



MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA-PROYECTO MPS

INFORME FINAL

Abuso sexual incestuoso y conducta suicida: estudio de caso desde el abordaje de la Terapia Cognitivo Conductual en una mujer joven, con trastorno depresivo recurrente, de la ciudad de Quito, Ecuador.

Elaborado por:

Quezada Mishell

Vásquez Ruthmini

Docente: MSc. Natalia Vizcaíno U

04 de agosto de 2024

Identificación de Características del Caso de Estudio

Síntesis del Tema de Investigación Elegido, Relacionado con una Problemática de Salud Mental Contemporánea

Tema de investigación.

Abuso sexual incestuoso y conducta suicida: estudio de caso desde el abordaje de la Terapia Cognitivo Conductual en una mujer joven con trastorno depresivo recurrente, de la ciudad de Quito, Ecuador.

El abuso sexual intrafamiliar es un problema que afecta diversos hogares ecuatorianos, aunque no existe un registro específico de cuántos hogares existen a nivel nacional con víctimas de abuso sexual por parte de un miembro de la familia, es pertinente mencionar que, en un informe de actividades, la Defensoría del Pueblo (2023), señaló que el MSP atendió a nivel nacional a 14 734 víctimas de abuso sexual, reconociendo que no todas denuncian o solicitan atención psicológica.

Frente a esto, Viviano (2007), citado en Villanueva (2012) explica que se considera al abuso sexual incestuoso a “toda interacción de índole sexual con una niña, niño o adolescente, por parte de un pariente consanguíneo” (pp. 48).

En relación con ello, Ramos, et al. (1998) como se citó en Aguiñaga y Ramírez (2006) refiere que en el 62% de los casos de abuso sexual el abusador es un hermano, tío o padre. Además, el mismo autor señala que entre las consecuencias a mediano y largo plazo del abuso sexual en adolescentes y adultos, se encuentran: baja autoestima, sintomatología depresiva, dificultades en las habilidades sociales, relaciones sexuales e interpersonales

insatisfactorias, conductas sexuales de riesgo, alteraciones en la conducta alimenticia, síntomas postraumáticos, riesgo de conducta suicida, entre otros (pp. 5).

La relevancia clínica de este caso se basa en permitir a la comunidad visibilizar la importancia del papel de la familia en el desarrollo emocional y relacional de los individuos, no obstante, la violencia intrafamiliar puede tener consecuencias devastadoras en la salud mental de los jóvenes debido a las limitaciones existentes en la práctica clínica y las necesidades de nuevas formas de abordaje.

Se presume que la exposición al abuso sexual incestuoso en la infancia y adolescencia está asociada con el desarrollo de conducta suicida en mujeres jóvenes de Quito con repercusiones en varias áreas de su vida.

Para ello, se realizó un estudio de caso basado en evidencia con una metodología mixta con instrumentos de evaluación cuantitativos y cualitativos (observación, entrevistas, autorregistro y reactivos psicométricos) al inicio de la intervención y al final de esta, para brindar un acercamiento eficaz de los cambios producidos durante la intervención.

Previo a la participación en este estudio, se facilitó un consentimiento informado a la consultante para explicarle el proceso de valoración e intervención, decidiendo ser parte de este, de forma libre y voluntaria y sabiendo que puede retirarse en cualquier momento del proceso.

Caso de Estudio

Motivo de consulta.

La consultante acude solicitando la atención psicológica y refiere “siento asco de mi propio cuerpo por lo que me pasó y que me ha hecho sentir que no debo seguir viva, ya no me quiero sentir así”, presenta llanto fácil y decaimiento.

Demanda.

La consultante solicita apoyo emocional y una guía en el desarrollo de herramientas para afrontar ideas suicidas y lograr autonomía.

Características individuales, interpersonales y ambientales, primarias y secundarias de la consultante.

En el presente estudio, por motivos de confidencialidad, los datos personales de la consultante, su familia y expareja serán cambiados.

Características individuales.

Mercedes, es una mujer ecuatoriana de 22 años, estudiante de economía y estado civil soltera.

Características interpersonales.

Familia.

La consultante es de una familia originaria de Los Ríos, la estructura familiar la forman su padre Franco Alarcón (45 años) y su madre Geovanna Andrade (45 años), su hermano Juan (29 años), Juana (27 años) y Mercedes (22 años). Al momento, Mercedes no

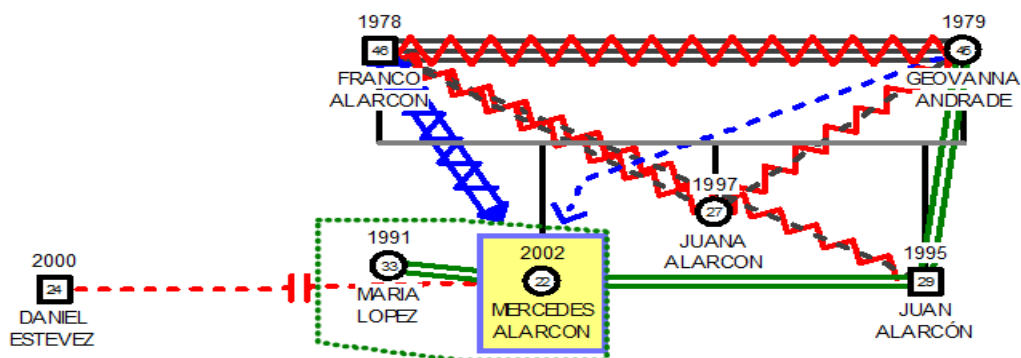
vive con su familia con los que no tiene una relación estrecha. Madre y padre caracterizados por una relación disfuncional con presencia de violencia intrafamiliar y como parte de la historia familiar, Mercedes refiere ser víctima de abuso sexual por parte de su padre desde los 7 años hasta los 13 años.

Las relaciones entre los miembros de la familia se caracterizan por ser hostiles.

A continuación, a través del genograma se muestra una mirada gráfica de las dinámicas de la familia de la consultante.

Figura 1.

Genograma de la consultante.



Es pertinente mencionar a Daniel Estévez, ex novio de Mercedes, con quien tuvo una relación de 2 años y que vivió en su casa por 4 años. Además, se incluye a su amiga María López, su red de apoyo más cercana y con la que vive hoy.

Antecedentes.

La consultante manifiesta que fue víctima de violencia sexual por parte de su padre a los 7 años hasta los 13 años. Además, refiere de la Presencia de síntomas depresivos que inician en la adolescencia, intentos autolíticos previos y recientemente terminó su relación de pareja.

