

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS
DE LA COMUNICACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



PERFIL PSICOPATOLÓGICO DE LAS ADOLESCENTES CON
INTENTO DE SUICIDIO INTERNADAS EN EL HOSPITAL III
GOYENECHÉ DEL 2018 AL 2019

Tesis presentada por las bachilleres:

CONDORI MEJIA, MARYORI GIANELLA
DEL CARPIO MOTTA, WENDY ELENA

Para optar el Título Profesional de Psicólogas

Asesora:

Dra. MARÍA ELENA ROJAS ZEGARRA

AREQUIPA – PERÚ

2019

El suicido varia en proporción inversa al grado de integración de los grupos sociales a los que pertenece el individuo.

Emile Durkheim

DEDICATORIA

*A mis padres, quienes me brindan su apoyo
incondicional en cada meta trazada.*

*A mi hermana por su comprensión y palabras
de aliento. Son el pilar de mi vida.*

Maryori Gianella Condori Mejía

*A mi familia, por enseñarme que incluso el
reto más grande se logra, si se hace un paso
a la vez, y para aquellos que jamás nos
dejan.*

Wendy Elena Del Carpio Motta

AGRADECIMIENTOS

A nuestra *alma mater* la Universidad Nacional de San Agustín, a la Escuela Profesional de Psicología, por brindarnos nuevos conocimientos y aportar en nuestra formación profesional.

A nuestra asesora, la Dr. María Elena Rojas Zegarra, por aceptarnos para realizar esta investigación bajo su guía. Su apoyo y confianza en nuestro trabajo y su capacidad para guiar nuestras ideas ha sido un aporte invaluable, no solo en el desarrollo de esta tesis, sino también en nuestra formación profesional.

A los profesionales del Servicio de Salud Mental del Hospital III Goyeneche, por la apertura a una nueva forma de investigación, ya que sin su dirección y conocimientos no hubiera sido posible el desarrollo de este estudio. Los psicólogos Franklin Riveros, Karolina Zegarra y Aldo Gamero; y a los médicos psiquiatras Julio Velazco, Mauricio Benavente y Juan Zevallos.

PRESENTACIÓN

**SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE
AREQUIPA**

**SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES
INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN**

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR

Tenemos el agrado de dirigirnos a ustedes con el propósito de poner a su consideración el presente trabajo de Tesis titulado: **“PERFIL PSICOPATOLÓGICO DE LAS ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO INTERNADAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DEL 2018 AL 2019”**, con el cual pretendemos obtener el Título Profesional de Psicólogas.

Esperando que la presente investigación contribuya al conocimiento de nuestra ciencia acerca de las formas de intervención por parte del psicólogo en el ámbito clínico, de igual que contribuya con la realización de nuevas investigaciones relacionadas a la intervención, tratamiento y prevención del intento de suicidio.

Arequipa, 23 de diciembre del 2019

Las Bachilleres:

Maryori Gianella Condori Mejía

Wendy Elena Del Carpio Motta

RESUMEN

El suicidio en adolescentes va en aumento en nuestro país, durante el año 2019 se han registrado más de 100 casos. En ese sentido, la presente investigación pretende elaborar un perfil psicopatológico de las adolescentes con intento de suicidio internadas en el Hospital III Goyeneche de marzo del 2018 a mayo del 2019. Se utilizó el enfoque mixto con un diseño de ejecución concurrente. Se seleccionó a 10 adolescentes mujeres con edades comprendidas entre los 14 a 17 años de edad, internadas por intento de suicidio. La técnica de muestreo empleada fue no probabilístico intencional. Para la recolección de datos los instrumentos utilizados son: test neuropsicológico NEUROPSI, test psicométrico MACI Inventario Clínico de Personalidad de Millón, Cuestionario de Habilidades Sociales y una entrevista abierta adaptada para pacientes con intento de suicidio. Se logró establecer un perfil psicopatológico de las adolescentes con intento de suicidio considerando la edad, educación, religión y residencia, asimismo, se ha identificado un patrón de actos como horario, lugar e instrumento más empleado para llevar a cabo el suicidio. Se ha identificado que las funciones cognitivas se encuentran en un nivel normal (orientación, atención, concentración y memoria), excepto las funciones ejecutivas que se ubican en un nivel promedio bajo. Las características de personalidad que evidencian, son pensamientos negativos, desvalorización sobre sí misma, percepción negativa hacia la familia, dificultad para adaptarse a situaciones sociales y mantienen conductas de riesgos. Las habilidades sociales que muestran se relacionan con la dificultad para expresar lo que piensan y sienten de manera asertiva, asimismo, no meditan sobre las consecuencias sus actos. Finalmente, sobre los aspectos del desarrollo de las adolescentes provienen de hogares disfuncionales, con antecedentes de abuso y maltrato.

