimientos de desamparo y abandono durante el proceso terapéutico.
- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Psicoeducación:** Sobre la dinámica de la Depresión y sus características, sus consecuencias y mecanismos de afrontamiento.
- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Programación de actividades de dominio y agrado:** Para aliviar la sintomatología depresiva a través de las autogratificaciones y favorecer la realización de actividades diarias que distraigan la atención de la depresión manteniendo el tiempo ocupado en actividades de provecho.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismos de afrontamiento.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N° 19

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Lugar y fecha de nacimiento: Loja, 23 de Abril de 1975

Edad: 34 años

Estado civil: Divorciado

Instrucción: Primaria Completa

Profesión: Ninguna

Ocupación: Albañilería

Religión: Católica

Número de Historia Clínica: 27612

Número de ingresos (hospitalizaciones): 1

Procedencia: Loja

Lugar de residencia: Loja

Fecha de la entrevista: 03 de Abril del 2011.

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Paciente que ingresa al Hospital Isidro Ayora el Sábado 02 de Abril a las 23h30 del presente año, al departamento de clínica por diagnóstico: Intoxicación Medicamentosa tras haber ingerido 42 tabletas de ibuprofeno con el fin de acabar con su vida acompañado de su Madre y Hermana en contra de su voluntad.

3.- MOTIVO DE CONSULTA

Paciente refiere: “No quiero hablar en este momento con nadie, si puede dígame a mi familia que se olviden de mí que no deseo ver a nadie, ya he soportado muchas obligaciones por parte de ellos y no los soporto más”

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Actualmente presenta tristeza, ánimo depresivo, llanto fácil, insomnio inicial, medio y terminal, hiporexia, disminución de la atención y concentración, perspectiva sombría del futuro y pensamientos e ideas suicidas.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

El día Sábado 02 de Abril a las 23H30 el paciente procede a ingerir 42 tabletas de ibuprofeno con el objetivo de quitarse la vida a raíz de presentar frecuentes discusiones con su familia especialmente con su hermana como consecuencia de aquello ha venido presentando pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad con ideas de culpa y de ser inútil, alteración del sueño y del apetito y pensamientos y actos suicidas. Luego de haber fracasado en su intento por suicidarse es traído a este centro asistencial por emergencia. Actualmente manifiesta ideas de culpa por lo acontecido sintiéndose responsable por el sufrimiento que están viviendo sus sobrinos a los cuales considera como hijos. Se encuentra sometido a tratamiento psicoterapéutico y farmacológico indicando remisión parcial de su sintomatología

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas inadecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar inestables, embarazo no planificado, con traumas prenatales.

Natal: El Paciente nace por parto normal atendido por facultativos en Hospital Isidro Ayora. Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, recibiendo todas las inmunizaciones.

Infancia: El ambiente en su hogar era desagradable recibiendo agresión física y psicológica por parte de sus padres y hermanos. A los 6 años de edad ingresa a la escuela adaptándose con dificultad a la misma caracterizándose por ser introvertido, poco comunicativo, con dificultad para entablar amistades, manteniendo un aceptable rendimiento académico. En su hogar mantenía relaciones conflictivas con sus padres manifestando comportamientos disruptivos como el de romper las cosas de su casa, hacer berrinches y pataletas. En esta etapa de su vida no ha presentado enfermedades ni traumatismos craneoencefálicos.

Pubertad y Adolescencia: Los cambios provocados en su estructura somática y fisiológica los ha tomado con normalidad. No ingresa al colegio debido a escasos recursos económicos. En esta etapa de su vida se caracterizaba por mostrarse activo e impulsivo con sus padres denotando actitudes amenazantes hacia los mismos cada vez que era criticado. En ocasiones tendía a faltar al respeto a sus hermanos además indicaba muestras frecuentes de mal genio, enfados constantes y peleas físicas recurrentes. A los 18 años contrae matrimonio caracterizándose por ser una relación conflictiva.

Juventud y Edad Adulta: En esta etapa de vida la paciente ha mostrado esfuerzos frenéticos para evitar el abandono por parte de su esposa amenazándola con quitarse la vida, debido a esto es abandonado por la misma divorciándose posteriormente. En ocasiones el paciente tiende a presentar ira intensa con dificultades para controlarla.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

El Paciente proviene de una Familia Nuclear de bajos recursos económicos:

Madre: 68 años de edad, Ama de Casa, mantiene poca comunicación con el paciente, presenta cefaleas constantes.

Padre: 65 años de edad, Agricultor, mantiene poca comunicación con el paciente, presenta gastritis.

Hermana: 45 años de edad, Ama de casa, mantiene relaciones conflictivas con el paciente. (Con ella tuvo el problema)

Hermana: 39 años de edad, Comerciante, mantiene relaciones conflictivas con el paciente.

Todos tienen una alimentación balanceada y tienen poca comunicación entre ellos.

8.- HISTORIA SOCIAL

Mantiene un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.

9.- HISTORIA LABORAL

Desde los 9 años de edad de ha dedicado a laborar de albañil siendo satisfactorias sus remuneraciones.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

Sus cambios psicofisiológicos durante la adolescencia se desarrollaron con normalidad. Recibió orientación sexual en su escuela. Inicia a los 16 años relación sexual con trabajadora sexual sintiéndose gratificado en la misma. De ahí en adelante ha mantenido relaciones sexuales en prostíbulos. No ha padecido enfermedades infecto contagiosas.

11.- EXAMEN MENTAL

El Paciente se encuentra nervioso, tímido y con adecuado arreglo e higiene personal. Presenta una actitud pasiva, pero es colaborador al momento de la entrevista.

Conciencia: Lucida

Orientación: Autopsíquica, Alopsíquica, Somatopsíquica, sin alteración aparente. Presenta conciencia de la enfermedad.

Atención: Hipoprosexia y Distraibilidad.

Sensopercepciones: Sin alteración aparente.

Memoria: La memoria anterograda, retrograda, de evocación y de fijación sin alteración aparente.

Afectividad: El paciente presenta ansiedad, tensión, tristeza, desanimo, anhedonia y labilidad afectiva.

Inteligencia: No se valora. Sin alteración aparente.

Pensamiento: Curso: Sin alteración aparente. Estructura: Sin alteración aparente. Contenido: pensamiento e intento suicida.

Voluntad: Hipobulia y actos impulsivos.

Instintos: Apetito: hiporexia. Sueño: Insomnio inicial, medio y terminal. Sexual: disminuido

Hábitos: Ninguno.

Juicio y Razonamiento: Lógicos.

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 31 Puntos: Depresión Grave
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 51 Puntos: Alto Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factores Predisponentes: Violencia Física y Psicológica recibida por sus Padres.

Factores Determinantes: Rasgos de Personalidad Límites

Factores Desencadenantes: Discusión con su Hermana

14.- DIAGNOSTICO

F33.2 Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Grave Sin Síntomas Psicóticos.

X68 Envenenamiento Intencionalmente Autoinflingido por Medicamentos.

F91.0 Trastorno disocial limitado al contexto familiar.

15.- DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, el paciente denota rasgos de **Personalidad Límites**.

16.- RECOMENDACIONES

- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Psicoeducación:** Sobre la dinámica de la Depresión y sus características, sus consecuencias y mecanismos de afrontamiento.
- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Programación de actividades de dominio y agrado:** Para aliviar la sintomatología depresiva a través de las autogratificaciones y favorecer la realización de actividades diarias que distraigan la atención de la depresión manteniendo el tiempo ocupado en actividades de provecho.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismo

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N° 20

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Historia Clínica N°: 28393

Lugar y Fecha de Nacimiento: Loja, 19 de Agosto de 1986

Edad: 24 años

Estado Civil: Casada

Instrucción: Secundaria Incompleta

Ocupación: QQ.DD

Lugar de Residencia: Loja

Religión: Católica

Fecha de Ingreso: 07 de Mayo del 2011

Número de Internamientos: 1

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACION

Paciente que ingresa al Hospital Isidro Ayora el Sábado 07 de Mayo del presente año al departamento de clínica por diagnóstico de Intoxicación por Órgano Fosforado (Malateon), acompañada de su esposo y en contra de su voluntad.

3.- MOTIVO DE CONSULTA

La paciente refiere: "No quiero estar más junto a ese infeliz de mis esposo que solo se la pasa haciéndome daño, lleva mujeres a mi casa es un sinvergüenza por eso me quiero morir ya que no soy nadie sin él, dependo económicamente de mi esposo"

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que actualmente presenta animo depresivo, tristeza profunda, llanto fácil, perdida marcada de apetito, se despierta por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, perdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pensamientos suicidas y perdida de la reactividad emocional.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

El día Sábado a las 10 am ingiere Malateon con el objetivo de quitarse la vida debido a infidelidad de su esposo. Como consecuencia de aquello presenta depresión, tristeza, llanto fácil, ideas de culpa y de ser inútil, pensamientos e intentos suicidas, sentimientos de inferioridad, pérdida del interés en actividades que anteriormente disfrutaba, disminución del sueño conjuntamente con disminución del apetito. Actualmente se encuentra en un medio protegido presentando la sintomatología anteriormente mencionada.

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas adecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar estables, embarazo planificado, sin traumas prenatales, asistiendo a controles periódicos.

Natal: La Paciente nace por parto normal atendido por facultativos. Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, recibiendo todas las inmunizaciones.

Infancia: El ambiente en su hogar era agradable recibiendo las atenciones y cuidados necesarios, manteniendo buenas relaciones con sus padres y hermanos. A los 7 años de edad ingresa a la escuela adaptándose con facilidad a la misma caracterizándose por ser introvertida, poco comunicativa, tímida, emprendedora y dependiente de sus padres manteniendo un aceptable rendimiento académico. En esta etapa de su vida no ha presentado enfermedades ni traumatismos craneoencefálicos.

Pubertad y Adolescencia: Los cambios provocados en su estructura somática y fisiológica los ha tomado con normalidad. A los 13 años de edad ingresa al colegio en el cual permanece pasiva y sumisa ante los demás. En esta etapa de su vida se caracteriza por dejar que otras personas tomen decisiones importantes por ella denotando malestar al encontrarse sola por lo que necesitaba frecuentemente compañía de alguien especialmente de su madre. A los 18 años de edad contrae matrimonio con el que actualmente es su esposo procreando dos hijos.

Juventud: En esta etapa de su vida mantiene dificultades para expresar su desacuerdo con su esposo debido al temor a la pérdida de apoyo.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

Paciente que forma parte de una familia nuclear conformada por cinco miembros. Es la cuarta de cinco hermanos con los cuales mantiene relaciones conflictivas. Condición económica media. Paciente vive en casa propia que cuenta con todos los servicios básicos.

Esposo: 27 años, Militar, relaciones conflictivas con la paciente, no manifiesta patología alguna.

Hijos: 3 y 4 años, mantienen buenas relaciones con la paciente, no manifiestan patología alguna.

La paciente no presenta antecedentes heredo familiares.

8.- HISTORIA SOCIAL

Mantiene relación con un grupo reducido de personas siendo pasiva y sumisa. Se siente incómoda y desamparada cuando está sola debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí misma, no le gustan las reuniones sociales, ni asistir a fiestas o lugares de diversión evitando salir de su casa.

9.- HISTORIA LABORAL

Nunca ha trabajado.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

Sus cambios psicofisiológicos durante la adolescencia se desarrollan con normalidad. No recibió información sexual. A los 18 años inicia relación sexual con su esposo refiriendo sentirse gratificada sexualmente hasta la actualidad.

11.- EXAMEN MENTAL

Paciente que al momento de la entrevista se encuentra con conciencia lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, vestida acorde a edad y sexo, postura aliñada, contacto visual adecuado, colabora pasivamente con la entrevista y aplicación de reactivos. Mostrando poco interés en tratamiento psicoterapéutico.

Conciencia: lúcida.

Orientación: Orientación Alopsíquica alterada. Autopsíquica, y Somatopsíquica sin alteración.

Lenguaje: De tono medio bajo, fluido, coherente, congruente y acorde a nivel sociocultural.

Pensamiento: De estructura muestra parafasia, de velocidad bradipsiquia. Contenido: pensamiento e intento suicida.

Afectividad: Ansiedad, tensión, tristeza, inquietud interna, miedo, pensamientos suicidas, sentimientos de desamparo, sentimientos de minusvalía y sentimientos de culpa.

Atención: Hipoprosexia y Distrabilidad.

Memoria: Retrograda, anterograda y de fijación conservadas. No se evidencia alteración cualitativa de la memoria.

Voluntad: Hipobulia.

Sensopercepciones: Sin alteración aparente.

Inteligencia: Por debajo de lo normal, funciones de abstracción y cálculo alteradas.

Juicio y razonamiento: Lógicos.

Instintos: Hiporexia, insomnio inicial medio y terminal e instinto sexual disminuido.

Presenta conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento.

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 26 Puntos: Depresión Moderada
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 82 Puntos: Alto Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factores Predisponentes: Rasgos de Personalidad Dependientes

Factores Determinantes: Relaciones Conflictivas con su Esposo

Factores Desencadenantes: Infidelidad ´por parte de su Esposo

14.- DIAGNOSTICO

F32.1 Episodio Depresivo Grave sin síntomas psicóticos

X68 Envenenamiento Intencionalmente Autoinflingido por Productos Químicos.

15.- DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, el paciente denota rasgos de **Personalidad Dependientes**.

16.- RECOMENDACIONES

- **Psicoterapia de apoyo:** Para brindar un soporte afectivo y lograr una contención emocional de los síntomas.
- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Programación de actividades de dominio y agrado:** Para aliviar la sintomatología depresiva a través de las autogratificaciones y favorecer la realización de actividades diarias que distraigan la atención de la depresión manteniendo el tiempo ocupado en actividades de provecho.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismo

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N° 21

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Historia Clínica N°: 37548

Lugar y Fecha de Nacimiento: Loja, 12 de Mayo de 1983

Edad: 28 años

Estado Civil: Unión Libre

Instrucción: Primaria Completa

Ocupación: Albañil

Lugar de Residencia: Loja

Religión: Católica

Fecha de Ingreso: 21 de Junio del 2011

Número de Internamientos: 1

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Paciente que ingresa al Hospital Isidro Ayora el día Martes 21 de Junio del presente año al departamento de clínica por Intoxicación por Piretina (Insecticida), acompañado de su conviviente y por su propia voluntad.