Las primeras ideas de suicidio dan inicio a los 13 años cuando empieza a ser más consciente del abuso sexual del que era víctima, con sentimientos de culpa y rechazo hacía ella misma.

En la adolescencia surge un rechazo hacia su cuerpo porque menciona que lo relaciona como el culpable por la situación de abuso que vivió, describiendo sentimientos de asco con presencia de conductas autolesivas.

Al irse a vivir con su abuela materna busca en ella protección y pretende evadir la realidad de los abusos sexuales que se suscitaban en su hogar de origen, pero se da cuenta que no recibe el respaldo que esperaba. Una característica de la consultante es su dedicación a los estudios. Termina el bachillerato y decide estudiar en Quito una Tecnología.

En la ciudad de Quito, conoció a quien sería su pareja durante 2 años. Mercedes, a los 18 años, inicia la relación con Daniel, se va a vivir con él en casa de sus padres, reconoce que empieza a construir una relación muy estrecha con él, pero que parece perder autonomía y muchas de sus actividades dependían de su pareja. Terminan la relación y vive con él 2 años más con encuentros casuales y la ilusión de regresar definitivamente. Las ideas autolíticas aumentan y manifiesta dos intentos suicidas.

El primer intento suicida se presenta tomando medicación psiquiátrica, es llevada por emergencia a un centro de salud por una tía de su expareja. Daniel, decide tener una relación más cercana con ella, pero no regresa a ser su novio, puesto que en varias ocasiones le menciona a Mercedes que se siente presionado por ella para regresar y que le da miedo que ella se quite la vida si no lo hacen.

En un segundo intento suicida, por enero 2023, después de una pelea con Daniel, utiliza el mismo mecanismo, ingiere medicación psiquiátrica y le llevan nuevamente a emergencias, logran estabilizarse y retorna a la casa de su expareja.

Evaluación inicial.

Como metodología de evaluación empleada se utilizan procedimientos y fuentes de datos utilizadas cualitativas: observación, entrevista psicológica, notas de evolución, registros clínicos.

En relación con los instrumentos psicométricos se utilizaron la escala de riesgo suicida de Plutchik y el Inventario de Depresión de Beck II, los cuales tienen validez y están adaptados a la realidad del Ecuador.

En lo que respecta a la validez y adaptación de los instrumentos:

Versión adaptada del Inventario de Depresión de Beck BDI-II para ser utilizado en el diagnóstico de síntomas depresivos en población de Ecuador. Desde el punto de vista psicométrico, puede decirse que la versión adaptada del instrumento reprodujo la estructura bifactorial, compuesta por un factor afectivo-motivacional y otro cognitivo-somático. Además, mostró evidencias favorables de validez de contenido, de constructo, convergente y

consistencia interna: en el rango de 0.80 a 0.90. Un valor de alfa superior a 0.80 indica una buena consistencia interna. (Astudillo, 2021).

Por otro lado, en relación con la escala de riesgo suicida de Plutchik,

Un estudio realizado para evaluar la validez de este reactivo en Ecuador demostró una significativa robustez psicométrica. Los hallazgos indicaron que la prueba mide con precisión las respuestas emocionales y mantiene alta fiabilidad y validez en diferentes contextos culturales dentro de la población ecuatoriana. Además, el análisis factorial confirmó la integridad estructural de la prueba, lo que lo convierte en una herramienta adecuada para evaluar emociones en entornos diversos: Las cargas factoriales deben ser mayores a 0.40 para cada factor identificado en la escala. (APA, PsycTests, 2017).

Se le aplicaron las evaluaciones anteriormente señaladas, en donde arrojó los siguientes resultados:

Escala de riesgo suicida Plutchik: 6 Riesgo medio

Inventario de Depresión de Beck: 57 Depresión grave.

Formulación del caso o hipótesis diagnósticas.

Aparentemente, debido al abuso sexual que sufrió Mercedes desde los siete años por parte de su progenitor, se generó un profundo asco por su propio cuerpo, con frases como “mi cuerpo es el culpable, y no me gusta lo que veo, porque por mi cuerpo me lastimaba mi padre”. A partir de esta experiencia, empezaron a surgir pensamientos suicidas, ideas de muerte fueron tomando mayor forma en la adolescencia.

La Perspectiva Cognitivo Conductual nos menciona que las personas víctimas de abuso sexual pueden desarrollar ciertas distorsiones cognitivas vinculadas al trauma, estas creencias negativas sobre sí mismo pueden ser el sentirse inútiles, culpables o avergonzados como lo manifestó Mercedes en su discurso.

Además, Christine Courtois (2009), señala que el trauma complejo se caracteriza por ser de forma repetida y acumulativa durante un periodo de tiempo dentro de un contexto específico como el ser víctima de abuso sexual por un miembro de la familia.

Mercedes quien atravesó esta experiencia de violencia desde los 7 años hasta los 13 años, se encontraba en un periodo de formación de su personalidad, en un entorno en el que aún no podía escapar, por ende, su marco de referencia emocional, relacional y social era su familia.

Así aparentemente Mercedes, construyó una idea del amor relacionada con el sufrimiento, refiriendo frases como: “todo aquel que me quiere, me hace daño y me abandona”.

En concordancia con la literatura, Beck (2009) menciona que las personas víctimas de violencia sexual pueden desarrollar creencias disfuncionales sobre las relaciones interpersonales, creer que el abuso es una forma aceptable de interacción, y las situaciones que reforzaron estos pensamientos, fueron la relación de abuso por su padre, la percepción de abandono por parte de su familia y la relación aparentemente dependiente que construyó con Daniel. Al inicio de su relación encontró en Daniel un lugar seguro, un amor no violento al que no estaba acostumbrada, pero, la consultante, no trabajaba aún sus dificultades personales con la sintomatología depresiva que mencionaba y según manifiesta su expareja se tornó abusiva con presencia de desplantes, discusiones, y aunque continuaban viviendo en la misma casa, Mercedes sabía que Daniel salía con otras mujeres y le costaba desvincularse de él, siendo un factor importante ante sus intentos de suicidio.

La literatura menciona que, entre una de las secuelas del abuso sexual infantil, se encuentran la depresión, ansiedad, estrés postraumático, y los intentos suicidas.