PALABRAS CLAVES: Perfil, perfil psicopatológico, adolescencia, intento de autolisis

ABSTRACT

Suicide in adolescents is increasing in our country, during the year 2019 there have been more than 100 cases. In this sense, the present investigation intends to elaborate a psychopathological profile of adolescent girls with attempted suicide committed in Hospital III Goyeneche from March 2018 to May 2019. The mixed approach was used with a concurrent execution design. Ten adolescent women with ages ranging from 14 to 17 years of age, hospitalized for attempted suicide were selected. The sampling technique used was not intentional probabilistic. For the data collection the instruments used are: NEUROPSI neuropsychological test, MACI psychometric test, Million Personality Clinical Inventory, Social Skills Questionnaire and an open interview adapted for patients with suicide attempts. It was possible to establish a psychopathological profile of adolescent girls with suicide attempts considering age, education, religion and residence. Likewise, a pattern of acts has been identified as the schedule, place and instrument most used to carry out suicide. It has been identified that cognitive functions are at a normal level (orientation, attention, concentration and memory), except for executive functions that are located at a low average level. The personality characteristics that they show are negative thoughts, devaluation of oneself, negative perception towards the family, difficulty adapting to social situations and maintaining risk behaviors. The social skills they show are related to the difficulty in expressing what they think and feel assertively, and they do not meditate on the consequences of their actions. Finally, the aspects of adolescent development come from dysfunctional homes, with a history of abuse and abuse.

KEY WORDS: Profile, psychopathological profile, adolescence, attempted autolysis

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO I.....	16
PROBLEMA DE ESTUDIO.....	16
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
2. OBJETIVOS.....	20
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	21
4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	22
5. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	24
6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	26
7. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	26
CAPÍTULO II	28
REVISIÓN DE LA LITERATURA	28
2.1 BASES TEÓRICAS.....	28
2.1.1 Normalidad y Anormalidad en la Adolescencia.....	28
2.1.2 Modelo Teórico de la Psicopatología Evolutiva.....	31
2.1.3 Identificación de la Psicopatología del Comportamiento.....	33
2.1.4 Orígenes de los Sistemas de Clasificación	34
2.1.5 Perfil Psicopatológico.....	37
2.1.6 Métodos de Investigación para la elaboración de un Perfil Psicopatológico.....	39
2.1.7 Criterios para el análisis del Perfil Psicopatológico	40
2.2 INTENTO DE SUICIDIO	42
2.2.1 Teorías del Suicidio	42
2.2.2 Clasificación del Riesgo Suicida	45

2.2.3	Fases del Proceso Suicida.....	45
2.2.4	Epidemiología de la Conducta Suicida.....	46
2.2.5	Prevalencia del Intento de Suicidio en el Perú	47
2.2.6	Factores asociados con la Conducta Suicida	47
2.2.7	Tipos de Conducta Suicida	49
2.2.8	Métodos utilizados.....	50
2.2.9	Variantes de la Conducta Suicida.....	51
2.3	PSICOPATOLOGÍA EN LA ADOLESCENCIA	54
2.3.1	Etapas de la Adolescencia	54
2.3.2	Depresión.....	57
2.3.3	Ansiedad	59
2.3.4	Trastornos de Conducta	60
2.3.5	Trastorno Negativista Desafiante	60
2.3.6	Trastorno Explosivo Intermitente.....	61
2.3.7	Personalidad Anti Social	62
CAPÍTULO III		63
METODOLOGÍA		63
1.	TIPO, DISEÑO Y MÉTODO.....	63
	Tipo de Investigación.....	63
	Diseño de Investigación	64
	Método	64
2.	SUJETOS	65
	Criterios de Inclusión.....	65
	Criterios de Exclusión.....	65
3.	INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS	69
3.1	TEST NEUROPSICOLÓGICO: NEUROPSI ATENCIÓN Y MEMORIA 6 A 85 AÑOS.....	69

3.2 TEST PSICOMÉTRICO MACI INVENTARIO CLÍNICO DE PERSONALIDAD DE MILLON	71
3.3 CUESTIONARIO DE HABILIDADES SOCIALES	72
3.4 ENTREVISTA	73
4. PROCEDIMIENTO	75
CAPÍTULO IV	76
RESULTADOS	76
DISCUSIÓN.....	89
CONCLUSIONES	92
RECOMENDACIONES	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS.....	100

LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Operalización de las Variables	21
Tabla 2. Caracterización de la Muestra	67
Tabla 3. Contexto del Intento de Suicidio	68
Tabla 4. Casos referidos a la Unidad de Protección Especial.....	69
Tabla 5. Características de la Personalidad de las adolescentes mujeres con Intento de Suicidio.....	77
Tabla 6. Aspectos Personales de la vida de las adolescentes mujeres con Intento de Suicidio.....	80
Gráfica 1. Niveles de los Procesos Cognitivos de las adolescentes mujeres con Intento de Suicidio.....	76
Gráfica 2. Niveles de las Habilidades Sociales de las adolescentes mujeres con Intento de Suicidio.....	78

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado para padres de familia	101
Anexo B. Hoja de resumen del Test Neuropsicológico: Neuropsi atención y memoria 6 a 85 años.....	104
Anexo C. Hoja de respuestas del Test psicométrico Maci Inventario Clínico De Personalidad de Millon.....	105
Anexo D. Cuestionario de Habilidades Sociales	106
Anexo E. Entrevista para adolescentes con diagnóstico de Intento de Autolisis	108
Anexo F. Formato de validación del instrumento según el Criterio de Expertos.....	117

INTRODUCCIÓN

En la etapa de la adolescencia, hablamos del desarrollo de la personalidad incluyendo el surgimiento del sentido de identidad, modulación de los afectos, forma de pensamientos y relación con el mundo externo. La experiencia del individuo de su propia identidad es descrita en términos de su sentido de diferenciación e individualización con respecto a los demás, las mismas que son elaboradas conforme el niño crece, e impactan de manera significativa en su vida mental y relaciones con otros, han descrito la habilidad de los niños para formular y actuar sobre su concepto acerca de las ideas, creencias, sentimientos y planes de los demás (Kernberg, 2002).