3.- MOTIVO DE CONSULTA

El paciente refiere: “No recuerdo muy bien lo que paso estaba muy tomado me pase de copas y mi esposa me dice que me he tomado un insecticida que tenemos en casa, la verdad no recuerdo absolutamente nada”

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que actualmente presenta tensión, afecto heboide, irritabilidad, inquietud interna, miedo, labilidad afectiva, incontinencia afectiva, alteración del sueño y del apetito e ideas suicidas.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

El día Martes ingiere gran cantidad apreciable de “Insecticida” bajo los efectos del alcohol, luego de haber estado en una fiesta familiar. Como consecuencia de esto presenta tristeza, alteración del sueño y del apetito, disminución de la atención y concentración, perdida de la confianza en sí mismo y perplejidad, perdida de interés y de la capacidad de disfrutar y perdida de estimación de sí mismo. Presenta antecedentes de dependencia al alcohol que ha interferido en su vida laboral, familiar y social. Actualmente el paciente se encuentra en un medio protegido presentando la sintomatología antes mencionada.

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas adecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar estables, embarazo planificado, sin traumas prenatales, asistiendo a controles periódicos.

Natal: El Paciente nace por parto normal atendido por Facultativos en Casa de Salud. Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, recibiendo todas las inmunizaciones.

Infancia: El ambiente en su hogar era agradable recibiendo las atenciones y cuidados necesarios, manteniendo buenas relaciones con sus padres y hermanos. A los 5 años de edad ingresa a la escuela adaptándose con facilidad a la misma caracterizándose por ser extrovertido, comunicativo, emprendedor, con facilidad para entablar amistades, manteniendo un aceptable rendimiento académico. En esta etapa de su vida no ha presentado enfermedades ni traumatismos craneoencefálicos.

Pubertad y Adolescencia: Los cambios provocados en su estructura somática y fisiológica los ha tomado con normalidad. No ingresa al colegio refiriendo que nunca le gusto estudiar y que prefería trabajar para tener su propio dinero. En esta etapa de su vida la paciente tiende a mostrar una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante, utilizando permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo. Desde los 17 años de edad consume alcohol de forma compulsiva lo que le ha provocado dificultades a nivel familiar, laboral y social.

Juventud y Edad Adulta: En este periodo de vida se caracteriza por sentirse incomodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención, manteniendo una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

Paciente que forma parte de una familia nuclear conformada por tres miembros. Es hijo único. Condición económica baja. Paciente vive en casa arrendada que cuenta con todos los servicios básicos.

Conviviente: 23 años, QQ.DD, relaciones conflictivas con el paciente, no manifiesta patología alguna.

Hijo: 5 años, Estudiante, relaciones distantes con el paciente, no manifiesta patología alguna.

El paciente no presenta antecedentes heredo familiares.

8.- HISTORIA SOCIAL

Mantiene relación con un grupo reducido de personas. Se relaciona con los demás con actitud despectiva y amenazante. Sus relaciones interpersonales son inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.

9.- HISTORIA LABORAL

A los 10 años de edad inicia trabajando en construcción ayudando a su padre de ahí en adelante trabaja periódicamente en lo mismo siendo sus remuneraciones satisfactorias.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

Sus cambios psicofisiológicos durante la adolescencia se desarrollan con normalidad. No recibió información sexual. En lo concerniente a su vida sexual acude a prostíbulos y mantiene intimidad con su conviviente sintiéndose gratificado sexualmente. No ha padecido enfermedades infectocontagiosas.

11.- EXAMEN MENTAL

Paciente que al momento de la entrevista se encuentra con conciencia lúcida, orientado en tiempo, espacio y persona, vestido acorde a edad y sexo, postura aliñada, contacto visual escaso, colabora pasivamente con la entrevista y aplicación de reactivos. Mostrando poco interés en tratamiento psicoterapéutico.

Conciencia: lúcida

Orientación: en persona, tiempo y espacio, normales. Sin conciencia de enfermedad.

Atención: Hipoprosexia y Distrabilidad.

Sensopercepciones: aparentemente normal.

Memoria: aparentemente normal

Afectividad: tristeza e irritabilidad

Reacción afectiva: impulsividad

Inteligencia: considerando el nivel cultural y educativo, aparentemente normal

Pensamiento: curso y estructura del pensamiento: aparentemente normal, contenido de pensamiento: ideas fijas de culpabilidad y de inutilidad. Pensamiento e Intento Suicida.

Voluntad: Hipobulia

Instintos: Apetito: hiporexia. Sueño: Insomnio inicial, medio y terminal. Sexual: disminuido.

Hábitos: alcoholismo

Juicio y razonamiento: lógico.

Presenta conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento.

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 29 Puntos: Depresión Grave
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 47 Puntos: Alto Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factores Predisponentes: Relaciones conflictivas con su Esposa

Factores Determinantes: Rasgos de Personalidad Histriónicos

Factores Desencadenantes: Abuso de Alcohol

14.- DIAGNOSTICO

F32.1 Episodio depresivo Moderado.

X68 Envenenamiento Intencionalmente Autoinflingido por Pesticidas.

15.- DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, el paciente denota rasgos de **Personalidad Histriónico**.

16.- RECOMENDACIONES

- **Psicoterapia de apoyo:** Para brindar un soporte afectivo y lograr una contención emocional de los síntomas.
- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Programación de actividades de dominio y agrado:** Para aliviar la sintomatología depresiva a través de las autogratificaciones y favorecer la realización de actividades diarias que distraigan la atención de la depresión manteniendo el tiempo ocupado en actividades de provecho.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismo

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N° 22

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Historia Clínica N°: 631579

Lugar y Fecha de Nacimiento: Amaluza, 13 de enero del 1995

Edad: 16 años

Estado Civil: Soltera

Instrucción: Primaria Completa

Ocupación: Ninguna

Lugar de Residencia: Loja

Religión: Católica

Fecha de Ingreso: 27 de Julio del 2011

Número de Internamientos: 1

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Paciente que ingresa a esta casa de salud, en contra de su voluntad, acompañada de sus padres y hermano, se presenta lúcida y orientada, internada al piso de clínica (gastroenterología) al realizar intento autolítico ingiriendo campeón - veneno para ratas.

3.- MOTIVO DE CONSULTA

La Paciente refiere: "La semana pasada mi novio me dijo que no me quería y me termino sin darme explicación alguna yo lo amo y no soporto la idea de estar sin mejor no quiero vivir para dejar de sufrir".

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que actualmente manifiesta insomnio de conciliación, angustia llanto fácil, tristeza, sentimientos de inferioridad y baja autoestima a consecuencia de intento suicida del día de ayer tras ruptura sentimental con pareja, además la ideación suicida se mantiene y refiere sentir frustración al no haber logrado quitarse la vida.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

Paciente que desde hace una semana debido a ruptura sentimental con pareja, comienza a sentir tristeza, presenta llanto fácil, ideación suicida, insomnio, hiporexia, sentimientos de inferioridad, perspectiva sombría del futuro "no voy a conseguir otra persona así", anhedonia, disminución de la atención y concentración e ideas de culpa y de ser inútil. Debido a esta situación la paciente decide quitarse la vida el día de ayer a eso de las 20H00, ingiriendo campeón (veneno para ratas), por lo que es traída a este centro de salud presentando la sintomatología descrita en el motivo de consulta.

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas inadecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar inestables, embarazo planificado, con traumas prenatales.

Natal: La Paciente nace por parto normal atendido por facultativos en casa de salud. Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, recibiendo todas las inmunizaciones.

Infancia: El ambiente en su hogar era desagradable recibiendo agresión física y verbal por parte de su padre. A los 6 años de edad ingresa a la escuela adaptándose con dificultad a la misma caracterizándose por ser sugestionable, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias, manteniendo un aceptable rendimiento académico. En esta etapa de su vida no ha presentado enfermedades ni traumatismos craneoencefálicos.

Pubertad y Adolescencia: Los cambios provocados en su estructura somática y fisiológica los ha tomado con normalidad. A los 13 años de edad ingresa al colegio mostrándose incomoda en las situaciones en las que no era el centro de la atención en donde su interacción con los demás era caracterizada por un comportamiento seductor y provocador. En este periodo de vida aún continúa siendo víctima de violencia psicológica por parte de su padre. Actualmente demuestra ser muy expresiva emocionalmente, considerando sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

Familia nuclear, conformada por cuatro miembros. Paciente es primera de dos hermanos.

Padre: 52 años de edad, comerciante, mantiene buenas relaciones con la paciente, no manifiesta patología alguna.

Madre: 49 años, quehaceres domésticos, madre permisiva, buenas relaciones con la paciente, manifiesta hipertensión arterial.

Hermano: 12 años, estudiante, mantiene buenas relaciones con la paciente. La paciente no indica antecedentes heredo-familiares.

8.- HISTORIA SOCIAL

La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento seductor o provocador, sintiéndose incomoda en las situaciones en las que no es el centro de la atención. En las relaciones interpersonales muestra facilidad para entablar relaciones interpersonales con buena comunicación social.

9.- HISTORIA LABORAL

Nunca ha trabajado.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

Paciente refiere recibir información sobre los cambios sexuales por parte de sus maestros, inicia relaciones sexuales a los 15 años de edad con el que

actualmente era su enamorado refiriendo que eran satisfactorias y utilizaba métodos de protección.

11.- EXAMEN MENTAL

Aspecto normal, postura, tono de voz y contacto visual escasos, muestra poca cooperación e interés a la entrevista

Conciencia: lúcida

Orientación: en persona, tiempo y espacio, normales. Sin conciencia de enfermedad.

Atención: Hipoprosexia y Distrabilidad.

Sensopercepciones: aparentemente normal.

Memoria: aparentemente normal

Afectividad: tristeza, labilidad afectiva e inquietud interna.

Inteligencia: considerando el nivel cultural y educativo. Aparentemente normal

Pensamiento: curso y estructura del pensamiento: aparentemente normal, contenido de pensamiento: ideas fijas de frustración. Pensamientos e Intento Suicida.

Voluntad: hipobulia

Instintos: apetito, sueño y sexual: disminuidos.

Hábitos: Ninguno

Juicio y razonamiento: lógico.

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 28 Puntos: Depresión Moderada
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 44 Puntos: Moderado Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factor predisponente: Rasgos de personalidad Histriónicos.

Factor determinante: Entorno desfavorable y conflictivo en hogar

Factor desencadenante: Ruptura con pareja

14.- DIAGNOSTICO

F33.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

15.- DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, el paciente denota rasgos de **Personalidad Histriónica**.

16.- RECOMENDACIONES

- **Psicoterapia de apoyo:** Para brindar un soporte afectivo y lograr una contención emocional de los síntomas, favorecer la adaptación al ambiente y lograr un acompañamiento evitando los sentimientos de desamparo y abandono durante el proceso terapéutico.

- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Psicoeducación:** Sobre la dinámica de la Depresión y sus características, sus consecuencias y mecanismos de afrontamiento.
- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Programación de actividades de dominio y agrado:** Para aliviar la sintomatología depresiva a través de las autogratificaciones y favorecer la realización de actividades diarias que distraigan la atención de la depresión manteniendo el tiempo ocupado en actividades de provecho.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismos de afrontamiento.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N° 23

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Historia Clínica N°: 211631

Lugar y Fecha de Nacimiento: Catamayo, 11 de agosto del 1995

Edad: 16 años

Estado Civil: Soltera

Instrucción: Secundaria

Ocupación: Estudiante

Lugar de Residencia: Catamayo

Religión: Católica

Fecha de Ingreso: 01 de Julio del 2011

Número de Internamientos: 1

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Paciente que ingresa a esta casa de salud, de manera voluntaria y acompañada de su madre, se presenta lúcida y orientada, es internada al piso de clínica (gastroenterología) al realizar intento autolítico ingiriendo veneno malateón con diagnóstico de Intoxicación por Órgano Fosforado.

3.- MOTIVO DE CONSULTA

La paciente refiere: "Hace tres días tuve una discusión fuerte con mi novio y terminamos, le he pedido que arregláramos las cosas y no me hace caso, se ha estado portando muy indiferente conmigo y eso me causa mucha tristeza es por eso que tome la decisión de comprar veneno y tomármelo".

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que actualmente presenta anhedonia, sentimientos de culpa y de inutilidad, baja autoestima, llanto fácil, tristeza, angustia, insomnio tardío e hipersomnias en el día, se presenta irritada y preocupada, a consecuencia del intento suicida.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

Paciente refiere, que a la edad de 14 años presenta primer episodio depresivo caracterizado por; tristeza, insomnio, falta de apetito, irritabilidad, agresividad, ideación e intento autolítico (ingiriendo veneno) con una duración de dos semanas aproximadamente debido a la pérdida de un año escolar. Desde esta fecha la paciente refiere haber estado triste pero sin que hubiese alteración significativa del humor. Aproximadamente hace tres días, los síntomas antes descritos resurgen tras ruptura sentimental con su novio. El cuadro persiste hasta la actualidad, lo que la lleva a que por impulso tome gran cantidad de malateón (veneno) el día 01 de julio del presente año a eso de las 09H00, buscando ayuda de inmediato y siendo internada en esta casa de salud, presentando la sintomatología descrita en el motivo de consulta. Actualmente la paciente se

encuentra en un medio protegido con remisión parcial de su sintomatología sometida a tratamiento médico y psicoterapéutico.

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas adecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar estables, embarazo planificado, sin traumas prenatales, asistiendo a controles periódicos.

Natal: El Paciente nace por cesárea atendido por facultativos en el Hospital Isidro Ayora. Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, recibiendo todas las inmunizaciones en Centros de Salud.

Infancia: Ingresa a la escuela a la edad de 6 años presentando buena adaptación social y escolar, refiere que era muy inquieta y traviesa. Desde los 9 años refiere haber sido agresiva e impulsiva con sus compañeros e incluso consigo mismo, realizándose varias cortaduras y caídas de gravedad, además, era irrespetuosa con sus profesores. Crece en un ambiente hostil ya que su padre en estado etílico siempre maltrataba psicológicamente y físicamente a ella y a su madre. Manifiesta no haber tenido ayuda psicológica durante esta etapa. En esta etapa de su vida no ha presentado enfermedades ni traumatismos craneoencefálicos.

Pubertad y Adolescencia: Recibió información sobre los cambios sexuales en el colegio. En este periodo de vida manifiesta tener explosiones de ira incontrolable, especialmente en contra de su familia, provocadas según paciente por críticas que siempre ha recibido por parte de su padre. Desde los 15 años de edad hasta la actualidad la paciente tiende a autoflagelar sus brazos cada vez que se siente triste refiriendo " con un dolor calmo otro dolor". Menciona haber entrado a un grupo para el control de la ira, sin que obtenga buenos resultados. Manifiesta consumo de cannabis en una sola ocasión por curiosidad. En el colegio se caracteriza por presentar ira inapropiada e intensa con dificultades para controlarla al recibir críticas por parte de sus compañeros por lo que constantemente se ve inmiscuida en peleas físicas recurrentes.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

Paciente que proviene de una familia disfuncional, conformada por cinco miembros. Paciente es la segunda de tres hermanos, condición económica baja. Paciente vive en casa de sus padres que cuenta con todos los servicios básicos.