Las conductas autodestructivas surgen como formas de lidiar con el dolor emocional y aparentemente este recurso de afrontamiento es el que aprendió la consultante. Sin embargo, es importante destacar que, pese a ello, recibió atención psicológica y atención psiquiátrica lo cual contribuyó en el aprendizaje de herramientas que le permitieron mantenerse afrontando sus dificultades y responsabilidades.

Con este preámbulo, se explica a continuación el resultado de los reactivos aplicados a Mercedes, por cuanto se estima que hay criterios para depresión grave y un riesgo medio de suicidio. En tanto y de acuerdo con el análisis de los criterios y diagnóstico previo, se determina que presenta un CIE 10: F32.0 Trastorno depresivo recurrente: episodio actual leve, diagnóstico que se concluye luego del análisis diferencial:

Trastorno depresivo recurrente (F33).

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado: Los síntomas son más severos y afectan más significativamente la funcionalidad del individuo.

En el caso de Mercedes, aunque sus síntomas depresivos le generaban malestar emocional clínicamente significativo, ahora no eran incapacitantes.

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

En este caso, los síntomas son muy severos, con importantes problemas en el funcionamiento diario, pero sin la presencia de delirios o alucinaciones.

La consultante no presenta signos y síntomas asociados a los criterios para ser parte de este diagnóstico, pues no hay compromiso de su funcionalidad diaria.

Trastorno de estrés postraumático (TEPT) (F43.1).

Este diagnóstico es relevante dado el historial de abuso sexual de Mercedes. Los síntomas pueden incluir reexperimentación del trauma, evitación de situaciones relacionadas, hiper alerta y problemas emocionales severos.

En el caso de Mercedes, según manifiesta, en su anterior proceso terapéutico y psiquiátrico, se atendieron estos aspectos por lo que hoy no presenta síntomas asociados significativos.

Diagnóstico Final: F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.

Se caracteriza por episodios repetidos de depresión, con síntomas que incluyen:

- **Ánimo depresivo y tristeza.** Mercedes menciona que se siente triste la mayor parte del tiempo desde hace un mes, presencia de labilidad emocional e ideas de minusvalía e inutilidad.
- **Pérdida de interés.** La consultante refiere que ha perdido el interés por las actividades que antes disfrutaba como ir a clases, socializar con amigos, leer libros y realizar deporte. Sin embargo, se autoexige a continuar realizándolos.
- **Fatiga y ligera dificultad para concentrarse.** Mercedes señala que se siente ligeramente cansada en el día y que algunas actividades que requieren de gran concentración le cuestan más.
- **Baja autoestima.** En la consultante este es un punto que le genera mayor conflicto, se auto percibe como insuficiente, miedo a ser abandonada, una autoimagen distorsionada de sí misma y rechazo a su corporalidad.

Sin embargo, los síntomas se presentan con intensidad leve que no incapacita gravemente a la consultante.

Formulación de Objetivos Terapéuticos

- Reducir el riesgo suicida en la consultante.
- Disminuir los síntomas depresivos latentes.
- Proporcionar herramientas que le permitan una mayor autonomía y control emocional.

Aplicación de Modelos Terapéuticos Contemporáneos

Justificación de la Elección del Modelo Terapéutico

La intervención se realizó en base al enfoque cognitivo conductual. La Terapia Racional Emotiva, cuyo precursor Albert Ellis consideraba que los conflictos emocionales se

basan en tres elementos: los pensamientos, las emociones y la conducta. Dentro de esta modalidad de terapia se invita al consultante a realizar un análisis de su sistema de creencias, el cual puede ser modificado con nuevas y más efectivas creencias emocionales, dando como resultado que las emociones displacenteras sean menos frecuentes, intensas y duraderas (Ellis y Grieger, 1990).

En relación con esto, se recalca que la consultante señala la presencia de ideas suicidas pasivas que se encuentran presentes en su cotidianidad, y al ahondar en los factores causales de las mismas, se identifican ideas nucleares negativas acerca de sí misma. Tal es así que, realiza la asociación del abuso sexual por parte de su padre, y la idea nuclear basada en que “mi cuerpo genera que los hombres quieran abusar de mi” esta idea central genera la emoción del asco principalmente que le induce a las conductas suicidas.

Manifiesta también ideas intermedias asociadas a la creencia nuclear “Es una necesidad extrema del ser humano ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno” “Es terrible y catastrófico que las cosas no funcionen como a uno le gustaría”, etc.

Además, de acuerdo con lo que manifiesta se observan ideas automáticas como “Nadie me quiere” “No tiene sentido la vida” “Siempre me va a ir mal”, y según manifiesta la consultante, estas ideas se agudizan cuando su pareja termina la relación con ella, tomando en cuenta que la falta de redes de apoyo (familiares y extrafamiliares) al inicio del tratamiento contribuyó al mantenimiento de estas ideas y conductas.

De acuerdo con las características del caso se interviene con la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis principalmente y se toman recursos terapéuticos de las Terapias de Tercera Generación especialmente la Terapia de Aceptación y Compromiso, y Mindfulness.

Las metas planteadas de este enfoque son: Las creencias determinan la manera de vivir. Además, de la comprensión sobre la importancia de resignificar sucesos dolorosos para lograr una calidad de vida sana, aceptando que no es posible controlarlo todo, pero si se puede aceptar nuestro pasado y usarlo para encontrar metas más trascendentales. Incluyendo la importancia de comprender que para lograr resultados se requiere de esfuerzo, acciones y a veces hasta sufrimiento para alejarse de patrones relacionales que generan malestar.

Descripción de cómo se aplica el modelo para construir los objetivos terapéuticos

La construcción de objetivos terapéuticos para la consultante se fundamenta en el enfoque cognitivo-conductual y en la integración de la terapia racional emotiva conductual y terapias de tercera generación, bases que brindan las herramientas para un abordaje efectivo basado en evidencia.

Aplicación del modelo para la construcción de objetivos terapéuticos.

Psicodiagnóstico.

Se realiza una evaluación mediante una metodología mixta, utilizando la observación, entrevista, y la aplicación de instrumentos psicométricos como el Inventario de Depresión de Beck (BDI II) y la Escala de Riesgo Suicida Plutchik (Risk of suicide, RS), estos resultados permiten un perfil detallado de síntomas significativos que nos permiten direccionar de manera efectiva el proceso.

Formulación de hipótesis diagnóstica.

Considerando la información recabada se formula la hipótesis diagnóstica, considerando criterios del Manual de Clasificación Internacional de enfermedades CIE 10. En

el presente caso se diagnostica a la consultante con F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.