La familia cumple un rol principal en lo descrito anteriormente, ya que es un sistema relacional por excelencia, la importancia de esta en el mundo actual radica en que de ella depende la fijación de las aspiraciones, valores y motivaciones de los individuos y en que, por otra parte, resulta responsable, en gran medida, de su estabilidad emocional, tanto en la infancia como en la vida adulta (Flaquer, 1998). La familia posibilita el proceso de desarrollo de las habilidades sociales en sus hijos mediante diversos mecanismos y estrategias, donde juega un papel esencial el ambiente presente en el núcleo familiar (Miranda, 2013).

El Intento de Suicidio es un problema de salud pública, el MINSA informó que dispone de centros de salud, centros de salud mental comunitarios y hospitales con personal de salud mental y profesionales de la salud para la identificación, tratamiento y seguimiento de dichos casos (MINSA, 2018).

En nuestro país no se ejecuta programas de intervención, porque no se cuenta con el apoyo económico debido, no están adecuados a nuestra realidad, la falta de capacitación

constante a los profesionales de la salud, son algunos de los problemas que se pueden observar.

Las adolescentes que han intentado suicidarse han expresado muchas veces, “Quería morirme”, “Pensaba varias veces en morirme”, “Soy una carga para mi familia”, “No les gusta mi manera de ser”, “No salgo de mi cuarto”, “Me siento sola”, “Me insultan”, ¿es común escuchar a una adolescente decir esto? ¿Qué realidad atraviesan? ¿Dónde están sus padres?, precisamente esta investigación pretende abordar esta problemática pretendiendo elaborar un perfil psicopatológico de las adolescentes que han intentado suicidarse, con ello, se tiene el interés de lograr una mejor concientización de las variables que intervienen previamente el acto suicida y principalmente iniciar una línea de investigación que mejore las acciones preventivas y de intervención.

Se trabajará en el Hospital III Goyeneche, considerado como uno de los nosocomios con mayor demanda en el sur del país. Otro motivo que nos conlleva a realizar este trabajo son cifras encontradas de actos de suicidio e intento de suicidio en adolescentes de la ciudad Arequipa, así como el incremento de problemas psicosociales en esta etapa de vida.

Se intentará generar un aporte científico para el área de psicología clínica con el diseño de una entrevista abierta para pacientes que han intentado suicidarse, así como, facilitar evidencia de los instrumentos que pueden ser pertinente para la evaluación psicológica de los procesos cognitivos, personalidad y habilidades sociales.

En el Capítulo I se expondrá de manera relevante datos fundamentales del problema así como su viabilidad, antecedentes de investigación; el Capítulo II da alcances teóricos sobre Perfil Psicopatológico, Intento de Suicidio, Adolescencia y Psicopatología del adolescente; en el Capítulo III se describe la metodología, caracterización de la

muestra, instrumentos utilizados, y en el último capítulo se realizará el análisis e interpretación de los resultados acompañado de las conclusiones y recomendaciones, respectivamente.

LAS AUTORAS

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos y psicológicos (OMS, 2019). En el Perú, bajo Resolución Ministerial N° 538; se crea las Etapas de Vida y se resuelve adecuar la atención integral tal como fue definida en el año 2003 para cumplir con la atención primaria, definiendo a la población adolescente como aquella comprendida entre los 12 y 17 años, 11 meses y 29 días en concordancia con la Convención de los Derechos del Niño y el Código del Niño y del Adolescente vigente en el nuestro país (Ministerio de Salud, 2009).

Hay múltiples factores determinantes de la Salud Mental del adolescente en cualquier momento. Cuantos más sean los factores de riesgo a los que estén expuestos los adolescentes, mayor serán las posibles repercusiones en su Salud Mental. Entre los factores que pueden contribuir al estrés durante la adolescencia están el deseo de una mayor autonomía, la presión para amoldarse a los compañeros, la exploración de la identidad sexual y un mayor acceso y uso de la tecnología. La influencia de los medios y las normas de género pueden exacerbar la disparidad entre la realidad vivida por el adolescente y sus percepciones o aspiraciones para el futuro. Otros

determinantes importantes de la Salud Mental de los adolescentes son la calidad de su vida hogareña y sus relaciones con sus pares. La violencia (incluidos los malos tratos y la intimidación) y los problemas socioeconómicos son riesgos reconocidos para la Salud Mental. Los niños y adolescentes son especialmente vulnerables a la violencia sexual, que tiene claros efectos perjudiciales en la Salud Mental (OMS, 2019).