Padre: 45 años, carpintero, maltratador desde la infancia, presenta malas relaciones con la paciente e indica alcoholismo.

Madre: 39 años, profesora, presenta relaciones distantes con la paciente e indica migraña con aura.

Hermano: 19 años, estudiante, buenas relaciones con la paciente e indica alcoholismo.

Hermana: 13 años, estudiante, buenas relaciones con la paciente.

No manifiesta antecedentes patológicos familiares.

8.- HISTORIA SOCIAL

En las relaciones interpersonales indica facilidad para establecer contacto con el ambiente y para entablar relaciones interpersonales siendo las mismas intensas e inestables. Le complace salir con sus amigos todos los fines de semana a disfrutar de las discotecas.

9.- HISTORIA LABORAL

Nunca ha trabajado.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

Paciente refiere recibir información sobre los cambios sexuales por parte de sus maestros. Tiene su primer enamorado a los 14 años con el cual inicia relaciones sexuales, refiriendo ser satisfactoria. De ahí en adelante ha mantenido varias relaciones sexuales con varias parejas, sintiéndose gratificada sexualmente. La paciente refiere que se protege inyectándose mesigyna cada mes para evitar quedar embarazada. No ha padecido enfermedades infecto-contagiosas.

11.- EXAMEN MENTAL

Paciente que al momento de la entrevista se encuentra con conciencia lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, vestida acorde a edad y sexo, postura aliñada, contacto visual escaso, colabora pasivamente con la entrevista y aplicación de reactivos. Mostrando poco interés en tratamiento psicoterapéutico

Conciencia: lúcida

Orientación: en persona, tiempo y espacio, normales. Sin conciencia de enfermedad.

Atención: Hipoprosexia y Distrabilidad.

Sensopercepciones: aparentemente normal.

Memoria: aparentemente normal.

Afectividad: tristeza, irritabilidad, desanimo, labilidad afectiva, miedo y sentimientos de culpa.

Reacción afectiva: impulsividad.

Inteligencia: considerando el nivel cultural y educativo, aparentemente normal.

Pensamiento: curso y estructura del pensamiento: aparentemente normal, contenido de pensamiento: ideas fijas de culpabilidad y de inutilidad. Pensamientos e Intento Suicida.

Voluntad: Hipobulia y actos Impulsivos.

Instintos: Sueño: Insomnio inicial y Terminal; Apetito: Hiporexia; Sexual: disminuido.

Hábitos: Ninguno.

Juicio y razonamiento: Lógico.

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 25 Puntos: Depresión Moderada
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 74 Puntos: Alto Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factores Predisponentes: Rasgos de Personalidad Límite.

Factores Determinantes: Entorno desfavorable y conflictivo en hogar.

Factores Desencadenantes: Ruptura sentimental con pareja.

14.- DIAGNOSTICO

F33.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

X69 Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por productos químicos.

Y07.1 Síndrome de maltrato físico por padre.

15. DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, la paciente denota rasgos de **Personalidad Límite**.

16.- RECOMENDACIONES

- **Psicoterapia de apoyo:** Para brindar un soporte afectivo y lograr una contención emocional de los síntomas, favorecer la adaptación al ambiente y lograr un acompañamiento evitando los sentimientos de desamparo y abandono durante el proceso terapéutico.
- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Psicoeducación:** Sobre la dinámica de la Depresión y sus características, sus consecuencias y mecanismos de afrontamiento.
- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Programación de actividades de dominio y agrado:** Para aliviar la sintomatología depresiva a través de las autogratificaciones y favorecer la realización de actividades diarias que distraigan la atención de la depresión manteniendo el tiempo ocupado en actividades de provecho.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismos de afrontamiento.

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA N° 24

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: N.N

Historia Clínica N°: 289170

Lugar y Fecha de Nacimiento: Sacapalca, 04 de Julio de 1964

Edad: 47 años

Estado Civil: Casado

Instrucción: Secundaria Incompleta

Ocupación: Chofer

Lugar de Residencia: Sacapalca

Religión: Católica

Fecha de Ingreso: 17 de Julio del 2011

Número de Internamientos: 1

Fuente de Información: Directa

2.- CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Paciente que ingresa al Hospital Isidro Ayora al Área de Clínica (Gastroenterología) de manera voluntaria y acompañado de esposa con Diagnostico de Intoxicación por Órgano Fosforado, luego de haber intentado suicidarse ingiriendo gran cantidad de pesticidas.

3.- MOTIVO DE CONSULTA

El paciente refiere: “Lo que hice fue porque ya no soporto el mal carácter de mi esposa, todos los días se la pasa discutiendo conmigo por cosas sencillas además tiene la maldita costumbre de ridiculizarme delante de su familia haciéndome sentir poca cosa ante su madre y lo peor es que hasta mis hijos se han puesto en mi contra”.

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que actualmente presenta animo depresivo, tristeza profunda, llanto fácil, perdida marcada de apetito, se despierta por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, perdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pensamientos e intentos suicidas y perdida de la reactividad emocional.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

Paciente que aproximadamente desde hace cuatro años viene presentado discusiones constantes con su esposa y separaciones temporales por lo que comienza a manifestar tristeza, llanto fácil, anhedonia, esfuerzos frenéticos por evitar ser abandonado (autoflagela sus brazos y piernas), ideación suicida, insomnio, hiporexia, sentimientos de inferioridad, disminución de la atención y concentración e ideas de ser inútil. Esta sintomatología se exagera hace dos semanas a raíz de ser abandonado definitivamente por la misma. Debido a esta situación el paciente decide intentar acabar con su vida ingiriendo pesticidas en grandes cantidades la noche anterior a eso de las 21h00 siendo encontrado por

su esposa en el cuarto de habitación; por lo que familiares acuden al Centro de Salud de Sacapalca siendo remitido inmediatamente al Hospital Isidro Ayora para su respectiva desintoxicación. Actualmente el paciente se encuentra en un medio protegido sometido a tratamiento médico y psicoterapéutico presentando remisión parcial de su sintomatología.

6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas inadecuadas de los padres, condiciones económicas, sociales y culturales del hogar inestables, embarazo no planificado, con traumas prenatales.

Natal: El Paciente nace por parto normal atendido por empíricos (Partera). Desarrollo cognitivo, psicomotor y control de esfínteres, normales y acorde al desarrollo psicoevolutivo, no ha recibido todas las inmunizaciones.

Infancia: El ambiente en su hogar era desagradable recibiendo agresión física y verbal por parte de sus padres. Paciente que ingresa al jardín a la edad de 6 años donde le recomendaron ser atendido por un especialista en salud mental ya que se caracterizaba por moverse en exceso de un lugar a otro sin poder mantenerse quieto en su asiento de clases; además de interrumpir constantemente las actividades de sus compañeros con el fin de molestarlos. A los 7 años de edad ingresa a la escuela adaptándose con dificultad a la misma caracterizándose por ser impulsivo en sus actividades académicas y en el hogar. En esta etapa de su vida el paciente presencia el divorcio de sus padres tornándose triste ante tal situación por lo que en una ocasión es encontrado por su abuela en la cocina con una licuadora en manos mostrando llanto fácil y manifestando “me quiero matar ya que mis padres no me quieren. En esta etapa de su vida no ha presentado enfermedades ni traumatismos craneoencefálicos.

Pubertad y Adolescencia: Los cambios provocados en su estructura somática y fisiológica los ha tomado con normalidad. Ingresó al colegio a la edad de 12 años donde se caracterizó por ser impuntual, se fugaba incesantemente de clases, descuidando sus tareas, mantenía relaciones conflictivas con sus profesores, le gustaba desafiar continuamente a sus compañeros de clases o culparlos de sus faltas o errores, siendo vengativo cuando era molestado, en una ocasión colocó ahí en la boca de un compañero al ser criticado, manteniendo una actitud hipervigilante y agresiva con los demás.

Juventud y Edad Adulta: En este periodo de vida se caracteriza por presentar arrebatos de ira, utilización de términos degradantes hacia su familia, actitudes violentas y manifestaciones explosivas sin causa aparente por lo que requiere dar puñetazos a la pared hasta lastimar los nudillos de su mano para conseguir relajarse; además se ha visto involucrado en peleas físicas recurrentes por salir en defensa de sus amigos. Desde los 20 años de edad ha mantenido varias relaciones sentimentales en las cuales el mentía y manipulaba frecuentemente a sus parejas y cuando era abandonado tendía a autoflagelar sus brazos para calmar su desconsuelo. Actualmente tiende a mostrar comportamientos y amenazas suicidas recurrentes.

7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR

Paciente que forma parte de una familia disfuncional conformada por cuatro miembros, con los cuales mantiene poca comunicación. Condición económica media. Paciente vive en casa propia que cuenta con todos los servicios básicos.

Esposa: 41 años, profesora, relaciones conflictivas con el paciente, no manifiesta patología alguna.

Hija: 22 años, Estudiante, relaciones conflictivas con el paciente, no manifiesta patología alguna.

Hijo: 12 años, Estudiante, buenas relaciones con el paciente, indica principios de neumonía.

El paciente no presenta antecedentes heredo familiares.

8.- HISTORIA SOCIAL

Mantiene relación con un grupo reducido de personas. Se relaciona con los demás con actitud extrovertida y generosa. Le gustan las reuniones sociales, asistir a fiestas o lugares de diversión. En las relaciones interpersonales indica facilidad para establecer contacto con el ambiente y para entablar relaciones interpersonales siendo las mismas intensas e inestables.

9.- HISTORIA LABORAL

A los 15 años de edad se inicia trabajando en agricultura en la siembra y cosecha de maní. A los 25 años de edad se dedica a la construcción caracterizándose por ser violento y agresivo con sus compañeros. Desde los 30 años de edad y hasta la actualidad trabaja de chofer en el Municipio de Sacapalca. En trabajos desempeñados refiere que sus remuneraciones le han sido satisfactorias. Sus tiempos libres los utiliza en leer novelas.

10.- HISTORIA PSICOSEXUAL

Sus cambios psicofisiológicos durante la adolescencia se desarrollan con normalidad. No recibió información sexual ni en el ámbito familiar ni en el ámbito educativo. Inicia relaciones sexuales a la edad de 17 años en prostíbulos. Luego ha mantenido relaciones sexuales con varias parejas y su esposa sintiéndose gratificado. En cuanto a su vida sexual no ha padecido enfermedades infecto-contagiosas.

11.- EXAMEN MENTAL

Paciente que al momento de la entrevista se encuentra con conciencia lúcida, orientado en tiempo, espacio y persona, vestido acorde a edad y sexo, postura aliñada, contacto visual escaso, colabora pasivamente con la entrevista y aplicación de reactivos. Mostrando poco interés en tratamiento psicoterapéutico.

Conciencia: lúcida.

Orientación: Orientación Autopsíquica, Alopsíquica y Somatopsíquica sin alteración.

Lenguaje: De tono medio bajo, fluido, coherente, congruente y acorde a nivel sociocultural.

Pensamiento: De estructura y curso aparentemente normal. Contenido de ideas fijas de frustración. Pensamientos e Intento Suicida.

Afectividad: Ansiedad, tristeza, desanimo, apatía, labilidad afectiva, pensamientos suicidas, sentimientos de minusvalía, sentimientos de culpa y sentimientos de desamparo.

Atención: Hipoprosexia y Distraibilidad.

Memoria: Retrograda, anterograda y de fijación conservadas. No se evidencia alteración cualitativa de la memoria.

Voluntad: Hipobulia y Actos Impulsivos.

Sensopercepciones: Sin alteración aparente.

Inteligencia: Normal, funciones de abstracción y cálculo conservadas.

Juicio y razonamiento: Lógicos.

Instintos: Hiporexia, insomnio inicial medio y terminal e instinto sexual disminuido.

Presenta conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento.

12.- REACTIVOS PSICOLOGICOS

- **Inventario de Depresión de Beck:** 39 Puntos: Depresión Grave
- **Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30:** 56 Puntos: Alto Riesgo

13.- FORMULACION ETIOPATOGENICA

Factores Predisponentes: Divorcio de sus Padres.

Factores Determinantes: Rasgos de Personalidad Límite.

Factores Desencadenantes: Abandono por parte de su Esposa.

14.- DIAGNOSTICO

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.

X69 Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por productos químicos.

Z63.5 Ruptura Familiar por separación.

15.- DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD

Según lo evidenciado en la entrevista y proceso terapéutico, el paciente denota rasgos de **Personalidad Límite**.

16.- RECOMENDACIONES

- **Psicoterapia de apoyo:** Para brindar un soporte afectivo y lograr una contención emocional de los síntomas, favorecer la adaptación al ambiente y lograr un acompañamiento evitando los sentimientos de desamparo y abandono durante el proceso terapéutico.
- **Entrenamiento en relajación y respiración con visualización:** Para controlar la sintomatología depresiva.
- **Psicoeducación:** Sobre la dinámica de la Depresión y sus características, sus consecuencias y mecanismos de afrontamiento.

- **Técnica de reestructuración cognitiva:** Para que el paciente logre identificar sus distorsiones cognitivas, e impulsos y la relación que tienen con las consecuencias de sus actos utilizando la técnica de autocontrol.
- **Plan de vida:** para lograr readaptación al ambiente y establecimiento de metas positivas a corto, mediano y largo plazo haciendo énfasis en las dificultades en su consecución y mecanismos de afrontamiento.

Anexo N° 4: Fotografías:







Anexo N° 5: Proyecto de Tesis:

1. TEMA: “LA DEPRESION Y SU RELACION CON LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN LOS PACIENTES QUE SON ATENDIDOS EN EL AREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA DURANTE EL PERIODO ENERO – JULIO 2011”.

2. PROBLEMATIZACIÓN:

La mayoría de las personas sufren de depresión en algún momento en su vida. La depresión existe desde la antigüedad, puesto que pueden encontrarse descripciones sobre ella en textos muy antiguos. La misma constituye uno de los trastornos psicológicos más frecuentes que afectan a la población en todo el mundo. La incidencia actual del trastorno depresivo a escala mundial, conlleva a tomar acciones encaminadas a determinar de forma precoz el inicio de este mal que no respeta edad, sexo, posición económica, nivel escolar u otro factor invocado.