Establecimiento de objetivos terapéuticos.

Definición de los Objetivos Terapéuticos.

- Reducir el riesgo suicida en la consultante: Este objetivo busca disminuir el riesgo suicida y a medida de lo posible restablecer y fortalecer mecanismos de afrontamiento para evitar intentos suicidas a futuro mediante el uso de herramientas tomadas de las terapias de tercera generación y terapia racional emotiva conductual.
- Disminuir los síntomas depresivos latentes: Utilizando herramientas que permiten la reestructuración cognitiva se pretende generar nuevos estados emocionales y anímicos más funcionales.
- Proporcionar herramientas que le permitan una mayor autonomía y control emocional: mediante la terapia cognitivo conductual, se pretende promover la funcionalidad intrapersonal e interpersonal, una mejor canalización emocional, de la mano de una nueva forma de vida con metas más trascendentales.

Implementación del enfoque cognitivo-conductual.

- Establecimiento de alianza terapéutica: crear un ambiente seguro y de confianza desde el inicio del proceso, mostrando empatía genuina, escucha activa y validación de emociones con respaldo y apoyo constante.
- Restablecimiento: Mediante el mindfulness para aumentar su conciencia de sus pensamientos, emociones, sensaciones corporales en el presente, sin juzgar, permitiéndole observar sus pensamientos automáticos y comportamientos.

- Reducción del juicio: mediante el mindfulness se trabaja en reducir el auto juicio y crítica y reducir síntomas depresivos y desarrollar habilidades de regulación emocional, reduciendo la reactividad emocional y promoviendo respuestas más adaptativas frente a situaciones que podrían generar malestar.
- Identificación y Modificación de Pensamientos Irracionales: Se acompaña a Mercedes a identificar y desafiar los pensamientos disfuncionales relacionados con su cuerpo y la muerte. Esto incluye trabajar en creencias irracionales y distorsiones cognitivas que desencadenan en ideas suicidas.
- Desarrollo de Habilidades de Afrontamiento: Se entrenan habilidades específicas para manejar situaciones de alto riesgo, como el manejo del estrés, la resolución de problemas y técnicas de relajación.
- Planificación de Actividades y Establecimiento de Metas: Se acompaña a Mercedes a establecer metas a corto, mediano y largo plazo que sean realistas y alcanzables. Esto incluye planificar actividades gratificantes y saludables que direccionen hacia la funcionalidad intra e interpersonal.

Evaluación y ajuste de objetivos.

- Mediante la observación clínica se identifican avances desde lo que manifiesta mediante su lenguaje verbal (retroalimentaciones) y no verbal (expresión facial, postura corporal, contacto visual, gestos y movimientos corporales, tono y modulación de voz, respuestas emocionales, conducta interpersonal, participación de forma activa).
- Role Playing-simulaciones: mediante el uso de estos, se logra observar el grado de aprendizaje de recursos y herramientas, así como el momento de ejecución requerido en diferentes momentos de la vida, especialmente frente a situaciones de riesgo.

- Valoración del cumplimiento de objetivos terapéuticos.
- Aplicación de pretest y post test (Plutchik, BDI II).

Planteamiento de Estrategias de Intervención Psicoterapéuticas.

A continuación, se presenta el siguiente esquema del proceso psicoterapéutico.

Sesión 1

Objetivos.

- Generar catarsis
- Restablecer
- Establecer rapport
- Desarrollar autoaceptación incondicional
- Evaluar inicialmente
- Psicoeducar sobre TREC y ACT

Técnicas aplicadas.

- Mindfulness
- Entrevista Clínica
- Inventario de Depresión de Beck II, Test de Plutchik
- Psicoeducación

Logros en la aplicación de técnicas a la consultante.

Durante la primera sesión se logró generar catarsis, el restablecimiento emocional y se inició la relación terapéutica, contemplando la idea de auto aceptarse de manera incondicional.

Mediante la aplicación de reactivos psicológicos se logra direccionar de mejor manera el proceso. Se obtienen los siguientes resultados.

- Plutchik: 6 Riesgo medio.
- Inventario de Depresión de Beck: 57 Depresión grave.

Se logra que la consultante conozca las bases de la TREC y ACT lo cual genera la confianza de que su proceso se realiza con enfoques basados en evidencia.

Bases teóricas de técnicas aplicadas.

En lo que respecta a la relajación como técnica de la disminución de la activación, (Chóliz, 1995), señala que esta técnica contribuye al equilibrio fisiológico, de los procesos cognitivos y de la conducta manifiesta de los consultantes.

Mientras que la entrevista clínica, es una guía que permite al terapeuta desarrollar intervenciones verbales y no verbales, estructurada y lógica para abordar las necesidades del consultante (Cid, Carvajal y Freira, 2008).

La Psicoeducación se basa en el entrenamiento cognitivo-conductual, incluyendo el aprendizaje y práctica de las estrategias de afrontamiento, para cambiar pensamientos, comportamientos, reducir el estrés y las complicaciones físicas de los tratamientos (Montiel y Guerra, 2016).

Sesión 2

Objetivos.

- Restablecer
- Ratificar la importancia de la autoaceptación y respaldo incondicional.
- Identificar relación entre creencias y forma de vivir la realidad

Técnicas aplicadas.

- Mindfulness
- Diálogo socrático
- Introducción a la TREC

Logros en la aplicación de técnicas a la consultante.

- Se logra estabilizar emocionalmente.
- Se logra reforzar e interiorizar su autoaceptación derribando estereotipos sociales y expectativas de cómo “debería” de ser una familia.
- Se logra la comprensión acerca de la influencia de las creencias, en emociones y conductas.

Bases teóricas de técnicas aplicadas.

Como apunta Marraud, “el diálogo socrático surge de una necesidad de clarificación conceptual y es una exploración conjunta del alcance de un concepto a partir de las experiencias de los participantes, que buscan así una definición satisfactoria” (2021).

La TREC recoge lo fundamental y positivo de las diferentes filosofías y corrientes teóricas, pero con una visión crítica que cuestiona los aspectos que considera inadecuados de cada una de ellas (Lega, Caballo y Ellis, 2008).

Sesión 3

Objetivos.

- Identificar ideas irracionales en su sistema de creencias
- Identificar consecuencias emocionales y conductuales de estas creencias

Técnicas aplicadas.

- Registro de pensamientos
- Diálogo socrático

Logros en la aplicación de técnicas a la consultante.