Se estima que 62 000 adolescentes murieron en 2016 como resultado de autolesiones. El suicidio es la tercera causa de muerte en adolescentes mayores (15-19 años). Casi el 90% de los adolescentes del mundo viven en países de ingresos bajos o medianos, pero más del 90% de los suicidios de adolescentes se encuentran entre los adolescentes que viven en esos países. Los intentos de suicidio pueden ser impulsivos o estar asociados con un sentimiento de desesperanza o soledad. Los factores de riesgo para el suicidio son multifacéticos, incluyendo el uso nocivo del alcohol, el abuso en la niñez, el estigma en contra de la búsqueda de ayuda, las barreras para acceder a la atención y el acceso a los medios. La comunicación a través de los medios digitales sobre el comportamiento suicida es una preocupación emergente para este grupo de edad. (OMS, 2019).

Sin embargo, como el suicidio es un asunto delicado, incluso ilegal en algunos países, muy probablemente haya sub-notificación. En los países con buenos datos de registro civil, el suicidio puede estar mal clasificado como muerte por accidente o por otra causa. El registro de un suicidio es un procedimiento complicado que involucra a varias autoridades diferentes, incluso a menudo a la policía. En los países sin registro fiable de las muertes, los suicidios ni se cuentan (OMS, 2014). En nuestro país, hablando exclusivamente de intentos de suicidio no se tiene un registro formal, ya que no todos los casos llegan a un establecimiento, algunos son atendidos en casa y otros

de manera particular. Cabe señalar que, aproximadamente, 4 de cada 10 muertes por suicidio no se registran (MINSA, 2018)

En nuestro país, el número total de suicidios se redujo en los últimos años, pero la tasa en niños y adolescentes pasó a representar el 10%, en el 2009, al 12%, en el 2010. El Ministerio de Salud registró hasta setiembre del 2018 un total de 1384 intentos de suicidio, según reportes de sus establecimientos de salud a nivel nacional. La cifra, que significa en promedio que seis peruanos intentan terminar con su vida cada día, hace que los suicidios se conviertan en un problema de Salud Pública (La Republica, 2018), no se especifica de que edades son los pacientes u otras características demográficas. Según la información obtenida del Sistema Informático Nacional de Defunciones, en la ciudad de Arequipa se registró 574 casos en el año 2018, y en lo que va del año 2019, 240 casos en adolescentes. Para el director del complejo hospitalario Moisés Heresi, José Alvarado Aco, el suicidio es una amenaza de Salud Pública en Arequipa, muestra de ello, las últimas muertes por autoeliminación que ocurrieron en la ciudad, también los intentos de suicidio, pacientes que fueron salvados en los hospitales de la ciudad. En dichos establecimientos se atiende un promedio de un enfermo por día, en la mayoría de casos se salvan. (La Republica, 2018). En nuestra ciudad, específicamente en el Hospital III Goyeneche, según la investigación “Frecuencias y características sociodemográficas del Intento de Suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital III Goyeneche de Arequipa entre los años 2013 al 2017”, durante los años descritos la frecuencia del intento de suicidio en adolescentes es de 164 pacientes atendidos, siendo de sexo femenino 112 y masculino 52 pacientes atendidos en dicho Nosocomio. (Puma, 2018).

Las intervenciones para promover la Salud Mental de los adolescentes apuntan a fortalecer los factores de protección y mejorar las alternativas a los comportamientos de riesgo. La promoción de la Salud Mental y el bienestar ayuda a los adolescentes a desarrollar la resiliencia para que puedan sobrellevar bien las situaciones difíciles o las adversidades. Los programas de promoción para todos los adolescentes y los programas de prevención para adolescentes en riesgo de problemas de Salud Mental requieren un enfoque multinivel con plataformas de entrega variadas, por ejemplo, medios digitales, entornos de atención médica o social, escuelas o la comunidad. Las consecuencias de no abordar los trastornos mentales de los adolescentes se extienden a la edad adulta, lo que afecta la salud física y mental y limita las oportunidades de llevar una vida satisfactoria como adultos (OMS, 2019). En nuestro país no se ejecuta programas de intervención, porque no se cuenta con el apoyo económico debido, y no están adecuados a nuestra realidad.

La presente investigación consideró un diseño de ejecución concurrente, se realizó la evaluación de diez adolescentes internadas por intento de suicidio en el Hospital III Goyeneche desde el mes de marzo del 2018 al mes de mayo del 2019, donde se analizó y estudió pruebas psicométricas y entrevista a profundidad con la finalidad de obtener un perfil psicopatológico del adolescente con intento de suicidio. Es por esto que nos hicimos la siguiente pregunta: ¿Cuál es el perfil psicopatológico de las adolescentes con intento de suicidio en el Hospital III Goyeneche de marzo del 2018 a mayo del 2019?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar un perfil psicopatológico de las adolescentes con intento de suicidio internadas en el Hospital III Goyeneche de marzo del 2018 a mayo del 2019.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Identificar los procesos cognitivos de las adolescentes con intento de suicidio internadas en el Hospital III Goyeneche de marzo del 2018 a mayo del 2019.
- b. Describir las características de personalidad y los síndromes clínicos de las adolescentes con intento de suicidio internadas en el Hospital III Goyeneche de marzo del 2018 a mayo del 2019.
- c. Evaluar las habilidades sociales de las adolescentes con intento de suicidio internadas en el Hospital III Goyeneche de marzo del 2018 a mayo del 2019.
- d. Conocer los diversos aspectos del desarrollo de las adolescentes con intento de suicidio internadas en el Hospital III Goyeneche de marzo del 2018 a mayo del 2019.