Se estima que la depresión será el problema de mayor impacto en la salud de la población de países en vías de desarrollo en el año 2020 siendo la psicopatología más importante como precondition para un futuro intento de suicidio, figurando como una de las principales causas de muerte en la vida. La presencia de un trastorno psicológico está íntimamente ligada a la autolisis, más del 50% de los suicidios son consumados por personas con trastornos depresivos.¹⁸

El suicidio es un tema controvertido que pese a su carácter individual es considerado como un grave problema de salud en casi todas las regiones del mundo. Unas mil personas se suicidan diariamente, y por lo menos 5000 más intentan hacerlo. No obstante, poder determinar el número exacto de personas afectadas es difícil por las dificultades metodológicas que existen. Existe además, una variación considerable en las tasas de suicidio o de intentos de suicidio entre los distintos países. Se puede decir que en países como Escandinavia, Finlandia, Suiza, Alemania, Austria o Europa del Este, tienen tasas de suicidio elevadas, por encima de 25/100.000 habitantes y España, Italia o Egipto, tasas por debajo de 5/100.000 habitantes. Estados Unidos está en una situación intermedia.

Entre los factores asociados a la conducta suicida se mencionan: la crisis de identidad, los sentimientos de rechazo, el temor de diferenciarse del grupo de pares y la vulnerabilidad a los ambientes caóticos, agresivos y negligentes,

¹⁸ <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/complete-index.shtml#pub2>

conflictos y discusiones con los miembros de la familia y con su pareja, estrés, la pérdida de un ser querido, el divorcio de los padres, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, la mudanza a un lugar lejano, las confusiones propias de la edad, las presiones para triunfar, algunas epidemias como el VIH/ SIDA entre otras enfermedades terminales. La mayor parte de las personas que intentan quitarse la vida lo hacen ahorcándose, cortándose las venas o ingiriendo raticidas, venenos o fármacos.

Los estudios epidemiológicos indican que el género masculino comete más suicidios que el femenino en una proporción de 5-1 en todos los rangos de edad. En cambio las mujeres realizan intentos con mayor frecuencia en la misma proporción, generalmente ingiriendo pesticidas o medicamentos. A medida que avanza la edad es menor la proporción intento de suicidio, y aumenta la letalidad del intento. En estudios de seguimiento de pacientes después del intento, se ha visto que de 10 al 15% se suicidan, y que del 10% al 60% de los pacientes que se suicidaron tenían intentos previos.¹⁹

La Organización Mundial de la Salud refiere que la depresión es la principal causa de suicidio entre personas de los 15 a 44 años de edad, el suicidio está en aumento y es la tercera causa de muerte y la octava razón de fallecimiento en el mundo, estimando que al menos 1000 personas se suicidan cada día, se calcula que por cada muerte por suicidio se producen 10 tentativas; y por cada suicidio consumado se realizan 8 intentos suicidas, lo que es un aspecto sensible el hecho de que en adolescentes y jóvenes se observe una mayor afectación de este fenómeno.²⁰

En Ecuador, el fenómeno ha ido en aumento, según reportes estadísticos de la Policía Nacional y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Mientras en 1995, la tasa de suicidios era de 4,8 en un total de 100 mil personas, en el 2010 esa cifra aumentó a 6,5. Aunque no existen estudios que relacionen directamente las causas del suicidio con la migración y la separación familiar. Un

¹⁹ http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/trabaj_suicidio.pdf

²⁰ <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/suicidios-en-el-ecuador-29471-29471.html>

estudio de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso), indica que las provincias con la tasa más altas de suicidios son Azuay, Cañar, Carchi, Imbabura, Pichincha, Guayaquil y Morona Santiago. Precisamente Azuay, Cañar y Pichincha son poblaciones donde se registra una alta emigración en relación a otras provincias.

De acuerdo a los datos recopilados por el OMSC, en la ciudad de Quito los métodos más utilizados en casos de suicidio son: el ahorcamiento con cinturones y sogas (empleado especialmente por jóvenes y adultos entre 19-30 años); las armas de fuego (usadas en menor cantidad principalmente por adultos jóvenes y maduros al tener mayor acceso a las mismas); y, la intoxicación (raticidas, herbicidas, alcohol). Según un reportaje realizado por el Diario Hoy (2006b), el método más utilizado durante la época de navidad y año nuevo (período en que además muchas empresas concluyen contratos con sus empleados) es la intoxicación con fósforo blanco (diablillos), dado que es un elemento de bajo costo, venta libre y amplia oferta. Los diablillos, en ocasiones, causan la muerte, pero en otras, dejan graves e irremediables consecuencias ya que destruyen el organismo y el sistema nervioso de las personas.

En Azuay se reportaron 130 casos de suicidios. Cuenca, la capital, es una de las poblaciones más vulnerables y enfrenta la tasa más alta de muerte por mano propia. El Hospital Vicente Corral Moscoso de esa ciudad atiende al año a centenares de pacientes suicidas. En el 2004 se reportaron 95 casos, mientras en el 2009 esa cifra se elevó a 247, de las cuales murieron 46 personas. En lo que va del 2010, según el hospital cuencano, se han registrado 52 intentos de suicidio y 7 personas ya han muerto por esta causa.²¹

En la ciudad de Loja específicamente en el Hospital Provincial General Isidro Ayora dentro del departamento de clínica se ha podido detectar que en el año 2010 ingresaron 141 pacientes con intentos de suicidio, siendo el método más común la intoxicación por órgano fosforado.²² Distribuyéndose de la siguiente manera:

²¹<http://www.flacso.org.ec/docs/ciudadsegura26.pdf>

²² *Departamento de estadística del Hospital Isidro Ayora. Dra. Mercy Calva*

MESES	TOTAL DE INGRESOS POR INTENTO DE AUTOLISIS	METODO MÁS UTILIZADO
Enero	11	Intoxicación por órgano fosforado
Febrero	8	Intoxicación por órgano fosforado
Marzo	9	Intoxicación por órgano fosforado
Abril	8	Intoxicación por órgano fosforado
Mayo	8	Intoxicación por órgano fosforado
Junio	1	Intoxicación por órgano fosforado
Julio	8	Intoxicación por órgano fosforado
Agosto	15	Intoxicación por órgano fosforado
Septiembre	9	Intoxicación por carbamato
Octubre	20	Intoxicación por órgano fosforado
Noviembre	21	Intoxicación por órgano fosforado
Diciembre	23	Intoxicación por órgano fosforado

Por estos motivos como estudiante de la carrera de Psicología Clínica me vi en la imperiosa necesidad de realizar este trabajo investigativo ya que la suicidio es un problema que está afectando a nivel mundial, nacional y local. Frente a esta problemática me planteo investigar:

¿Cómo se relaciona la depresión con los intentos de suicidio?

Otras preguntas del estudio:

¿Cuáles son los factores asociados y los métodos utilizados en los intentos de suicidio?

¿Cuál es la intensidad de la depresión en los pacientes con intentos de suicidio?

¿Cuáles son las características socio demográficas de los pacientes en estudio?

¿Cuál es el tipo de riesgo suicida de los pacientes atendidos?

¿Cuáles son los rasgos de personalidad existentes en los pacientes con intentos de suicidio?

3. JUSTIFICACIÓN

La Universidad Nacional de Loja con el objetivo de vincular a sus estudiantes de manera directa con la colectividad ha implementado el Sistema de Aprendizaje Modular por Objetos de Transformación (SAMOT) el cual ha permitido generar investigación y por ende buscar alternativas de solución ante las problemáticas existentes en nuestra localidad y como estudiante de la carrera de Psicología Clínica tengo la oportunidad de conocer la realidad de nuestra provincia y a la vez poder contribuir con alternativas que puedan suplir las necesidades de nuestra comunidad y así fomentar la Salud Mental.

La realización de la presente investigación es importante ya que en nuestra ciudad y provincia el suicidio representa un problema de salud pública siendo la principal causa de muerte entre las edades de 15 a 44 años frustrando vidas potencialmente productivas en su período óptimo de formación y desarrollo Psicosocial, además se deriva de un comportamiento complejo en el cual las razones y los síntomas varían de persona a persona. Por lo cual esta investigación se propone a estudiar la relación de la depresión y los factores asociados a los intentos de suicidio en los pacientes que son atendidos en una de las unidades Hospitalaria de referencia Nacional como es el Hospital Provincial General Isidro Ayora y de esa manera contribuir a una visión más integral, reconocer la magnitud del mismo y generar aportes oportunos en los diferentes niveles de abordaje a esta problemática.

Este trabajo investigativo me permitirá alcanzar mi Título Universitario como Psicólogo Clínico, además pretendo que los resultados obtenidos sean un instrumento para documentar trabajos posteriores y que sean de utilidad a las personas que trabajan en salud mental en la elaboración de estrategias dirigidas a prevenir el intento de suicidio.

Finalmente espero que esta investigación sea de utilidad para el seguimiento a los pacientes con intentos de suicidio y para que las autoridades de salud planifiquen estrategias de prevención al intento de suicidio.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la relación de la depresión con los intentos de suicidio en los pacientes que acuden al área de Clínica del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja periodo Enero – julio 2011 mediante la entrevista psicológica y la realización de la historia clínica.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Conocer los factores asociados y los métodos utilizados en los intentos de suicidio en los pacientes atendidos en el área de Clínica del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja periodo Enero – julio 2011 mediante la entrevista psicológica clínica.
- Determinar la intensidad de la depresión en los pacientes con intentos de suicidio mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck.
- Describir las características socio demográficas de los pacientes con intentos de suicidio: Edad, Sexo, Ocupación, Procedencia, Escolaridad, Estado civil, mediante la aplicación de la historia clínica psicológica.
- Determinar el tipo de riesgo suicida de los pacientes mediante el uso del Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30.
- Determinar los rasgos de personalidad existentes en los pacientes con intentos de suicidio a través de la Entrevista Psicológica Clínica.
- Elaborar un plan de Intervención Psicológica (Cognitivo-Conductual) que permita mejorar el estado emocional de los pacientes con intentos de suicidio.

5. ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1: LA DEPRESIÓN

1.1 Introducción

1.2 Definición

1.3 Signos y síntomas de la depresión

1.4 Causas de la depresión

1.5 Epidemiología

1.6 Depresión en las mujeres

1.7 Depresión en los hombres

1.8 Depresión en los ancianos

1.9 Depresión en niños y adolescentes

1.10 Clasificación y criterios diagnósticos

1.10.1 Trastorno depresivo grave

1.10.2 Trastorno bipolar

1.10.3 Trastorno distímico

1.10.4 Depresión psicótica

1.10.5 Depresión postparto

1.10.6 Trastorno afectivo estacional

1.11 Tratamiento

1.11.1 Psicoterapia

1.12 Riesgo de Suicidio

CAPITULO 2: EL SUICIDIO

2.1 Introducción

2.1.1 Características Generales

2.1.2 Reseña Histórica

2.1.3 Mitos

2.2 Factores asociados al suicidio

2.2.1 Razones que llevan al individuo al suicidio

2.2.1.1 Razones psicológicas

2.3 Factores de riesgo suicida en la niñez

- 2.4 Factores de riesgo suicida en la adolescencia**
- 2.5 Factores de riesgo suicida en el adulto**
- 2.6 Factores de riesgo suicida en la vejez**
- 2.7 Tipos de suicidas**
 - 2.7.1 Suicidio Egoísta**
 - 2.7.2 Suicidio Altruista**
 - 2.7.3 Suicidio Anómico**
 - 2.7.4 Suicidio Fatalista**
- 2.8 Manifestaciones externas de un intento de suicidio**
 - 2.8.1 No Verbales**
 - 2.8.2 Verbales**
- 2.9 Métodos usados en un suicidio**
- 2.10 Modelos que aportan al estudio del suicidio**
 - 2.10.1 Modelo Biológico**
 - 2.10.2 Modelo Genético**
 - 2.10.3 Modelo Psicológico**
 - 2.10.4 Modelo Sociológico**
- 2.11 Prevención y ayuda**

CAPITULO 3: INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS

- 3.1 Introducción**
- 3.2 Manifestaciones clínicas**
- 3.3 Compuestos más utilizados**
 - 3.3.1 Clorpirifos**
 - 3.3.2 Dimetoato**
 - 3.3.3 Fention**
 - 3.3.4 Isofenfos**
 - 3.3.5 Malation**
 - 3.3.6 Metamidofos**
 - 3.3.7 Monocrotofos**
 - 3.3.8 Paration**
- 3.4 Vía de entrada del toxico**
 - 3.4.1 Vía digestiva**

3.4.2 Vías cutáneo-mucosa y respiratoria

3.4.3 Vía parenteral

3.5 Intencionalidad

3.5.1 Intoxicaciones accidentales

3.5.2 Intoxicaciones voluntarias

CAPITULO I: **LA DEPRESIÓN**

1.1 Introducción

La depresión es una enfermedad grave. Si tiene depresión, puede tener sentimientos de gran tristeza que duran mucho tiempo. Con frecuencia, estos sentimientos son lo suficientemente graves como para afectar a su vida cotidiana y pueden durar semanas o meses, en vez de unos días. La depresión es una enfermedad común. Aproximadamente el 15 por ciento de las personas tienen un episodio de depresión grave en algún momento de la vida. La mayoría de los suicidios están relacionados con la depresión. La depresión es más frecuente en las mujeres que los hombres, pero esta estadística puede deberse a que es más probable que las mujeres se hagan atender para aliviar los síntomas. La enfermedad puede aparecer a cualquier edad, incluso en los niños. La depresión afecta a las personas de modos muy distintos y puede causar una gran variedad de síntomas físicos, psicológicos (mentales) y sociales.²³

1.2 Definición

Ocasionalmente, todos nos sentimos melancólicos o tristes, pero estos sentimientos, por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar.

Depresión no es solamente sentirse triste, melancólico, o desanimado, es mucho más que el desaliento que puede ser parte de la vida diaria. Ésta es una enfermedad que afecta a toda la persona --sus pensamientos, sentimientos, comportamiento y su salud física. En su forma más benigna, la depresión puede impedirles a individuos usualmente saludables que gocen de la vida a plenitud. Cuando los síntomas de la depresión son más graves, pueden causar sufrimiento innecesario a la persona que está deprimida y causar dolor innecesario a las

²³ http://www.nhs.uk/translationspanish/Documents/Depression_Spanish_FINAL.pdf

personas que los aman. En su forma más grave, la depresión puede ser una condición que amenaza la vida.²⁴

1.3 Signos y síntomas de la depresión

No todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular.

Entre los síntomas de la depresión encontramos:

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío
- Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo
- Sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia
- Irritabilidad, inquietud
- Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales
- Fatiga y falta de energía
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones
- Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado
- Comer excesivamente o perder el apetito
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio
- Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento

1.4 Causas de la depresión

No existe una causa única conocida de la depresión. Más bien, esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos. Investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Las tecnologías para obtener imágenes del cerebro, tales como las imágenes por resonancia magnética, han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente del de quienes no la padecen. Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito, y comportamiento parecen no funcionar con normalidad. Además, hay importantes neurotransmisores, sustancias químicas que las células del cerebro utilizan para

²⁴ <http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/apartado04/definicion%20y%20diagnostico.pdf>

comunicarse, que parecen no estar en equilibrio. Pero estas imágenes no revelan las causas de la depresión.