- Autoobservación con relación a sus ideas y cotejo con las ideas irracionales postuladas.
- Generación de toma de conciencia acerca de las consecuencias de estas ideas en su vida diaria.

Bases teóricas de técnicas aplicadas.

La TREC se basa en comprobar la validación empírica y lógica de las evaluaciones o valores personales, para ello el registro de pensamientos es una técnica que le permite al consultante llevar un análisis de los pensamientos más frecuentes y las emociones que acompañan dichos pensamientos (Lega, Caballo y Ellis, 2008).

Sesión 4

Objetivos.

- Poner en práctica modelo ABC Ampliado

Técnicas aplicadas.

- ABCDEFG

Logros en la aplicación de técnicas a la consultante.

- Se logra generar una reestructuración de creencias

Bases teóricas de técnicas aplicadas.

El modelo ABC no es tan solo un modelo psicopatológico, sino que también es una teoría de la personalidad o un modelo de funcionamiento. Parte de la premisa estoica (Epicteto, siglo I d.C.) de que “no nos perturban las cosas sino la interpretación que hacemos de ellas”. En el dicho popular sería algo así como “Todo depende del cristal o la lente con que se mire” (Lega, Caballo y Ellis, 2008).

Sesión 5

Objetivos.

- Poner en práctica modelo ABC ampliado indagando en creencias nucleares.

Técnicas aplicadas.

- Reestructuración cognitiva

Logros en la aplicación de técnicas a la consultante.

- Se logró identificar de manera más profunda las ideas nucleares o centrales que fueron detonantes de creencias intermedias y automáticas:

Se identificaron ideas nucleares negativas acerca de sí misma. Tal es así que, realizó la asociación del abuso sexual por parte de su padre, y la idea nuclear basada en que “mi cuerpo genera que los hombres quieran abusar de mi” esta idea central generó la emoción del asco y decepción de sí misma principalmente y detonó las conductas de autolesión a pesar de no tener una relación real y objetiva que genere consecuentemente el autolesionarse. Desde lo que se hace el señalamiento y se enfatiza que el cuerpo humano de una niña no causa la naturalización de conductas violentas en el entorno familiar y social.

- Manifestó también ideas intermedias asociadas a la creencia nuclear “Es una necesidad extrema del ser humano ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno” “Es terrible y catastrófico que las cosas no funcionen como a uno le gustaría”, etc.
- Además, de acuerdo con lo que manifestó se observaron ideas automáticas como “Nadie me quiere” “No tiene sentido la vida” “Siempre me va a ir mal”, y según manifestó la consultante, estas ideas se agudizaron cuando su pareja terminó la

relación con ella, tomando en cuenta que la falta de redes de apoyo (familiares y extrafamiliares) al inicio del tratamiento contribuyó al mantenimiento de estas ideas y conductas.

- Con el uso del ABCDEFG se resignó dichas creencias y la reestructuración cognitiva con ideas más funcionales que permitieron un respaldo personal constante.

Bases teóricas de técnicas aplicadas.

El objetivo de la TREC es ayudar a las personas a elaborar pensamientos más racionales y constructivos respecto a los acontecimientos. Establece que las personas no solo eligen activamente seguir y aferrarse a sus filosofías y comportamientos disfuncionales, sino que también pueden optar por un cambio en sus pensamientos, sentimientos y comportamientos si se les persuade y se les enseña cómo hacerlo (Ellis, 1986).

Sesión 6

Objetivos.

- Reestructurar sus ideas irracionales y desarrollar creencias racionales y funcionales
- Fortalecer la aceptación y valoración de sí misma

Técnicas aplicadas.

- Reestructuración cognitiva
- Autoaceptación incondicional
- Narrativa interna funcional
- Reflejo de emociones

Logros en la aplicación de técnicas a la consultante.

Idea distorsionada: “Si me visto con ropa apretada o me acerco mucho a un hombre va a ver mi cuerpo voluptuoso y este generará que abusen de mi” Se logró resignificar ideas distorsionadas mediante la refutación de las mismas, generando creencias entorno a que no es culpa de los cuerpos humanos el que se genere el abuso sexual, y se analizó la historia de vida del padre y como la violencia estuvo normalizada en su infancia, se observó la realidad de las diferentes historias de vida que han tenido los hombres y se concluye que no se puede generalizar, pues no se sabe cómo fue la construcción bio-psico-socio-histórico-cultural de los hombres y se asegura que también hay hombres que respetan y que no todos los que pasan junto a la consultante han abusado de ella, pues las personas estarían haciendo lo que está en sus manos con su propia vida, con las herramientas que han tenido y no todo lo que hacen o piensan es en relación a la consultante o en su contra.

Se orienta hacia la aceptación del pasado y que no es posible cambiarlo, pero si, aceptarse a sí misma incondicionalmente y brindarse así misma a partir de ahora el cuidado y protección que se requería en la infancia.

Se trabajó en el desarrollo del autoconocimiento y mediante la técnica del reflejo de sentimientos, se le mostró lo que refleja. Lo cual fue diferente a lo que podía observar de sí misma, además de fomentar la narrativa interna funcional, se logró el auto respaldo incondicional y palabras de aliento y motivación, haciéndose cargo de calmar sus emociones, mejorando su relación consigo misma.

Sesión 7

Objetivos.

- Evaluar avances
- Fomento de desarrollo de redes de apoyo

Técnicas aplicadas.

- Entrevista
- Role-play
- Fomento de redes de apoyo

Logros en la aplicación de técnicas a la consultante.

Mediante el role-play se logró observar la aplicación de las técnicas aprendidas por la consultante desde el rol de terapeuta: ayudó a generar insight acerca de ideas irracionales o distorsionadas y sus consecuencias en la vida, motiva al uso de la aceptación y el respaldo incondicional.

Fomentó el cambio de la narrativa interna a una funcional con la que se logró un respaldo y aliento constante. Impulsó al desarrollo del autoconocimiento y su importancia para el desarrollo de la autoestima.

Se logró la identificación de personas en quienes confiar y con quienes le gustaría fortalecer vínculos para el apoyo mutuo (familiares y extrafamiliares).

Bases teóricas de técnicas aplicadas.

El role-play fue creado por Moreno en 1946 como un tipo de psicoterapia que a través de la dramatización permite conocer de manera espontánea las reacciones de los consultantes ante diversas situaciones que le generan malestar y que son puestas en escena.

Sesión 8

Objetivos.

- Fomentar la toma de decisiones

Técnicas aplicadas:

- Toma de decisiones

Logros en la aplicación de técnicas a la consultante.