3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 1. Operalización de las Variables

Variables	Indicadores	Valor final	Tipo de variable
Variables Cuantitativas			
Procesos Cognitivos Son la vía a través de la cual se adquiere el conocimiento. Por tanto, son las habilidades mentales que el ser humano necesariamente, desarrolla al realizar cualquier actividad (Teulé, 2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación • Atención y Concentración • Memoria • Funciones Ejecutivas 	Normal alto Normal Leve a moderado Severo	Ordinal
Características de Personalidad Es la estructura dinámica que tiene un individuo en particular, pueden ser psicológicas, conductuales, emocionales y sociales (Seelbach, 2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Escalas de prototipos de personalidad • Preocupaciones expresadas • Síndromes clínicos 	Alto Medio Bajo	Ordinal
Habilidades Sociales Conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación (MINSA, 2005)	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima • Asertividad • Comunicación • Toma de Decisiones 	Muy Alto Alto Promedio Alto Promedio Promedio Bajo	Ordinal
Variables Cualitativas			
Aspectos del desarrollo Abarca tanto a la maduración en los aspectos físicos, cognitivos, lingüísticos, socio afectivos y temperamentales como el desarrollo de la motricidad fina y gruesa (OMS, 2019)	<ul style="list-style-type: none"> • Personal • Familiar • Educación • Relaciones Personales 	Criterios de diagnostico	Cualitativo Análisis idiográfico

4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El estudio científico del comportamiento suicida en Perú, así como la creación de actividades dirigidas a este tipo de conductas, se iniciaron en 1994 ¿Cómo han evolucionado? (Valdivia, 2014). Debiendo tenerse en cuenta aquellos casos de muertes autoinflingidas no reportados por familias o el sector de salud, así mismo aquellos casos registrados de manera errónea, sin reflejar la magnitud de la problemática descrita. Las cifras limitadas que se describieron anteriormente demuestra la importancia de realizar estudios a fondo de los orígenes, causas y consecuencias del intento de suicidio en la población adolescente, ya que es un periodo de crisis donde son esperables ciertos conflictos para afrontar la adultez, pero también es una etapa donde hay una mayor exposición a diversos factores de riesgo que afectan directamente el desarrollo psicológico. Estos eventos pueden generar importantes consecuencias, especialmente en aquellos jóvenes que ya presentan vulnerabilidades emociones y/o patrones de comportamientos alterados. Sumado a esto, se encuentra el complejo proceso de desarrollo cerebral, donde la neuro-plasticidad juega un rol importante en el logro del pensamiento abstracto, en funciones ejecutivas y la regulación emocional. (Labbé, 2016).

Según la Ley de Salud Mental, las acciones de promoción de la Salud Mental se imparten en todas las etapas del ciclo vital, priorizando a los niños, niñas y adolescentes, y a las poblaciones vulnerables. Así como la identificación y monitoreo de factores de riesgo en la comunidad, para evitar la existencia de problemas psicosociales que lleven a patologías que afecten la salud mental individual y colectiva, con énfasis en la prevención de la violencia familiar, violencia sexual, pandillaje, sicariato, maltrato infantil y contra la mujer, consumo y abuso de drogas legales e ilegales y no químicas, cuadros de depresión e intentos

de suicidio, afectados por la violencia terrorista, así como los riesgos en el ambiente de trabajo, entre otros.

La OMS brinda diversos manuales para la prevención e intervención de intentos de suicidio a diversas escalas a nivel mundial. En nuestro país no se ejecuta estos programas de intervención, porque no se cuenta con el apoyo económico debido, y no están adecuados a nuestra realidad. No se conoce el origen del problema, de igual manera el Ministerio de Salud, no brinda información detallada de esta situación, en cuanto a esta problemática los instrumentos son limitados y poco precisos en nuestro ambiente.

El DSM-V nos propone un grupo de criterios para las afecciones respecto a las cuales se considera conveniente seguir investigando en el futuro. Los ítems y duraciones específicas que aparecen en estos criterios de investigación fueron fijados por consensos de expertos – basándose en una revisión de la bibliografía, un re análisis de los datos y los resultados de los estudios de campo en el caso estuvieran disponibles- y pretenden proporcionar un lenguaje común para los investigadores y los clínicos interesados a estudiar estos trastornos. Se confía en que la investigación en este ámbito permitirá comprender mejor estas afecciones y que proporcionará información de cara a tomar decisiones acerca de su posible inclusión de las subsiguientes versiones de DSM. Dentro de los criterios que se encuentran en el apartado “Afecciones que necesitan más estudios” , se encuentra el Trastorno de comportamiento suicida y la autolesión no suicida, las cuales estamos considerando dentro de nuestro estudio.