Algunos tipos de depresión tienden a transmitirse de generación en generación, lo que sugiere una relación genética. Sin embargo, la depresión también puede presentarse en personas sin antecedentes familiares de depresión. La investigación genética indica que el riesgo de desarrollar depresión es consecuencia de la influencia de múltiples genes que actúan junto con factores ambientales u otros.

Además, los traumas, la pérdida de un ser querido, una relación dificultosa, o cualquier situación estresante puede provocar un episodio de depresión. Episodios de depresión subsiguientes pueden ocurrir con o sin una provocación evidente.²⁵

1.5 Epidemiología

Las cifras de prevalencia de la depresión varían dependiendo de los estudios, en función de la inclusión tan sólo de trastornos depresivos mayores o de otros tipos de trastornos depresivos. En general, se suelen recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3 por ciento en la población general, para trastorno depresivo mayor, y una incidencia anual del 1 al 2 por mil.

Todos los estudios coinciden en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre, y que algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general.

1.6 Depresión en las mujeres

La depresión es más común en mujeres que en hombres. Hay factores biológicos, de ciclo de vida, hormonales, y psicosociales que son únicos de la mujer, que pueden ser relacionados con que las tasas de depresión sean más elevadas entre

²⁵ *Psicopatología de David H. BARLOW y V. Mark DURAND, Tercera Edición. Pág. 222, 223, 224 a la 227.*

las mujeres. Investigadores han demostrado que las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo. Por ejemplo, las mujeres son particularmente vulnerables a la depresión luego de dar a luz, cuando los cambios hormonales y físicos junto con la nueva responsabilidad por el recién nacido, pueden resultar muy pesados. Muchas mujeres que acaban de dar a luz padecen un episodio breve de tristeza transitoria, pero algunas sufren de depresión posparto, una enfermedad mucho más grave que requiere un tratamiento activo y apoyo emocional para la nueva madre. Algunos estudios sugieren que las mujeres que padecen depresión posparto, a menudo han padecido previos episodios de depresión.

Algunas mujeres también pueden ser susceptibles a sufrir una forma grave del síndrome premenstrual, a veces llamado trastorno disfórico premenstrual. Esta es una enfermedad producida por cambios hormonales que ocurren cerca del periodo de la ovulación y antes de que comience la menstruación. Durante la transición a la menopausia, algunas mujeres experimentan un mayor riesgo de sufrir depresión. Científicos están explorando la forma en la que la elevación y la disminución cíclicas del estrógeno y de otras hormonas pueden afectar la química del cerebro que está relacionada con la enfermedad depresiva.

Finalmente, muchas mujeres enfrentan el estrés adicional del trabajo y de las responsabilidades del hogar, cuidado de los hijos y padres ancianos, maltrato, pobreza, y tensiones de las relaciones. Aún no está claro por qué algunas mujeres que enfrentan desafíos inmensos padecen de depresión, mientras que otras con desafíos similares no la padecen.²⁶

1.7 Depresión en los hombres

Los hombres experimentan la depresión de manera distinta que las mujeres y pueden enfrentar los síntomas de diferentes modos. Los hombres tienden más a reconocer que sienten fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades que antes resultaban placenteras, y que tienen el sueño alterado, mientras que las mujeres tienden más a admitir sentimientos de tristeza, inutilidad, o culpa excesiva.

²⁶ *Psicopatología de David H. BARLOW y V. Mark DURAND, Tercera Edición. Pág. 234*

Los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de acudir al alcohol o a las drogas cuando están deprimidos, frustrados, desalentados, irritados, enojados, o a veces abusivos. Algunos hombres se envician al trabajo para evitar hablar acerca de su depresión con la familia o amigos o comienzan a mostrar un comportamiento imprudente o riesgoso. Y aunque en los Estados Unidos, son más las mujeres que intentan suicidarse, son más los hombres que mueren por suicidio.

1.8 Depresión en los ancianos

La depresión no es algo normal del envejecimiento y existen estudios que muestran que la mayoría de los ancianos se sienten satisfechos con sus vidas a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en ancianos, puede ser pasada por alto porque ellos pueden mostrar síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer sentimientos de tristeza o pena.

Además, los ancianos pueden tener más condiciones médicas tales como enfermedad cardíaca, derrame cerebral, o cáncer, las cuales pueden provocar síntomas de depresión, o pueden estar tomando medicamentos cuyos efectos secundarios contribuyen a la depresión. Algunos adultos mayores pueden padecer lo que algunos médicos llaman depresión vascular, también llamada depresión arterioesclerótica o depresión isquémica subcortical. La depresión vascular puede suceder cuando los vasos sanguíneos pierden flexibilidad y se endurecen con el tiempo y se contraen. Este endurecimiento de los vasos evita que el flujo normal sanguíneo llegue a los órganos del cuerpo, incluyendo el cerebro. Las personas con depresión vascular pueden tener o estar en riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular o derrame cerebral coexistente. Aunque muchas personas suponen que las tasas más altas de suicidio se dan entre los jóvenes, en realidad se dan entre los hombres blancos mayores de 85 años. Muchos sufren una enfermedad depresiva que los médicos no pueden detectar, a pesar del hecho de que estas víctimas de suicidio a menudo visitan a su médico dentro del mes anterior a su muerte.

La mayoría de los ancianos con depresión mejoran cuando reciben tratamiento con antidepresivos, psicoterapia, o una combinación de ambos. Investigaciones

han demostrado que tanto la medicación sola como los tratamientos combinados son eficaces para reducir la tasa de reaparición de la depresión en adultos. La psicoterapia sola también puede prolongar los períodos sin depresión, especialmente en ancianos con depresión leve y es particularmente útil para aquellos que no pueden o no desean tomar antidepresivos.

1.8 Depresión en niños y adolescentes

Científicos y médicos han comenzado a considerar seriamente el riesgo de la depresión en niños. Investigaciones han mostrado que la depresión en la niñez a menudo persiste, recurre, y se prolonga en la adultez especialmente si no se recibe tratamiento. La presencia de la depresión en la niñez también tiende a predecir enfermedades más graves en la edad adulta.

Un niño con depresión puede fingir estar enfermo, negarse a ir a la escuela, aferrarse a un padre, o preocuparse de que uno de sus padres pueda morir. Los niños mayores pueden estar de mal humor, meterse en problemas en la escuela, ser negativos e irritables, y sentirse incomprendidos. Como estas señales pueden percibirse como cambios de ánimo normales típicos de los niños mientras avanzan por las etapas del desarrollo, puede ser difícil diagnosticar con exactitud que una persona joven padece depresión.

Antes de la pubertad, los niños y las niñas tienen las mismas probabilidades de sufrir trastornos de depresión. Sin embargo, a los 15 años, las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres de haber padecido un episodio de depresión grave.

La depresión en los adolescentes se presenta en un momento de grandes cambios personales, cuando hombres y mujeres están definiendo una identidad distinta a la de sus padres, lidiando con asuntos de género y su sexualidad emergente, y tomando decisiones por primera vez en sus vidas. La depresión en la adolescencia a menudo coexiste con otros trastornos tales como ansiedad, comportamiento perturbador, trastornos alimenticios, o abuso de sustancias. También puede conducir a un aumento en el riesgo de suicidio.²⁷

²⁷ <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression.pdf>

1.9 Clasificación y criterios diagnósticos

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico.

1.10.1 Trastorno depresivo grave

También llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.

Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son:

La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:

- Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días.
- Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales.
- Disminución o aumento del peso o del apetito.
- Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más)
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz.
- Astenia (sensación de debilidad física).
- Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa.
- Disminución de la capacidad intelectual.
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.
- No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.

- El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.
- Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.
- No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

1.10.2 Trastorno bipolar

Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados. A diferencia de otros trastornos del humor (afectivos) la incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma. Dado que los enfermos que sufren únicamente episodios repetidos de manía son relativamente escasos y de características muy parecidas (antecedentes familiares, personalidad premórbida, edad de comienzo y pronóstico a largo plazo) al resto de los enfermos que tienen al menos episodios ocasionales de depresión, estos enfermos se clasifican como otro trastorno bipolar.

Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un período de tiempo que oscila entre dos semanas y cuarto a cinco meses (la duración mediana es de cuatro meses). Las depresiones tienden a durar más (su duración mediana es de seis meses), aunque rara vez se prolongan más de un año, excepto en personas de edad avanzada. Ambos tipos de episodios sobrevienen a menudo a raíz de acontecimientos estresantes u otros traumas psicológicos, aunque su presencia o ausencia no es esencial para el diagnóstico.

El primer episodio puede presentarse a cualquier edad, desde la infancia hasta la senectud. La frecuencia de los episodios y la forma de las recaídas y remisiones pueden ser muy variables, aunque las remisiones tienden a ser más cortas y las

depresiones más frecuentes y prolongadas al sobrepasar la edad media de la vida.

1.10.3 Trastorno distímico

También llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Están meditabundos y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana. La distimia, por lo tanto, tiene mucho en común con los conceptos de neurosis depresiva y depresión neurótica. Si fuere necesario, puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia o la tercera década de la vida) o tardío.²⁸

Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. Estas incluyen:

1.10.4 Depresión psicótica

Ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.

1.10.5 Depresión posparto

La cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula

²⁸ *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Trastornos del Humor Pág. 141 a la 164. DSM I-V Trastornos depresivos.*

que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz.

1.10.6 Trastorno afectivo estacional

Se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano. El trastorno afectivo estacional puede tratarse eficazmente con terapia de luz, pero aproximadamente el 50% de las personas con trastorno afectivo estacional no responden solamente a la terapia de luz. Los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia pueden reducir los síntomas del trastorno afectivo estacional, ya sea de forma independiente o combinados con la terapia de luz.

1.11 Tratamiento

La depresión, aun en los casos más graves, es un trastorno altamente tratable. Al igual que con muchas enfermedades, mientras más pronto pueda comenzar el tratamiento, más efectivo es y las probabilidades de prevenir una repetición son mayores.

El primer paso para obtener el tratamiento adecuado es visitar a un médico. Ciertos medicamentos y condiciones médicas, tales como virus o trastornos de tiroides, pueden provocar los mismos síntomas que la depresión. Un médico puede descartar estas posibilidades por medio de un examen físico, una entrevista, y pruebas de laboratorio. Si el médico puede descartar a una condición médica como la causa, él o ella debe llevar a cabo una evaluación psicológica o referir al paciente a un profesional de la salud mental.

El médico o profesional de la salud mental llevará a cabo una evaluación diagnóstica completa. Él o ella debe conversar con el paciente sobre cualquier antecedente familiar de depresión y obtener todos los antecedentes de los síntomas, por ejemplo, cuándo comenzaron, cuánto han durado, su gravedad, y si ocurrieron antes, y si los síntomas ocurrieron antes, cómo fueron tratados. Él o ella también debe preguntar si el paciente consume alcohol o drogas y si ha tenido pensamientos suicidas o de muerte.

Una vez diagnosticada, una persona con depresión puede ser tratada con varios métodos. Los tratamientos más comunes son la medicación y la psicoterapia.

1.11.1 Psicoterapia

Varios tipos de psicoterapia o “terapia de diálogo” pueden ayudar a las personas con depresión.

Algunos tratamientos son de corto plazo (10 a 20 semanas) y otros son de largo plazo, según las necesidades del individuo. Existen dos tipos principales de psicoterapia, la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, las cuáles han probado ser efectivas en el tratamiento de la depresión. Al enseñar nuevas maneras de pensar y de comportarse, la terapia cognitivo-conductual ayuda a las personas a cambiar sus estilos negativos de pensamiento y de comportamiento que pueden contribuir a su depresión. La terapia interpersonal ayuda a las personas a entender y resolver relaciones personales problemáticas que pueden causar o empeorar su depresión.

La psicoterapia puede ser la mejor opción para tratar la depresión leve a moderada. Sin embargo, para casos graves de depresión o para ciertas personas, la psicoterapia puede no ser suficiente. Estudios han indicado que una combinación de medicamentos y psicoterapia pueden ser para los adolescentes la opción más efectiva para tratar la depresión y reducir la probabilidad de una reaparición. Del mismo modo, un estudio sobre el tratamiento de la depresión en ancianos descubrió que los pacientes que respondieron al primer tratamiento de medicamentos y terapia interpersonal tenían menos probabilidades de volver a sufrir de depresión si continuaban con su tratamiento combinado durante al menos dos años.²⁹

1.12 Riesgo de suicidio

La depresión es uno de los factores más relacionados con la conducta suicida, siendo ésta el resultado de la confluencia de un gran número de situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico que iría desde la simple ideación pasajera hasta el suicidio consumado. Las variables que intervienen en la producción de la conducta suicida son muchas, e incluyen

²⁹<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression.pdf>

factores biológicos, así como variables sociodemográficas, psiquiátricas y psicosociales.

Entre los factores de riesgo de suicidio en personas con depresión mayor se encuentran:

- Antecedentes de intentos de suicidio previos.
- Antecedentes de suicidio en la familia.
- Comorbilidad en el Eje II (diagnóstico por ejes de DSM-IV): Trastorno límite de la personalidad.
- Impulsividad.
- Desesperanza.
- Eventos vitales tempranos traumáticos.
- Estrés vital.
- Bajo apoyo social-pareja.
- Sexo masculino.
- Abuso-dependencia de alcohol u otras drogas.³⁰

³⁰ <http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/apartado04/definicion%20y%20diagnostico.pdf>

CAPITULO II: SUICIDIO

2.1 Introducción

La palabra “suicidio” es un latinismo, que proviene de las expresiones latinas *sui* y *occidere*, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo. El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, las distintas sociedades han mantenido hacia él, actitudes enormemente variables en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura.

El suicidio es una conducta compleja en la que intervienen múltiples factores y en la que existen tres fases: 1) Idea suicida en la que el sujeto piensa en cometer suicidio. 2) Duda o fase de ambivalencia donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir. 3) Decisión en la que ya se pasa a la acción.³¹

2.1.1 Características Generales

El suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. Significa, pues, darse muerte a uno mismo. En relación con este comportamiento diferenciamos entre:

Suicidio frustrado: Acción de suicidio que no ha conseguido su fin, teniendo el paciente auténtica intención de llegar a él.

Suicidio consumado: Es el intento que ha tenido éxito bien como expresión de los auténticos deseos suicidas o como una casualidad no deseada dentro del comportamiento suicida.

Conductas suicidas: Son las encaminadas a conseguir ese fin, consciente o inconscientemente, o el aniquilamiento de una de sus partes.

Simulación suicida: Es la acción de suicidio que no llega a su fin, por no existir auténtica intención de llegar a él.