Se realizó señalamientos enfocados en la capacidad de toma de decisiones que ha tenido a lo largo de su vida al decidir estudiar, la persistencia y logro de objetivos con esfuerzo y valentía.

Cuando decidió salir de entornos en los que no se sentía respetada, momentos en los cuales también fue resiliente, valiente y decidida.

Se señaló la fortaleza que tuvo para cortar relaciones con amistades que no le sumaban y las acciones que tuvo que realizar para direccionar su vida, efectivamente la consultante es una mujer de acciones y elecciones y ella logró generar insight acerca de estas características y fortalezas de sí misma.

Frente a esto se realizó el plan de acción para lograr salir del lugar de residencia en el que vivía y del cual refirió que no estaba siendo respetada por su expareja, recalando que identificó que las discusiones con él solían ser factores detonadores de sus ideas suicidas.

Sesión 9

Objetivos.

- Fomentar uso de metacognición
- Aplicación de valores personales

Técnicas aplicadas.

- Clarificación de principios fundamentales
- Desarrollo de Metacognición

Logros en la aplicación de técnicas a la consultante.

Se realizó acompañamiento en la identificación de principios fundamentales y modos de vida que le han dado un propósito a su existencia. En relación con ello, la consultante logró identificar que su experiencia respecto al deseo de querer culminar con su vida pudo contribuir a que se haya planteado el cumplimiento de metas más trascendentes para contribuir a la sociedad, como por ejemplo la creación de contenido mediante podcasts y blogs en los que procuró compartir como su vida adquirió un significado distinto.

Se logró que la consultante pueda observar sus pensamientos como aspectos que no la definen, pero a los cuales ella si podía aceptar si le fuesen funcionales o resignificar si era necesario. Por ejemplo, refirió que los pensamientos relacionados al reproche sobre su cuerpo

han ido cambiando, su relación con la corporalidad está marcada de palabras más respetuosas consigo misma. “Mi cuerpo no es el culpable, merece respeto y cuidado”.

Sesión 10

Objetivos.

- Vincular principios y valores con acciones concretas
- Socializar pirámide de la realidad

Técnicas aplicadas.

- Ejercicio de principios fundamentales
- Pirámide de la realidad de la ACT

Logros en la aplicación de técnicas a la consultante.

Logró cumplir con la meta de construir un espacio de resiliencia y difusión de contenido, desarrolló podcast y blogs con los que logró expandirse y compartir su experiencia y las herramientas que le permitieron sostenerse, que serían de ayuda para quienes estuviesen en una situación similar y requieren sentirse acompañadas.

Se logró que la consultante identifique las áreas a las que debía ponerle atención para lograr la autorrealización y su autocuidado.

Bases teóricas de técnicas aplicadas.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, 1987) ve los pensamientos como conductas más que variables mediadoras que causan conductas. Argumenta que hay pensamientos, pero que no existen pruebas que causen conductas. Considera que los

pensamientos son reacciones naturales e inevitables del mundo, más que las causas de los trastornos clínicos. En lugar de cambiar los pensamientos, buscan que las personas los acepten como algo natural, fruto de su historia y de su herencia.

Sesión 11

Objetivos.

- Desarrollar habilidades de afrontamiento

Técnicas aplicadas.

- Habilidades de afrontamiento, Técnicas conductuales

Logros en la aplicación de técnicas a la consultante.

Mediante un plan de acciones, la consultante logró generar un plan A, B y C por si se diese el caso de que se presente una situación que pudiera generar una recaída o retroceso.

Sesión 12

Objetivos.

- Fortalecer la resiliencia emocional

Técnicas aplicadas.

- Ejercicios de resiliencia
- Técnicas de reestructuración cognitiva

Logros en la aplicación de técnicas a la consultante.

Refuerzo de uso de ABC ampliado para lograr emociones más asociadas a la realidad y con la metáfora de la nube de la experiencia emocional se logró generar una mejor relación con sus emociones permitiendo experimentarlas y que estas transiten de manera sana.

Sesión 13

Objetivos.

- Desarrollar plan de vida

Técnicas aplicadas.

- Plan de vida

Logros en la aplicación de técnicas a la consultante.

Se logró que la consultante pueda desarrollar su plan de vida: Iniciando por su autoconcepto, valores y principios fundamentales, misión de vida y establecimiento de metas y objetivos a corto, mediano y largo plazo.

Sesión 14

Objetivos.

- Evaluar progreso y ajustes

Técnicas aplicadas.

- Evaluación
- Retroalimentación

Logros en la aplicación de técnicas a la consultante.

Se realizó una evaluación de los objetivos terapéuticos, la consultante manifestó que ahora tiene herramientas para no hacerse daño a sí misma refirió “Ahora más bien deseo cuidarme y ponerme primero a mí, segundo a mí y en tercer lugar a mi” y que ya no alimenta ideas autolíticas, manifestó que ahora el amor hacia sí misma ha aumentado y las estrategias de autocuidado le están permitiendo sostener una vida más tranquila.

La consultante logró salir de casa de su expareja y conseguir trabajo. Además, se encuentra estudiando una segunda carrera universitaria por lo tanto refiere que: “ahora soy una persona autónoma y poco a poco trabajaré para no depender de nadie, aunque sé que es importante cuidar de mi red de apoyo”.

La consultante ahora se da cuenta de su avance, de cómo la interiorización de las herramientas obtenidas le han permitido tener una mejor calidad de vida.

Sesión 15

Objetivos.

- Consolidar logros
- Generar alta

Técnicas aplicadas.

- Resumen del tratamiento
- Plan de mantenimiento
- Evaluación

Resultados Obtenidos.

Logros en la aplicación de técnicas a la consultante.

Se logró funcionalidad en la consultante y encaminarla en el proceso de autorrealización además de que la consultante pueda consolidar y cristalizar conocimientos en relación con las técnicas trabajadas además de visualizar en una línea del tiempo su proceso, así como observar los resultados de los posts test aplicados:

Escala de riesgo suicida de Plutchik: Sin riesgo suicida

Inventario de Depresión de Beck II: 13 Mínima depresión.

Construcción de evidencias.