Las investigaciones sobre el intento de suicidio no solo se deben basar en números, pues la vida y las relaciones que experimentan las personas deben ser

estudiadas desde una óptica o perspectiva más natural, más flexible y más propia de situaciones humanas (Campos, 2009), conocer más allá de la complejidad del fenómeno, para así crear programas de intervención psicológica tanto a nivel individual, familiar y social; ya que considerando las características que rodean el intento de suicidio.

Este proyecto de investigación enfocó al intento de suicidio desde dos puntos. El primero fue identificar procesos cognitivos, características de personalidad y habilidades sociales, para así conjuntamente con una entrevista a profundidad, donde se detalle la información necesaria para elaborar un perfil psicopatológico de adolescentes con intento de suicidio, lo que podrá servir como base para la elaboración de programas de intervención no solo a nivel individual, sino grupal y familiar, y disminuir las cifras de Salud Mental en nuestro país.

5. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Al hablar de intento de suicidio en la adolescencia, se reconoce que el principal factor de riesgo se encuentra asociado con los familiares otros serían: depresión, ansiedad, hiperactividad, desesperanza y frustración de corta duración, estos factores aunados a un clima familiar hostil aumentan la probabilidad de riesgo (Miranda, 2013).

Tercero en 1999, en la investigación “Perfil psicológico de adolescentes que intentaron suicidarse”, describe las características de la personalidad de los adolescentes que intentaron suicidarse, concluyendo que los rasgos de personalidad son: obstinación, orgullo, rebeldía, desafío, manipulación, juicio deficiente; coinciden con aspectos descritos en otras investigaciones.

Cortina, Peña & Gómez. 2009 en su investigación “Factores psicológicos asociados a intentos de suicidio en jóvenes entre 16 – 25 años del Valle de Aburrá”, determina la presencia de factores psicológicos como la desesperanza, los bajos niveles de autoeficacia y rasgos de personalidad, evaluaron a 24 pacientes quienes presentaron un intento de suicidio. Así mismo analizaron el perfil de personalidad, en el área de metas motivacionales predominan los componentes individualidad y preservación, en modos cognitivos el componente innovación, y el área de comportamiento interpersonal, predominaron los componentes discrepancia, descontento y sociabilidad.

Mosquera. 2003, realiza un “Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Herminio Valdiza durante febrero 2000 a enero 2001”, refiere que el grupo etáreo más afectado fue el de gente joven, entre 24 y 25 años, correspondiendo el 58.21% de la muestra, siendo la modalidad de instrumento la benzodiacepinas con el 41.79% del total de la muestra, la constitución familiar considera 68.66% del total padres separados.

Seguidamente, Cabrejos, Kruger & Samalvides (2005), en “Intento de suicidio en niños y adolescentes, sus características biopsicosociales y diagnósticos psiquiátricos”, en pacientes menores de 18 años, que ingresaron al servicio de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia y recibieron el diagnóstico de Intento de Suicidio. En este estudio descriptivo y prospectivo en el que se evaluó un total de 24 pacientes, atendidos de marzo y julio del 2002. En los resultados se encontró que el 83.3% era de sexo femenino, y la media de edad fue de 15.54 años. El 79% presentaba problemas académicos, el 62.5% ocurrió en fines de semana y el 50% de ellas durante las mañanas, el 87.5% se intoxicaron.

Por último, en “Relato de vida de un intento suicida adolescente: Mi mayor gesto” (Cortés, 2016), refiere que, a través de los relatos de vida, logra aportar insumos que contribuyen a enriquecer las discusiones en Salud Mental, particularmente en el campo de la suicidiología. A modo de proyección, sería relevante realiza estudios dirigidos específicamente a las prácticas de acogida del suicidio adolescente en las puertas de entrada a los sistemas de salud pública.

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Consideramos que al ser una investigación mixta la debilidad encontrada fue la actitud ante la nueva alternativa de evaluación, algunos profesionales traen consigo sesgos, prejuicios y formas propias de investigar, así como el escepticismo y temor de no estar acostumbrados a nuevos métodos.

La muestra fue pequeña por lo que, solo se puede describir el perfil en este grupo de adolescentes.

Seguidamente la negativa de algunos padres al firmar la autorización por escrito para la evaluación de las mismas. De igual forma los días de permanencia de las adolescentes en el Nosocomio tenía que ser mayor a cuatro días para cumplir en su totalidad el proceso de evaluación, y algunas familias pedían alta voluntaria.

7. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Perfil: Es un conjunto de aspecto particulares, que se presentan en una persona o conjunto determinado, describiendo o delimitando linealmente si es representado en plano físico, psicológico y social. (Ceballos – Espinoza, 2013).

Perfil Psicopatológico: Es el conjunto de características que reúne un ser humano y que determinan su carácter, sus actitudes, aptitudes y determinados comportamientos

frente a una situación particular o ante la sociedad como tal. En un perfil psicológico también influyen significativamente los factores biológicos (temperamento). (Constantino y Valdés, 2015)

Adolescencia: La Organización Mundial de la Salud (2019) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos.