³¹ *EL SUICIDIO. PIERRE MORRON ¿QUE SE? LA COLECCIÓN ENCICLOPÉDICA MÁS IMPORTANTE DEL MUNDO.*
Introducción Pág. 3 y 4

Riesgo de suicidio: Es la posibilidad de que un paciente atente deliberadamente contra su vida. Dicho riesgo se incrementa si existe la idea de minusvalía de la vida, deseo de muerte por considerarla un descanso, amenazas y tentativas suicidas previas.

La ideación suicida abarca un amplio campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación:

- El deseo de morir ("La vida no merece la pena vivirla", "Yo lo que debiera es morirme", etcétera).
- La representación suicida ("Me he imaginado que me ahorcaba").
- La idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción ("Me voy a matar", y al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: "No sé cómo, pero lo voy a hacer").
- La idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico aún ("Me voy a matar de cualquier forma, con pastillas, tirándome delante de un carro, quemándome").
- La idea suicida con una adecuada planificación ("He pensado ahorcarme en el baño, mientras mi esposa duerma"). Se le conoce también como plan suicida sumamente grave.³²

2.1.2 Reseña Histórica

En la Europa Antigua, sobre todo durante el Imperio Romano, el Suicidio se consentía e incluso era considerado un acto honroso. El filósofo romano Séneca lo ensalzaba como el último acto de una persona libre. Sin embargo, para San Agustín, el suicidio era un pecado. Varios de los primeros concilios de la Iglesia cristiana decretaron que no se celebraría ningún funeral por ninguna persona que se hubiera suicidado. En las legislaciones medievales se ordenaba la confiscación de todas las propiedades del suicida y el cadáver sufría todo tipo de humillaciones.

Actualmente, el suicidio, está condenado en las religiones cristiana, judía e islámica.

En 1897 Emile Durkheim postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico, como resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que un puro acto individualista.

³² http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi13299.pdf

Las sociedades modernas continúan manteniendo unos niveles de suicidio muy elevados, producto, en parte, de la permisividad social y del considerable grado de tolerancia a este respecto que se registra en la actualidad. Por otro lado, resulta en nuestros días mucho más fácil acceder a los medios necesarios para cometer suicidios con un mayor grado de acierto que en el pasado. Los medios tecnológicos necesarios, así como las sustancias tóxicas precisas, se encuentran fácilmente accesibles para toda la población. Aunque este tipo de actos todavía hoy se encuentran sometidos a una notable crítica social, lo cierto es que el fenómeno del suicidio se aborda desde una perspectiva psicosocial, con la principal finalidad de comprender las razones profundas que impulsan a los individuos a cometer semejante acción, e incorporar los resultados de estas investigaciones a los tratamientos y terapias individuales para prevenir este tipo de acciones.

2.1.3 Mitos

A continuación hacemos una pequeña serie de aclaraciones para no entrar en malentendidos:

1- *“Las personas que hablan de suicidarse rara vez terminan haciéndolo; sólo desean llamar la atención y se les debe retar a que lo hagan, para poder entonces desenmascararlas”*

La verdad es que las personas que hablan de suicidarse están hablando en serio, y pueden estar dando pistas o señales oportunas de sus intenciones. A estas personas no se les debe desafiar, sino brindarles asistencia para que puedan obtener ayuda profesional.

2- *“Una persona que ha llevado a cabo intentos serios de suicidio es poco probable que realice otro”*

La verdad es que las personas que ya han intentando suicidarse están a menudo en un riesgo mayor de terminar lográndolo. Un intento de suicidio es un grito pidiendo ayuda y un aviso de que algo anda terriblemente mal y que debe ser tomado con la máxima seriedad.

3- *“La persona suicida desea morir y siente que no hay marcha atrás”*

La verdad es que las personas suicidas a menudo se sienten indecisas respecto de morir. A menudo pasan por un largo proceso en el cual intentan diversos modos de reducir su profundo dolor emocional. Entre sus contradictorios deseos de vivir y de morir la decisión oscila de un lado al otro, incluso en el momento mismo en que se están quitando la vida.

4- “La mayoría de las personas que se quitan la vida han tomado una decisión cuidadosa, bien ponderada y racional.”

La verdad es que las personas que consideran el suicidio a menudo tienen al respecto una "visión de túnel": en medio de su insoportable dolor se encuentran cegados para percibir otras alternativas disponibles. Con frecuencia el acto de suicidarse es impulsivo. Si el sufrimiento y el dolor se reducen, la mayoría de los suicidas potenciales opta por vivir.

5-“Andar preguntando acerca de los sentimientos del suicida puede llegar a ocasionar que uno intente suicidarse”

La verdad es que el preguntarle a una persona acerca de sus sentimientos suicidas le brinda la oportunidad de obtener la ayuda necesaria para salvarle la vida. Si se llegan a juntar la intención, un plan y los medios, no debe dejarse un minuto sola a la persona suicida.³³

2.2 Factores asociados al suicidio

Las tentativas de suicidio, entendiéndolo por tal cualquier comportamiento autolesivo, son variadas en su motivación, letalidad y recurrencia. Entre los factores más importantes asociados al suicidio está la presencia de enfermedad mental (especialmente enfermedades afectivas, trastorno de personalidad y el abuso de sustancias), historia de suicidalidad familiar, eventos estresores significativos, enfermedades físicas progresivas, disponibilidad de armas de fuego, etc. Las causas psiquiátricas más corrientes de intento suicida son la depresión, la personalidad anormal, la esquizofrenia y el abuso de sustancias. El suicidio varía de acuerdo con la edad, el sexo y las influencias culturales y sociales, y pueden modificarse a lo largo del tiempo. Por lo general, los factores de riesgo del suicidio se presentan combinados.

³³ http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/trabaj_suicidio.pdf

A continuación, se incluyen algunos de los factores de riesgo que pueden presentarse:

- Uno o más trastornos mentales diagnosticables o trastornos de abuso de sustancias
- Acontecimientos de la vida no deseados o pérdidas recientes (por ejemplo, el divorcio de los padres)
- Antecedentes familiares de trastornos mentales o abuso de sustancias
- Antecedentes familiares de suicidio
- Violencia familiar, incluido el abuso físico, sexual o verbal/emocional
- Intento de suicidio previo
- Presencia de armas de fuego en el hogar
- Encarcelación
- Exposición a comportamientos suicidas de otras personas, incluyendo la familia, los amigos, en las noticias o en historias de ficción.

Factores de riesgo personales:

Trastornos psiquiátricos: En más del 90 % de los casos existe enfermedad psiquiátrica concomitante. Por orden de frecuencia tenemos:

Trastornos del estado anímico: El riesgo de por vida es de un 15-20 %, siendo mayor en la depresión mayor y los cuadros de psicosis maniaco-depresiva (alternancia de periodos de depresión con otros de gran vitalidad, hiperactividad psíquica y motora, y ánimo exaltado). Es menos frecuente en la primera etapa de quejas afectivas.

Abuso de sustancias psicoactivas: Se denominan así porque producen engañosamente una sensación psíquica muy agradable. Concretamente en el alcoholismo, el segundo diagnóstico psiquiátrico más frecuente, la tasa de suicidios es del 15 %. La incidencia es algo menor en otras toxicomanías (10 %), como el consumo de opiáceos y cocaína.

Esquizofrenia: Enfermedad mental caracterizada por una alteración profunda del pensamiento, la afectividad y una percepción desorganizada y alterada de la realidad. Existe un riesgo de un 15 %. Se asocia a la actividad alucinatoria (oyen voces que no son reales y que les impulsan al suicidio) y a la depresión. Se da más en jóvenes, en los primeros cuatro años de evolución de la enfermedad y asociado a las repetidas agudizaciones de la misma.

Trastornos de la personalidad: Como la personalidad borderline, que se caracteriza por disminución del coeficiente intelectual, depresión y abuso de drogas o alcohol.

Síndromes mentales orgánicos (10 % del número total): Donde se incluyen la demencia y la enfermedad de Parkinson, fundamentalmente.

Historia de intentos y amenazas:

Entre el 25 y el 50 % de los actos consumados tienen historia conocida de intentos previos. Existe una tendencia a repetir los mismos gestos suicidas.

Edad:

Son grupos de alto riesgo los adolescentes y ancianos.

En el varón la frecuencia aumenta con la edad, con una incidencia máxima a los 75 años. Consuman el suicidio 2-3 veces más que las mujeres.

En las mujeres la edad de mayor incidencia está entre los 55 y 65 años. Intentan suicidarse 2-3 veces más que los hombres.

Factores sociales:

Estado civil: Solteros, viudos, separados y divorciados

Soledad: Vivir solo, pérdida o fracaso de una relación amorosa en el último año.

Lugar de residencia: Más en el medio urbano

Pérdida del rol o status social, marginalidad reciente

Desempleo o trabajo no cualificado

Problemática social, familiar o laboral grave

Ateos

Factores sanitarios:

Aproximadamente en el 50 % de los intentos se aprecia enfermedad física, destacando el dolor crónico, las enfermedades crónicas o terminales (cáncer, SIDA: 4% del total), y las intervenciones quirúrgicas o diagnóstico reciente de lesiones invalidantes y deformantes.³⁴

2.2.1 Razones que llevan al individuo al suicidio

1. La huida, es decir, el intento de escapar de una situación dolorosa o estresante mediante el atentado en contra de la vida, ya que ésta se percibe como insoportable.

³⁴SUICIDIO ASITENCIA CLINICA GUIA PRÁCTICA DE PSIQUIATRÍA MÉDICA. JOSE CARLOS MINGOTE ADAM. Factores de riesgo suicidio. Pág. De la 19 a la 30

2. El duelo, cuando se atenta contra la vida propia después de la pérdida de un elemento importante de la persona.
3. El castigo: aquí, el joven se siente responsable por algún acto negativo y desea autocastigarse para mitigar la culpa.
4. El crimen, en donde el joven atenta contra su vida, pero también desea llevar a otro a la muerte.
5. La venganza, es decir, cuando se actúa contra la vida para provocar el remordimiento de otra persona o para infligirle la desaprobación de la comunidad.
6. La llamada de atención y el chantaje, cuando mediante el intento se desea ejercer presión sobre otro.

2.2.1.1 Razones psicológicas

1. Un dolor psíquico intolerable del que se desea escapar. La depresión, la angustia.
2. Un intento por acabar con la conciencia, especialmente la del dolor. La relacionamos con frases como: “no tengo futuro” o “¿Para qué seguir viviendo?”
3. Falta de opciones o bloqueo para verlas.
4. Un impulso súbito de odio a sí mismo. Una autoevaluación negativa, con autorechazo, desvaloración, culpa, humillación, sensación de impotencia, desesperación y desamparo.

2.3 Factores de riesgo suicida en la niñez

Entre los motivos más frecuentes que llevan al acto suicida en la niñez, se encuentran:

- Presenciar acontecimientos dolorosos (divorcio, separación, muerte de un ser querido).
- Problemas con las relaciones paterno-filiales.
- Problemas escolares.
- Llamadas de atención de padres o maestros con carácter humillante.
- Búsqueda de afecto y atención.
- Agredir a otros.
- Deseos de reunirse con un ser querido fallecido.

Los métodos elegidos por los menores para autodestruirse dependen de la disponibilidad de éstos, de las propias experiencias y las circunstancias del momento. Se citan: la ingestión de tabletas, venenos agrícolas, kerosene, lociones para la piel, precipitación, ahorcamiento, fuego, corte de vasos sanguíneos, etcétera. Por lo general, las niñas intentan contra su vida a menor edad que los niños y en los lugares que habitualmente habitan o frecuentan (hogar, escuela, casa de amigos, etcétera).

Conocidos algunos factores de riesgo para la conducta suicida en el menor, se recomienda la siguiente Guía para evaluar dicho riesgo y proceder de la manera en que se señala:

PUNTOS	
1. Progenitores demasiado jóvenes o maduros	1
2. Dificultades en la captación y control prenatal	1
3. Enfermedad psiquiátrica de los progenitores	2
4. Niño poco cooperador en la consulta	1
5. Niño que manifiesta cambios en su comportamiento	3
6. Violencia en el hogar y sobre el niño	3
7. Antecedentes familiares de conducta suicida (padres, hermanos, abuelos) o amigos con dicha conducta	2
8. Antecedentes personales de autodestrucción	2
9. Manifestaciones desagradables de los progenitores en relación con el niño	3
10. Situación conflictiva actual (hogar roto recientemente, pérdidas, fracasos escolares, etcétera)	2

Si la suma de la puntuación es menor de 10, el niño debe ser interconsultado por el equipo de salud mental de su área, y si es mayor de 10 puntos, por un psiquiatra infanto-juvenil en breve plazo para su evaluación y manejo por el personal especializado.

2.4 Factores de riesgo suicida en la adolescencia

Entre los factores de riesgo en esta etapa se cita la eclosión de la enfermedad mental, sobre todo los trastornos del humor y la esquizofrenia.

De manera general podemos dividir la biografía de los futuros adolescentes con conducta suicida en tres etapas:

1. Infancia problemática.
2. Recrudescimiento de problemas previos, con la incorporación de los propios de la edad (cambios somáticos, preocupaciones sexuales, nuevos retos en las relaciones sociales y en el rendimiento escolar, etcétera).
3. Etapa previa al intento suicida, que se caracteriza por la ruptura inesperada de relaciones interpersonales.

La primera etapa engloba los factores predisponentes; la segunda, los reforzantes, y la tercera, los precipitantes.

Conocidos algunos factores de riesgo para la conducta suicida en el adolescente, se recomienda la siguiente Guía para evaluar dicho riesgo y proceder de la manera en que se señala:

PUNTOS	
1. Provenir de un hogar roto	1
2. Progenitores portadores de enfermedad mental	2
3. Antecedentes familiares de comportamiento suicida	3
4. Historia de trastornos del aprendizaje, fugas de la escuela, inadaptación a becas o régimen militar	2
5. Antecedentes personales de conducta de autodestrucción	4
6. Cambios evidentes en el comportamiento habitual	5
7. Amigos con conducta suicida	2
8. Presencia de ideación suicida y sus variantes (gestos, amenazas, plan suicida)	5
9. Antecedentes personales de enfermedad mental	4
10. Conflicto actual (familiar, pareja, escuela, etcétera)	2

Si la suma de la puntuación es mayor de 12, el adolescente debe ser trasladado a un servicio de psiquiatría infanto-juvenil para su hospitalización y, de no ser posible, requerirá de una valoración inmediata por el especialista en psiquiatría del equipo de salud mental del área.