Tabla 1. BDI II

Ítem del BDI-II	Pre-Test (02/01/2024)	Variable experimental	Post Test (01/05/2024)
1. Tristeza	3	X	0
2. Pesimismo	3	X	1
3. Sentimientos de Fracaso	3	X	1
4. Pérdida de Placer	2	X	1
5. Sentimientos de Culpa	3	X	1
6. Sentimientos de Castigo	1	X	0

7. Disconformidad con uno mismo	3	X	1
8. Autocrítica	3	X	1
9. Pensamientos Suicidas	1	X	0
10. Llanto	3	X	1
11. Irritabilidad	3	X	1
12. Pérdida de Interés	3	X	1
13. Indecisión	3	X	0
14. Inutilidad	2	X	0
15. Pérdida de Energía	3	X	0
16. Cambios en el Sueño	3	X	1
17. Irritabilidad	3	X	1
18. Cambios en el Apetito	3	X	0
19. Dificultad para Concentrarse	3	X	2
20. Cansancio o Fatiga	3	X	0
21. Pérdida de Interés en el Sexo	3	X	0
Puntaje Total	57		13

Tabla 2. PLUTCHIK

Tabla de resultados de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)			
Ítem	Pre-Test (02/01/2024)	Variable experimental	Post Test (01/05/2024)
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	No	X	No
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	Sí	X	No
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	No	X	No
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	No	X	Sí
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	No	X	No
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	Sí	X	Sí
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	No	X	No
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	Sí	X	No
9. ¿Está deprimido/a ahora?	Sí	X	No
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	Sí	X	No

11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	No	X	No
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	No	X	No
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	Sí	X	Sí
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	No	X	No
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	No	X	No
Puntuación total	6		3

En la evaluación pretest, la consultante presentaba un alto nivel de depresión y un riesgo medio de suicidio, ya que según los criterios de Interpretación del BDI se encontraba en la categoría de depresión grave con 57 puntos y en la escala de riesgo suicida de Plutchik puntuaba en riesgo medio con 6 puntos.

Después de la intervención redujo sus niveles de depresión y de riesgo suicida, puntuando en la evaluación post test en la escala BDI 13 puntos y Plutchik 3 puntos.

En lo que respecta a la comparativa por medio de la entrevista clínica inicial, la consultante llegó con un discurso antidiscriminatorio, pesimismo y rechazo hacia sí mismo, con sentimientos de culpa y minusvalía detallados en discursos como “siento asco de mi propio cuerpo por lo que me pasó y que me ha hecho sentir que no debo seguir viva, ya no me quiero sentir de esta forma”.

Al finalizar la intervención el discurso de la consultante se orientó hacia diálogos más funcionales consigo misma, una reestructuración en sus esquemas de vida y una construcción más clara de su plan de vida. Un ejemplo de ello es lo mencionado al final de la intervención “ahora soy una persona autónoma y poco a poco trabajaré para no depender de nadie, y lo puedo lograr cuidando también de mi red de apoyo”.

Actualmente, la consultante está dada de alta. Se realizará una entrevista clínica de seguimiento dentro de un mes.

Formulación de Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

Los cambios cuantitativos se reflejan en las evaluaciones pretest y post test, al inicio del proceso en la escala de Plutchik: 6 Riesgo medio y el Inventario de Depresión de Beck: 57 Depresión grave. Al finalizar el proceso se obtuvieron los siguientes resultados, Escala de Riesgo Suicida Plutchik: 3 Sin riesgo suicida, Inventario de Depresión de Beck II: 13 Mínima depresión; Por cuanto se evidencia mediante la aplicación de dichos reactivos psicométricos que la magnitud del cambio ha sido significativa.

En lo que respecta a cambios cualitativos, al iniciar el proceso terapéutico la consultante solicita apoyo emocional y orientación en el desarrollo de herramientas para afrontar ideas suicidas y lograr autonomía. Al finalizar la intervención la consultante muestra un cambio de constructos en los cuales se auto situaba como “disfuncional” a un rango “funcional” pues logra insertarse y desenvolverse de manera óptima en el ámbito laboral, educativo, familiar y social, logrando su funcionalidad desde su individualidad pues construye una relación más saludable y respetuosa consigo misma.

Lo que evidenció que en proceso de intervención el enfoque utilizado ha sido muy valioso en el proceso de cambio, la Terapia Racional Emotiva Conductual permitió en la consultante un cambio profundo en su vida, más allá de la remisión de sus síntomas, le brindó la oportunidad de construir mayor autonomía y fortalecer sus redes de apoyo.

De esta manera se puede evidenciar que frente al riesgo suicida es sustancialmente importante tomar en cuenta la periodicidad de las terapias pues se requiere que en un inicio las atenciones sean más frecuentes, se recomienda dos sesiones por semana, hasta disminuir los síntomas con técnicas de restablecimiento emocional, contención emocional y desarrollo del rapport con la construcción de una sólida alianza terapéutica.

Se evidenció además la efectividad del uso de la TREC para la reestructuración de ideas centrales que generan emociones y consecuencias que generan autosabotaje. El uso del ABC ampliado es fundamental para la resignificación de creencias nucleares y la eliminación o disminución progresiva de las creencias intermedias y pensamientos automáticos.

Siguiendo esta misma línea de ideas, en lo que respecta a la reformular las creencias distorsionadas o ideas irracionales asociadas al deseo de controlarlo todo es efectivo el uso de la aceptación radical de la ACT como herramienta de apoyo a la TREC. Por ejemplo, utilizando la técnica de la “Pirámide de la realidad” de la ACT, pues ayuda como guía en la identificación de ámbitos y áreas a las que se requiere poner atención.

Por otro lado, la narrativa interna ha jugado un rol fundamental para mantener creencias irracionales y distorsiones cognitivas, ya que es muy útil fomentar el diálogo para que la persona logre aclarar las palabras que usa en su narrativa interna y que se enfoquen en el respaldo y aceptación incondicional de sí misma, y para direccionar el pensamiento hacia ideas de aliento, motivación e identificación de metas más trascendentes.

Este estudio permite visibilizar la importancia de la lección o direccionamiento hacia enfoques terapéuticos eficaces: La TREC, ha demostrado su efectividad al reestructurar creencias irracionales y reducir el autosabotaje, se recomienda usarlo junto a técnicas de aceptación radical de la ACT, para manejar expectativas, deseos de control y promover una mayor aceptación personal.

La evaluación periódica permite identificar señales de alerta o de avance mediante una intervención ética y basada en evidencias sólidas. Así como, la planificación de contingencias podría ser crucial especialmente en casos de riesgo suicida, esto implica identificar señales de alerta, y desarrollar en la consultante estrategias específicas para manejar crisis potenciales.