Intento de Suicidio: Conducta voluntaria potencialmente dañina sin desenlace fatal, para la cual existe la evidencia (implícita o explícita) de intenciones de morir. (O'Carroll y otros 1996; Silverman y otros 2007; revisado y modificado por Valdivia 2013).

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 BASES TEÓRICAS

El estudio de los factores de riesgo y protección de las enfermedades y trastornos, a través de la epidemiología analítica es un aporte fundamental para comprender determinantes de la psicopatología en los seres humanos (Rutter & Schopler, 1992) sin embargo, la observación o la experimentación, como establecer posibles relaciones causales entre factores a los que se exponen personas y poblaciones y las enfermedades que presentan, puede resultar especialmente difícil cuando se estudia la psicopatología en la adolescencia porque es una etapa de un alto dinamismo, ambivalencia, consolidación y redefinición de uno mismo y del cuestionamiento de la propia identidad (Pedreira, Blanco, Pérez, & Quiroz, 2014).

2.1.1 Normalidad y Anormalidad en la Adolescencia

Estudiar los trastornos psicológicos de la infancia y la adolescencia han consolidado el modelo teórico conocido como psicopatología evolutiva o psicopatología del desarrollo (Cicchetti & Rogosch, 2002) La psicopatología evolutiva fue descrita por Stroufe y Rutter (1984) como “el estudio de los orígenes y el curso de los patrones individuales de desadaptación conductual, cualquiera que sea el comienzo, las causas o transformaciones de su manifestación en la conducta, y cualquiera que sea el curso del patrón evolutivo” (p. 18).

Al estudiar la psicopatología de los adolescentes se observó en estudios epidemiológicos que uno de cada cinco adolescentes tiene un trastorno psiquiátrico, siendo una de las patologías más prevalentes el trastorno por abuso de sustancias (12,1%), los trastornos de ansiedad (10,7 %) y los trastornos depresivos (6,1 %). Asimismo, se diferencia psicopatologías más frecuentes en mujeres y varones, en el caso de las primeras es frecuente observar conductas internalizantes, mientras que, en los varones es el tipo externalizante. Asociado a estas características se puede presentar problemas de embarazos no deseados, el pandillaje, conductas opositoras con figuras de autoridad o el acoso escolar, que no son considerados trastornos psicopatológicos pero su presencia en la vida de los adolescentes en muchas ocasiones es causa o consecuencia de enfermedad psiquiátrica, se añade la complejidad de su estudio en esta etapa por la presencia de varios factores como son: fisiológicos, psicológicos, familiares y socioculturales. Otro escenario adverso son los sistemas inadecuados de protección, estilos de crianza disfuncionales, entornos familiares deteriorados por el malestar o la violencia, las carencias económicas, el menoscabo de la educación y un contexto social desfavorable constituyen un escenario que puede afectar directamente en la salud mental del adolescente.

En la adolescente se presentan cambios hormonales derivados del proceso de maduración somática, que conlleva la modificación acerca de la propia imagen corporal, obtenida a lo largo de la primera y segunda infancia. Lo que puede reflejar agrado o rechazo sobre sí mismo, que cuando no se logra consolidar la nueva imagen puede determinar el riesgo de padecer diversos cuadros psicopatológicos relacionados con el cuerpo, generando sentimientos de soledad o temporalmente sensación de vacío. En la búsqueda de la identidad puede construirse la idea del “yo ideal”, pero que cuando se concibe como inalcanzable, esta construcción fantasiosa

puede en ocasiones desencadenar en una patología. En la interacción con el entorno más cercano, como es la familia, cuando la expresión del afecto es deficiente o ausente por parte de los padres o se utilizan medios correctivos punitivos, puede desencadenarse un estado conflictivo tanto a nivel interno como hacia los padres. A nivel personal los adolescentes se caracterizan por ser egocéntricos, perciben que las personas deben satisfacer inmediatamente sus necesidades, intolerantes a otras opiniones y puede confrontarse con figuras de autoridad para consolidar su identidad personal, la conducta de oposición es una manera de establecer distancia y diferenciarse de los demás. Es una tarea difícil pero que requiere esfuerzo propio y también un contexto familiar y social que contribuya en su consolidación. En lo social, es inevitable la permanente liberación de la dependencia y la búsqueda de autonomía, son cruciales la pertenencia a los grupos y mantener vínculos cercanos con los pares, porque van generar una toma de consciencia sobre los recursos personales que posee un adolescente y así generar mejores estrategias para enfrentar diversas situaciones.

Como se puede apreciar, la adolescencia se configura como una etapa evolutiva de gran inestabilidad emocional, el joven debe hacer frente a múltiples cambios que pueden aumentar su nivel de estrés y repercutir en el desajuste psicológico presente y futuro (Najman, Heron, Hayatbakhsh, Dingle, Jamrozik, Bor et. al., 2008).