2.5 Factores de riesgo suicida en el adulto

Es en esta etapa de la vida en la cual el sujeto interactúa más intensamente con la sociedad y el éxito o fracaso de esta interrelación individuo-sociedad puede, junto a con otros factores, evitar o precipitar un intento o un suicidio consumado. Estos individuos pueden repetir dichos actos y existen algunos factores que pueden predecirlos, como los siguientes:

1. Historia de tratamiento psiquiátrico, ya sea de forma ambulatoria u hospitalizada.
2. Poseer una personalidad antisocial.
3. Abusar del alcohol u otras drogas.
4. Pobres condiciones materiales de vida.
5. Desocupación.
6. Antecedentes criminales (lesiones, homicidio, robo, etcétera).

A continuación se pone a consideración del lector otra guía práctica para evaluar el riesgo suicida en la atención primaria, la cual consta de los siguientes temas con sus respectivas puntuaciones:

PUNTOS	
1. Los familiares temen que el paciente realice un intento suicida	3
2. Actitud poco cooperadora del individuo en la entrevista	2
3. El paciente expresa deseos de morir	2
4. Manifiesta ideas suicidas	4
5. Expone un plan de autodestrucción	5
6. El sujeto tiene antecedentes de trastornos psiquiátricos	4
7. Posee antecedentes de hospitalización psiquiátrica reciente	2

8. Tiene antecedentes de intento suicida	3
9. Posee antecedentes familiares de conducta suicida	3
10. Presencia de un conflicto actual	2

Para la valoración del riesgo de autodestrucción se procederá de la siguiente manera:

- A. Si la suma de la puntuación sobrepasa los 18, el sujeto debe ser hospitalizado.
- B. Si la suma se encuentra entre 10 a 18 puntos sin contabilizar las preguntas 1, 4 y 5, el individuo debe ser observado por parte de un personal especializado en las instituciones correspondientes.
- C. Si la suma es menor de 10 puntos sin contabilizar las preguntas 1, 4 y 5, el paciente debe ser interconsultado con un experto en salud mental.

2.6 Factores de riesgo suicida en la vejez

Para una mejor clasificación de los factores de riesgo en los ancianos, éstos se pueden dividir en:

Factores médicos:

1. Enfermedades crónicas, terminales, dolorosas, invalidantes y discapacitantes, como la de Parkinson, la demencia de Alzheimer o de otro tipo, las neoplasias, la diabetes mellitus complicada de retinopatía o polineuropatía discapacitante, la insuficiencia cardíaca congestiva, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
2. La hospitalización periódica del anciano, así como ser sometido a intervenciones quirúrgicas frecuentes.
3. Los tratamientos prodepresivos muy utilizados para contrarrestar patologías que padece el anciano (digitálicos, Propanolol, L. Dopa, Indometacina, etcétera).
4. Las enfermedades prodepresivas, principalmente la arteriosclerosis, demencias, la de Parkinson, entre otras.

Factores psiquiátricos:

Se incluyen las depresiones de cualquier etiología, el abuso de drogas o alcohol, los trastornos crónicos del sueño, las psicosis delirantes paranoides con gran desconfianza y agitación, y la confusión mental.

Factores psicológicos:

Los ancianos que sufren de sentimientos de soledad e inutilidad, inactivos, aburridos, con falta de proyectos vitales y con tendencia a revivir el pasado.

Factores familiares:

1. Pérdida de seres queridos por muertes naturales o por suicidio. La viudez durante el primer año es un momento crítico para el anciano, durante el cual puede ocurrir la llamada autodestrucción pasiva, en la que el evento vital doloroso desencadena una depresión y altera además el sistema inmunitario, lo que facilita la patología somática, principalmente las infecciosas.
2. El abuelo "pin-pon" es otra condición de riesgo suicida y se produce con la migración forzada del anciano (le "rotan" entre los familiares).
3. El ingreso en un hogar de ancianos en su etapa de adaptación puede reactivar situaciones de desamparo previas que precipiten un acto autodestructivo.

Factores socio-ambientales:

1. La jubilación.
2. El aislamiento social.
3. La actitud hostil, peyorativa o despreciativa de la sociedad hacia el anciano.
4. La pérdida de prestigio.

Éstos son algunos de los factores de riesgo que se pueden encontrar en esta etapa y que mientras mayor número de éstos se acumulen, mayor será el riesgo de terminar su vida por suicidio.

La siguiente guía práctica pudiera ayudar a evaluar dicho riesgo en la vejez por parte del médico de atención primaria:

PUNTOS	
1. Vivir solo	2
2. Padecer una enfermedad física que ha requerido ingresos frecuentes y tratamientos prolongados	2
3. Padecer una enfermedad mental	3
4. Tener antecedentes personales de conducta suicida	3
5. Poseer antecedentes familiares de dicha conducta	1
6. Actitud poco cooperadora en la entrevista	2
7. Expresar deseos de descansar de todo, no dar más trabajo a otros, no hacer falta a otros	4
8. Manifestar ideas suicidas	5
9. Cambios de conducta en forma de aislamiento, agresividad, agitación, llanto frecuente de pocos días de evolución	3
10. Negarse a recibir ayuda por considerar que es inútil a pesar de mantener una actitud adecuada en la entrevista	5

Si la suma de la puntuación es mayor de 9, el anciano debe ser remitido a una unidad psiquiátrica para ser examinado por el personal especializado.

Para la valoración del riesgo de autodestrucción se procederá de la siguiente manera:

- A. Si la suma de la puntuación sobrepasa los 18, el sujeto debe ser hospitalizado.
- B. Si la suma se encuentra entre 10 a 18 puntos sin contabilizar las preguntas 1,4 y 5, el individuo debe ser observado por parte de un personal especializado en las instituciones correspondientes.
- C. Si la suma es menor de 10 puntos sin contabilizar las preguntas 1, 4 y 5, el paciente debe ser interconsultado con un experto en salud mental.³⁵

³⁵ http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi13299.pdf

2.7 Tipos de suicidas

2.7.1 El suicidio egoísta

Se da comúnmente en las personas excesivamente individualistas y es propio de las sociedades más avanzadas. Este tipo de suicidio es más común en los individuos poco integrados a los grupos sociales de los que forman parte.

2.7.2 El suicidio altruista

Es la versión opuesta al anterior. Sucede por una excesiva "integración" del sujeto con la sociedad a la que pertenece, al punto tal, que la personalidad individual no cuenta, pues se encuentra muy comprometida con el grupo social en el que interactúa. El individuo se somete con abnegación a las leyes y costumbres de su sociedad, de tal modo que se suicida porque piensa que ese acto es un deber.

2.7.3 El suicidio anómico

La anomia es la falta de normas y de leyes que regulen la actividad humana y generalmente se produce en momentos de crisis sociales agudas, de transformaciones en las estructuras y valores culturales. Este autor explicó, que no es cierto que las sociedades pudieran actuar libre de normas, valores y leyes, debido a la característica gregaria del hombre. Algunas personas no soportan los cambios en estas normas y formas de vida y llegan al suicidio. Por ejemplo, cuando una persona se divorcia o se le muere un ser querido, lo cual genera alteraciones en su estructura y ritmo de vida.

2.7.4 El suicidio fatalista

Es la versión opuesta al anterior. Aquel sucede por el cambio de normas que regulen la conducta humana. Este afecta a aquellas personas que no aceptan las normas y se sienten reprimidas en sus sentimientos, pasiones y limitados en su futuro. Pueden ser hijos de padres estricta y agresivamente disciplinados o extremadamente moralistas.³⁶

³⁶ *SUICIDIO ASITENCIA CLINICA GUIA PRÁCTICA DE PSIQUIATRÍA MÉDICA. JOSE CARLOS MINGOTE ADAM. TIPOS DE CONDUCTAS SUICIDAS: Pág. 5*

2.8 Manifestaciones externas de un intento de suicidio

2.8.1 No verbales

- Cambios en los hábitos alimenticios y del sueño.
- Pérdida de interés en las actividades habituales.
- Retraimiento respecto de los amigos y miembros de la familia.
- Manifestaciones de emociones contenidas y alejamiento o huida.
- Uso de alcohol y de drogas.
- Descuido del aspecto personal.
- Situaciones de riesgo innecesarias.
- Preocupación acerca de la muerte.
- Aumento de molestias físicas frecuentemente asociadas a conflictos emocionales, como dolores de estómago, de cabeza y fatiga.
- Pérdida de interés por la escuela o el trabajo escolar.
- Sensación de aburrimiento.
- Dificultad para concentrarse.

2.8.2 Verbales

Aviso de planes o intentos de suicidarse, incluyendo los siguientes comportamientos: verbaliza: "Quiero matarme" o "Voy a suicidarme". Da señales verbales como "No seré un problema por mucho tiempo más" o "Si me pasa algo, quiero que sepan que..." Regala sus objetos favoritos; tira sus pertenencias importantes. Escribe una o varias notas de suicidio.

2.9 Métodos usados en el suicidio

Se lleva a cabo actos suicidas con diferentes métodos. Estos incluyen armas de fuego, medicamentos o venenos, ahorcamiento, salto desde altura, intoxicación con monóxido de carbono, lanzamiento al tráfico vehicular, incineración, asfixia por inmersión, apuñalamiento. La seriedad del intento suicida radica en lo que la persona hace o deja de hacer para ser descubierto antes de morir. Si el fin del acto es comunicar un estado de descontento en general, el individuo provocará

ser descubierto antes de alcanzar su cometido de morir; sin embargo, aunque esta actuación es de menor gravedad que la de una persona que arregla todo para no ser descubierto (notas de despedida, una llamada de adiós a un familiar o amigo).³⁷

2.10 Modelos que aportan al estudio del suicidio

Para explicar el Suicidio diferentes modelos han dado su propia versión, de los cuales analizaremos 4: biológico, genético, psicológico y sociológico.

2.10.1 Modelo Biológico

Las personas que parecen tener cierta vulnerabilidad hacia el suicidio presentan un descenso en los niveles de Serotonina (neurotransmisor) en el Líquido cefalorraquídeo. También se ha encontrado un descenso en la actividad dopaminérgica.

2.10.2 Modelo Genético

El estudio de los árboles genealógicos confirma cierta transmisión genética.

2.10.3 Modelo Psicológico

Según el Psicoanálisis, el suicidio es un homicidio contra uno mismo a causa del abandono vivido por los demás. La agresividad que siento hacia el entorno la dirijo hacia mí y por ello me suicido.

Los datos que nos parecen más acertados son algunos de los postulados por Sneiman:

1. El suicidio es la búsqueda de solución a un problema que genera sufrimiento.
2. Es una manera de cesar la conciencia, no necesariamente la vida.
3. El dolor que no controlamos es un riesgo de suicidio para acabar con ese dolor incontrolable.
4. Para el suicida, el acto siempre es lógico.
5. La emoción del suicidio es la desesperanza y el desamparo.

³⁷ *Enciclopedia Médica Familiar DR. Philip Evans. Suicidio. Pág. 120 a la 126.*

6. Su actitud: la ambivalencia. Vivir y morir a la vez pero uno de los sentimientos surge con más fuerza.
7. El estado cognitivo es la "visión de túnel" antes nombrada.
8. El suicidio es un acto de comunicación interpersonal con "pistas" a modo de señales que ha ido dejando el ejecutor.

2.10.4 Modelo Sociológico

A cada sociedad le corresponde un número X de suicidios. Los hay de tipo altruista, egoísta, anómico (sociedad cambiante en la que se pierde el control social) o incluso ritualista.³⁸

2.11 Prevención y Ayuda

El reconocimiento y la intervención temprana de los trastornos mentales y de abuso de sustancias son la forma más eficaz de prevenir el suicidio y el comportamiento suicida. Varios estudios han demostrado que los programas de prevención del suicidio con más probabilidades de éxito son aquellos orientados a la identificación y el tratamiento de las enfermedades mentales y el abuso de sustancias, el control de los efectos del estrés y de los comportamientos agresivos.

Si alguien se encuentra en estado deprimido o al borde del suicidio, nuestra respuesta inmediata debe ser ayudar. Ofrecer un consejo, intentar buscar soluciones es un excelente ejemplo de ayuda. Sin embargo, mejor sería callar y escuchar; las personas que están pensando en suicidarse no quieren oír respuestas o soluciones. Buscan un refugio donde poder expresar sus temores y preocupaciones, para ser ellos mismos.

Hay que saber escuchar y tratar de entender los sentimientos que están llevando a la persona a buscar el suicidio como salida.

Las personas que están al borde del suicidio quieren básicamente tres cosas:

- Que alguien les escuche
- Alguien en quien confiar
- Alguien que se preocupe³⁹

³⁸ <http://www.uprm.edu/cvida/recursos/suicidio.pdf>

CAPITULO III:

INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS

3.1 Introducción

La intoxicación con pesticidas organofosforados es un problema de salud pública principalmente en países en vías de desarrollo. Varios estudios atribuyen cerca de miles de muertes por año por envenenamiento con estos agentes. Los envenenamientos accidentales son los menos comunes, siendo la ingestión intencional la principal causa. La fatalidad se calcula cerca de 15-30% de los casos. Los insecticidas organofosforados son comunes, algunos incluyen malatión, paratión, dimetoato, fentión, propoxur y diclofenotion. Se utiliza en la agricultura, horticultura y en uso doméstico, presentándose esta intoxicación en fumigadores, cosechadores, ingestión de alimentos contaminados e ingestión intencional. Las vías de intoxicación incluyen la vía oral, inhalación o absorción cutánea. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado, a menudo salvan la vida del paciente, aunque el cuadro puede ser tan severo que requiera manejo en la unidad de cuidados intensivos.

3.2 Manifestaciones clínicas

Síntomas y signos incluyen salivación excesiva y lacrimación, fasciculaciones y debilidad muscular, miosis, así como un olor característico atribuido a los solventes hidrocarburos del pesticida. El paciente puede presentar frecuentemente, depresión del estado de la conciencia e incluso convulsiones. Otras manifestaciones de la inhibición de la acetilcolinesterasa en el cerebro incluyen insomnio, cefalea, mareos y confusión. La intoxicación severa con OP se asocia con disartria, coma y depresión respiratoria. Se describe clásicamente la bradicardia como una manifestación típica, pero algunos pacientes presentan taquicardia, atribuido a la estimulación de receptores nicotínicos preganglionares, sumado a un aumento de la secreción de adrenalina y noradrenalina de las glándulas suprarrenales. Otro factor que puede contribuir con la taquicardia es la hipoxia por insuficiencia respiratoria.⁴⁰

³⁹ http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/trabaj_suicidio.pdf

⁴⁰ *MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. LUIS JIMENEZ MURILLO. JAVIER MONTERO PEREZ. Pág. 724*

3.3 Compuestos más utilizados

3.3.1 Clorpirifos

(Etil clorpirifos, tiofosfato de 0,0-dietilo y de O- (3, 5, 6-tricloro 2-piridilo): Fue descubierto en 1956. Es un insecticida-acaricida activo por ingestión, contacto e inhalación. Pertenece al grupo IV.2 (dietoxi). Su toxicidad es moderada (DL50 oral para la rata de 96-270 mg/kg). Posee un amplio campo de actividad. Se utiliza no solo en la agricultura sino también en los hogares, contra las cucarachas. La marca comercial más utilizada es Dursbana.