Adicional a ello, el desarrollo de un plan de vida en las últimas sesiones permite al consultante tener un norte y saber hacia dónde dirigirse. De igual manera, el desarrollo de un plan de contingencias permite, en estos casos de riesgo suicida, anticiparse al desarrollo de un plan de acción para saber cómo afrontar situaciones que podrían generar riesgo de retroceso.

Finalmente, la evaluación periódica del proceso terapéutico permite verificar los avances y requerimientos para dirigir el proceso, así si se requiere reajustar o replantearse los objetivos terapéuticos pueden realizarse a tiempo, procurando realizar una intervención ética y basada en las evidencias. Por ende, el presente estudio brinda un aporte significativo al desarrollo de la Psicoterapia en el país.

Recomendaciones

El acceso y adherencia al proceso de atención psicoterapéutica es fundamental que personas que enfrentan problemas asociados a la depresión con ideas suicidas tengan la voluntad para iniciar un proceso de atención psicológica continuo, la relevancia de este estudio de caso se basa en la importancia de iniciar con sesiones psicoterapéuticas más

frecuentes durante las primeras semanas con el objetivo de restablecer estados emocionales para prevenir conductas que podrían ser de alto riesgo.

El presente estudio permitió visualizar la relevancia de la narrativa interna y la autoaceptación mediante el fomento de un dialogo interno funcional y que generó la identificación de metas que permitieron el desarrollo intrapersonal junto con el fomento de habilidades interpersonales para una mejor adaptación y elección de entornos saludables.

Finalmente, promover la concientización entorno a la importancia de la salud mental y el acceso a servicios de salud efectivos enfocados en la necesidad del consultante puede reducir los porcentajes asociados al suicidio y depresión, en la población de Quito, Ecuador.

Referencias Bibliográficas

Aguiñaga, A. y Ramírez, R. (2006). Relación del abuso sexual con el intento suicida en estudiantes de educación media y media superior.

http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_aneel_aracely.pdf

Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). Depression: Causes and Treatment. University of Pennsylvania Press.

Chóliz, M. (1995): A breathing-retraining procedure in the treatment of sleep-onset insomnia: theoretical basis and experimental findings. *Perceptual and Motor Skills*, 80, 507-513.

Cid, M. Carvajal, A y Freiria, M. (2008). Entrevista Clínica: Modelos Teóricos y un poco de práctica.

https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL15/PDF%20WEB%20VOL15%20N2/07_Habi_Terap_B.pdf

Courtois, C.A. y Ford, J.D. (2009). Treating complex traumatic stress disorders (adults). Scientific foundations for therapeutic models. An evidence-based guide (pp. 13-30). New York, NY, US: Guilford Press.

Defensoría del Pueblo. (2023). Más de 52 mil casos de violencia sexual en contra de niños, niñas y adolescentes (nna), entre enero de 2018 y junio de 2023, y solo un 4,15 % han recibido sentencia. <https://www.dpe.gob.ec/mas-de-52-mil-casos-de-violencia-sexual-en-contra-de-ninos-ninas-y-adolescentes-nna-entre-enero-de-2018-y-junio-de-2023-y-solo-un-415-han-recibido-sentencia/>

Ellis, A. y Grieger, R. (1900). Manual de Terapia Racional Emotiva.

<https://tuvntana.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/06/ellis-manual-de-terapia-racional-emotiva-vol-ii.pdf>

Lega, L., Caballo, V. E., y Ellis, A. (2008). Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual (3.ª edición). México, D. F.: Siglo XXI.

Marraud, H. (2021). La complejidad de los diálogos y las estructuras argumentativas.

Montiel, V y Guerra, V (2016). Aproximaciones teóricas sobre Psicoeducación.

Análisis de su aplicación en mujeres con cáncer de mama.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-01372016000200324#:~:text=Se%20basa%20en%20el%20entrenamiento,complicaciones%20f%C3%ADsicas%20de%20los%20tratamientos.)

[01372016000200324#:~:text=Se%20basa%20en%20el%20entrenamiento,complicaciones%20f%C3%ADsicas%20de%20los%20tratamientos.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-01372016000200324#:~:text=Se%20basa%20en%20el%20entrenamiento,complicaciones%20f%C3%ADsicas%20de%20los%20tratamientos.)

Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: OMS.

Villanueva, I. (2012). Factores de Riesgo para el abuso sexual intrafamiliar-incesto.

[file:///C:/Users/DELL/Downloads/ojsadmin,+Gestor a+de+la+revista,+2.pdf](file:///C:/Users/DELL/Downloads/ojsadmin,+Gestor+a+de+la+revista,+2.pdf)

Anexos

Anexo 1. Pretest BDI II

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: [REDACTED] Estado Civil: SOLTERA Edad: 25 Sexo: F
Ocupación: ESTUDIANTE Educación: [REDACTED] Fecha: 01-01-2024

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

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

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

10. Llanto

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

11. Agitación

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

12. Pérdida de Interés

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

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de Energía

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

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
2a. Duermo mucho más que lo habitual.
2b. Duermo mucho menos que lo habitual
3ª. **Duermo la mayor parte del día**
3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
1 Estoy más irritable que lo habitual.
2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3 **Estoy irritable todo el tiempo.**

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
3ª. **No tengo apetito en absoluto.**
3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3 **Encuentro que no puedo concentrarme en nada.**

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3 **Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.**

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3 **He perdido completamente el interés en el sexo.**

Puntaje Total: 57

Anexo 2. BDI II Post Test

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: [REDACTED] Estado Civil: SOLTERA Edad: 25 Sexo: F
Ocupación: [REDACTED] Educación: [REDACTED] Fecha: 01-05-2024

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
1 Me siento triste gran parte del tiempo
2 Me siento triste todo el tiempo.
3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2 No espero que las cosas funcionen para mí.
3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado.
1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1 He perdido la confianza en mí mismo.
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

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

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

10. Llanto

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

11. Agitación

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

12. Pérdida de Interés

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

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

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

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

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

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.


21. Pérdida de Interés en el Sexo

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

- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: 13

Anexo 3. Pre-Test-Escala de riesgo suicida Plutchik



Ministerio de Salud Pública

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

Nombre completo: ██████████ N° HCL

Fecha de aplicación: 01-01-2024

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


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

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

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

1

Anexo 4. Post Test-Escala de Riesgo Suicida Plutchik



Ministerio de Salud Pública

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

Nombre completo: ██████████ N° HCL

Fecha de aplicación: 01-05-2024

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

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

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

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

1