3.3.2 Dimetoato

(Ditiofosfato de O,O -dimetilo y de S- (N-metilcarbamoil) metilo): Es un insecticida-acaricida sistémico con actividad por ingestión y contacto. Pertenece al grupo IV.1 (dimetoxi). Su toxicidad es moderada (DL50 oral para la rata de 255-310 mg/kg). Se utiliza con frecuencia en las zonas olivereras de nuestro país. Las marcas comerciales más utilizadas son Cekutoato y Dafenea.

3.3.3 Fention

(3-metil 4-metiltiofenil dimetil tionofosfato): Es un insecticida penetrante, con acción por ingestión y contacto. Pertenece al grupo IV.1 (dimetoxi). Su toxicidad es moderada (DL50 oral para la rata de 250 mg/kg). Es muy tóxico para abejas- y aves. La marca comercial más utilizada es Lebaycida.

3.3.4 Isofenfos

(Isopropil fosforoamidotioato de O-etilo y de 2-isopropoxi carbonil fenilo): Es un insecticida sistémico con actividad por ingestión y contacto. Pertenece al grupo IV.2 (dietoxi). Su toxicidad es alta (DL50 oral para la rata de 20 mg/kg). La marca comercial más utilizada es Oftanola.

3.3.5 Malation

(Ditiofosfato de O,O-dimetilo y de S-(1,2- dietoxicarboniletilo): Su descubrimiento en 1950 fue un hito en la historia de los IOF, puesto que fue el primer IOF que mostró un amplio espectro de acción y una baja toxicidad para los mamíferos. Es un insecticida-acaricida con acción por ingestión y contacto. Pertenece al grupo IV.1 (dimetoxi). En los organismos vivos se metaboliza a maloxón, su forma más

tóxica. Su toxicidad es baja (DL50 oral para la rata de 1.000-2.800 mg/kg). Las marcas comerciales más utilizadas son Benatión y Exatióna.

3.3.6 Metamidofos

(Tiofosforamidato de O,S-dimetilo): Es un insecticida-acaricida con actividad por vía sistémica, ingestión y contacto. Pertenece al grupo IV.8 (sustituyentes mixtos). Su toxicidad es alta (DL50 oral para la rata de 20 mg/kg), por lo que está prohibido su uso en invernaderos y en recintos cerrados. Ha sido comunicado como el IOF más utilizado en la provincia de Almería. Las marcas comerciales más utilizadas son Orthomonitor y Tamaróna.

3.3.7 Monocrotofos

(Fosfato de dimetilo y de cis 1-metil 2-(N-metilcarbamoil) vinilo): Es un insecticida-acaricida con actividad por vía sistémica y por contacto. Pertenece al grupo IV.1 (dimetoxi). Su toxicidad es alta (DL50 oral para la rata de 8-23 mg/kg). Las marcas comerciales más utilizadas son Ceku y Nuvacróna.

3.3.8 Paration

(Etil paratión, tiofosfato de O,O-dietilo y de O-(4-nitrofenilo): Fue descubierto en 1946, y pronto pasó a ser el plaguicida más utilizado debido a su gran eficacia. Es un insecticida-acaricida con actividad por ingestión y contacto. Pertenece al grupo IV.2 (dietoxi). En organismos vivos se metaboliza a maloxón, su forma más tóxica. Su toxicidad es muy alta (DL50 oral para la rata de 2 mg/kg), por lo que está prohibido su uso en invernaderos y en recintos cerrados. La marca comercial más utilizada es Folidola.⁴¹

3.4 Vía de entrada del toxico

La vía de entrada del IOF en el organismo puede ser digestiva, cutáneo-mucosa, respiratoria o parenteral.

3.4.1 Vía digestiva

Es la habitual en los intentos suicidas. Con menor frecuencia es la responsable de intoxicaciones involuntarias, al consumir alimentos contaminados accidentalmente

⁴¹ <http://tratado.uninet.edu/c100502.html#2.3>

con IOF. En nuestro medio el 20% de las intoxicaciones ocurren por esta vía. La entrada digestiva del tóxico se ha asociado a intoxicaciones graves.

3.4.2 Vías cutáneo-mucosa y respiratoria

Se asocian a intoxicaciones profesionales, al no guardar las medidas de seguridad aconsejadas al manejar los IOF. En nuestro medio el 80% de las intoxicaciones son por estas vías. Habitualmente son intoxicaciones menos graves que las anteriores.

3.4.3 Vía parenteral

La entrada del tóxico por vía parenteral es excepcional. Se suele asociar a intentos autolíticos en pacientes que utilizan drogas por vía parenteral.

3.5 Intencionalidad

3.5.1 Intoxicaciones accidentales

Son las responsables del 80% de las IA por IOF en nuestro medio. Su mortalidad oscila alrededor del 1%.

En el 70% de las ocasiones son profesionales y suceden durante los procesos de fumigación o durante la manipulación de los IOF. La vía de entrada suele ser cutáneo-mucosa o respiratoria. En la mayoría de ellas es la negligencia del trabajador la causante de la IA, lo que desgraciadamente suele ser común: el 75% de los trabajadores en contacto con IOF manifiestan conocer las medidas que hay que guardar para evitar las IA (trajes impermeables, mascarilla, guantes), pero solo el 30% de ellos las guardan con regularidad. Si los IOF se utilizaran adecuadamente, las IA profesionales serían muy infrecuentes. En los últimos años se aprecia un descenso alentador en el número de IA profesionales por los IOF. Las intoxicaciones accidentales también pueden suceder al confundir los IOF con alimentos y mezclarlos con ellos, al consumir alimentos que tengan residuos de pesticidas o en niños que los ingieren por descuido. La entrada digestiva es lo habitual en estos casos.

3.5.2 Intoxicaciones voluntarias

Las IA por IOF con ánimo autolítico son menos frecuentes en nuestro medio, aunque en algunos países en desarrollo pueden ser una de las principales causas

de suicidio y llegar a suponer el 76% de todas las IA por IOF. La vía de entrada del tóxico en el organismo es casi siempre la digestiva, aunque excepcionalmente puede ser la parenteral. Debido a la gran cantidad del tóxico que entra en el organismo, son intoxicaciones muy graves con una mortalidad superior al 20%.⁴²

3.6 Conclusiones

La intoxicación por pesticidas organofosforados es una importante causa de morbi-mortalidad en todo el mundo, pero principalmente en países en vías de desarrollo. Ocurre en cualquier ambiente, sin embargo es más frecuente en las zonas rurales, donde los hospitales y clínicas periféricas son las que en primera instancia atienden estos casos. La intoxicación por organofosforados es una condición médica que requiere el diagnóstico rápido y el tratamiento precoz. Es necesario un monitoreo continuo y un manejo oportuno de la falla respiratoria debido a que ésta es la principal causa de muerte en estos pacientes. Se espera que en el futuro se realicen ensayos clínicos que ayuden a establecer guías claras con respecto al manejo de la intoxicación por organofosforados.⁴³

⁴² <http://www.prensa.com/actualidad/salud/2006/08/01/index.htm>

⁴³ *MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. LUIS JIMENEZ MURILLO. JAVIER MONTERO PEREZ. Pág. 726*

6. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo: descriptivo (determinar en quienes, donde y cuando se presenta un intento de suicidio, transversal (se busca estudiar las variables simultáneamente en determinado momento y analítico o explicativo (se pretende contestar cuales son las causas asociadas al intento de suicidio) para lo cual se utilizó técnicas cuantitativas y cualitativas, en donde se analizó la relación de la depresión con los intentos de suicidio en los pacientes que son atendidos en el Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja durante el periodo Enero – Julio 2011.

LUGAR Y TIEMPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se realizara en el Hospital Provincial General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, en el área de Clínica ubicada en el cuarto piso durante los meses Enero – Julio 2011.

POBLACION Y MUESTRA

La muestra estará integrada por pacientes con intentos de suicidio ingresados al área de Clínica del Hospital Provincial General Isidro Ayora en el periodo Enero – Julio 2011.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Fueron excluidos del presente trabajo investigativo los pacientes con déficit en sus capacidades sensoriales ya que no permitirían realizar la entrevista psicológica.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Fueron incluidos en el presente trabajo investigativo aquellos pacientes con intentos suicidas que se encuentren internos en otros departamentos del Hospital.

TECNICAS E INSTRUMENTOS

Los datos se los recogerá mediante la observación, entrevista psicológica y el empleo de historias clínicas (Modelo Integrativo: Datos de identificación, Condiciones de hospitalización, Motivo de consulta, enfermedad actual, Historia pasada de la enfermedad, Psicoanamnesis personal normal y patológica, Psicoanamnesis familiar normal y patológica, Historia social, Historia laboral, Historia psicosexual, Examen de funciones psicológicas, Diagnostico, Pronostico, Recomendaciones además de Test Psicológicos: Inventario de Depresión de Beck y test de clasificación de riesgo suicida. Se utilizara bibliografía de libros, revistas e internet para la elaboración del trabajo.

ANALISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se obtendrá los porcentajes ingresando los datos a una base estadística en el programa Microsoft Excel para su posterior análisis. La presentación se realizara a través de tablas y gráficos. Las tablas fueron elaboradas y procesadas en gráficos en Microsoft Word y Excel.

TALENTOS HUMANOS

Autor: José Luis Vivanco Ruiz

Director: Dr. Luis Vélez Ajila

Pacientes y Personal de Salud del área de Clínica del Hospital Regional Isidro Ayora

RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES

Universidad Nacional de Loja

Biblioteca del Área de la Salud Humana

Bibliografía (Libros, folletos e Internet)

Hospital Regional Isidro Ayora

Materiales de oficina y de cómputo

Reactivos Psicológicos: Test de Depresión de Beck y de Suicidio

Historias Clínicas e Informes Psicológicos

RECURSOS ECONOMICOS

Gastos que demanden la ejecución del presente trabajo investigativo serán asumidos por el autor de la tesis.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍNDICE
DEPRESIÓN (Variable independiente)	La sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y perder interés en las cosas que antes disfrutaba es lo que se llama depresión.	Psicológica	Inventario de Depresión de Beck BDI	Depresión mínima 0 – 10 Depresión leve o media 11 – 17 Depresión moderada 18 – 19 Depresión severa 30 - 63
SUICIDIO (Variable dependiente)	El suicidio es: “una preocupación o acción que persigue de manera intencionada causarse lesiones o la muerte a uno mismo”. Dentro del comportamiento suicida, se incluye el suicidio consumado, ideación suicida, intento y gesto suicida.	Psicológica Social	Entrevista psicológica Historia Clínica Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30	Bajo 0 - 29 Moderado 30 - 44 Alto 45 - 90

7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES																												RESPONSABLE								
	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO					AGOSTO				SEPTIEMBRE			
	SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA					SEMANA							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		1	2	3	4				
Presentación y Aprobación del Proyecto de Investigación				x	x	x	x																										José Luis Vivanco Dr. Luis Vélez				
Revisión de los instrumentos								x	x																								José Luis Vivanco Dra. Zhenia Muñoz				
Recolección de datos y aplicación de instrumentos									x	x	x	x	x	x	x	x																	José Luis Vivanco				
Análisis e Interpretación de datos															x	x	x	x	x														José Luis Vivanco				
Elaboración y presentación de la Información																					x	x	x	x									José Luis Vivanco				
Conclusiones y recomendaciones																							x	x	x	x							José Luis Vivanco				
Elaboración del Informe Final																											x	x					José Luis Vivanco				
Sustentación de la Investigación																													x	x	x		José Luis Vivanco Dra. Zhenia Muñoz				

8. PRESUPUESTO

ACTIVIDADES	MATERIALES E INSUMOS	COSTO EN DOLARES AMERICANOS
Elaboración del proyecto	Material de escritorio y de computo	150.00
Consultas bibliográficas	Libros e internet	150.00
Consultas en la biblioteca	Fotocopias	50.00
Reproducción de test psicológicos	Fotocopias	100.00
Transporte	Transporte	250.00
Reproducción de tesis	Fotocopias	200.00
Arreglos finales de la investigación	Empastado y otros	80.00
Imprevistos	Imprevistos	50.00
TOTAL		1.030 USD

9. BIBLIOGRAFÍA

LIBROS:

ENCICLOPEDIA MÉDICA FAMILIAR DR. PHILIP EVANS. El Suicidio. Pág. 64 y 65.

PSICOPATOLOGÍA DE DAVID H. BARLOW Y V. MARK DURAND, Tercera Edición. Síntomas y causas de la depresión: Pág. 222, 223, 224 a la 227. Depresión en las mujeres: Pág. 234.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. CIE 10 DECIMA REVISIÓN DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES. Trastornos del Humor. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico: Pág. 141 a la 164.

DSM I-V MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. MASSON SA 1995. Trastornos Depresivos.

SUICIDIO ASITENCIA CLINICA GUIA PRACTICA DE PSIQUIATRIA MÉDICA. AUTORES: JOSE CARLOS MINGOTE ADAM, MIGUEL ANGEL JIMENEZ ARRIERO, RICARDO OSORIO SUAREZ, TOMAS PALOMO. Factores de riesgo suicidio. Pág. de la 19 a la 30. Tipos de conductas suicidas: Pág. 5

EL SUICIDIO ¿QUÉ SE? AUTOR: PIERRE MORRON LA COLECCIÓN ENCICLOPÉDICA MÁS IMPORTANTE DEL MUNDO. PRIMERA EDICIÓN EN ESPAÑOL. IMPRESO EN MEXICO. IMPRENTA LITO ARTE SA. Introducción Pág. 3 y 4.

MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. AUTOR: LUIS JIMENEZ MURILLO. JAVIER MONTERO PEREZ. Pág. 724 a la 726.

LIBRO DE ESTADISTICA SOBRE LOS INGRESOS DE PACIENTES AL DEPARTAMENTO DE CLINICA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA. PERIODO 2010. LIC. VILMA MONTAÑO.

INTERNET:

<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/complete-index.shtml#pub2>

http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/trabaj_suicidio.pdf

<http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/suicidios-en-el-ecuador-29471-29471.html>

<http://www.flacso.org.ec/docs/ciudadsegura26.pdf>

<http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/apartado04/definicion%20y%20diagnostico.pdf>

<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion.pdf>

http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi13299.pdf

http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/trabaj_suicidio.pdf

<http://www.uprm.edu/cvida/recursos/suicidio.pdf>

<http://www.prensa.com/actualidad/salud/2006/08/01/index.htm>