En la psicopatología en adolescentes hay continuo de rasgos o características que no se pueden advertir como fenómenos dicotómicos, Achenbach (1990) diferenciaba que en comparación con los adultos cuando presentan conductas desviadas y requieren ayuda profesional, en los adolescentes pueden ser variaciones

cuantitativas de las características que pueden ser normales en ciertos periodos del desarrollo. Por lo tanto, el objeto de la psicopatología en esta etapa consiste en dilucidar qué procesos del desarrollo subyacen a todos los ámbitos del funcionamiento y, en particular cómo se integran los sistemas biológicos, psicológicos y sociales de la persona para explicar tanto la conducta desadaptada como la adaptada.

2.1.2 Modelo Teórico de la Psicopatología Evolutiva

En este enfoque de la psicopatología, tanto la conducta normal como la anormal se entienden como variaciones dentro de un continuo de rasgos o características y no como fenómenos dicotómicos.

El objeto de la psicopatología evolutiva, consiste en explicar qué procesos del desarrollo subyacen a todos los ámbitos del funcionamiento y, en particular, cómo se produce la compleja integración de los sistemas biológicos, psicológicos y sociales de la persona para explicar tanto la conducta adaptada como la desadaptada.

Teóricamente, las personas bien adaptadas muestran coherencia en la organización de estos sistemas, en contraposición con las personas vulnerables; si bien se supone que no existe un único prototipo de vulnerabilidad sino varios. (Lemos, 2003)

El desarrollo psicológico se concibe como el resultado de un determinado número de tareas relevantes para cada edad y estadio; de modo que puede establecerse una imagen jerárquica de la adaptación, en donde la resolución satisfactoria de una cuestión relevante en un estadio temprano aumenta la probabilidad de una adaptación exitosa posterior. Sin embargo, aunque una

adaptación temprana presagia con probabilidad cuáles van a ser las características del funcionamiento futuro, la posibilidad de divergencia y discontinuidad siempre existe en un modelo que tiene un carácter dinámico.

Otro importante principio que sustenta la psicopatología evolutiva es que la persona ejerce un rol activo en la dirección del curso de su desarrollo; de modo que, aunque los factores más distales en la historia personal o las influencias del momento presente sean importantes para el proceso del desarrollo, las elecciones que hace la persona y la auto-organización se cree que ejercen una influencia crítica creciente en su desarrollo.

El propósito es examinar los procesos de riesgo y de compensación, así como sus transacciones dinámicas y cómo influyen en el desarrollo de la persona. Consideran importante identificar a los niños y adolescentes que viven en circunstancias de riesgo de presentar posteriores trastornos en la edad adulta. (Lemos, 2003).

Por otra parte, se asume también que la interacción dinámica entre los procesos de riesgo y de compensación se expresa en la conducta de manera diferente, dependiendo de las normas, prácticas, valores y creencias de cada cultura. Del mismo modo, la cultura también puede influir en la forma de expresión de los síntomas

La perspectiva evolutiva de la psicopatología presupone que, durante el desarrollo, se van integrando más los sistemas cognitivo, afectivo, social y biológico del niño y del adolescente, permitiendo así que diversos mecanismos de vulnerabilidad o de protección actúen de forma sinérgica en el desarrollo de un trastorno.

Como reflejo de la transición desde modelos de enfermedad a modelos basados en una perspectiva evolutiva de la psicopatología, la investigación sobre la vulnerabilidad en niños y adolescentes ha cambiado, pasando de la identificación de procesos únicos de vulnerabilidad a un análisis de la interacción más comprensivo entre múltiples mecanismos de vulnerabilidad y protección, factores ambientales de riesgo y compensación y cambios evolutivos.

El surgimiento de los modelos evolutivos de la psicopatología orientó el interés por esclarecer la compleja interacción entre las características del niño y su ambiente social, tratando de identificar los mecanismos de vulnerabilidad y de protección implicados en el desarrollo de cada trastorno específico. En la actualidad, persiste más bien la tendencia a entender cuáles son los procesos y mecanismos de la vulnerabilidad, en vez de tratar de identificar un factor concreto de vulnerabilidad que correlaciona con un determinado trastorno. (Lemos, 2003).

2.1.3 Identificación de la Psicopatología del Comportamiento

Los trastornos mentales y del comportamiento son uno de los mayores problemas de la salud mental pública, así como se clasifica para facilitar el registro sistemático, la recopilación, el análisis y la interpretación (Gómez, 2015). Debido a esto, la Asociación Estadounidense de Psicología (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han creado los criterios de clasificación. Estas organizaciones toman en cuenta la cultura y el ambiente para la creación de dichos manuales.

Dichos criterios de clasificación son denominados Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) creado por la APA y la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). El DSM-V tiene como objetivo una descripción detallada de las categorías diagnósticas para facilitar el diagnóstico, la

comunicación, el estudio y la atención a las personas con diversos trastornos mentales. Mientras que el CIE-10 permite el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas. La CIE-10 es descriptiva y diagnóstica con resultados para cada uno de ellos, y por otro lado, el DSM-V utiliza los criterios de diagnóstico y es más completo y preciso, que se ha realizado con base en la experiencia clínica y en los avances de la investigación.

2.1.4 Orígenes de los Sistemas de Clasificación

La nosología es la disciplina que se ocupa de la descripción, estructura, diferenciación y clasificación de las enfermedades. Un diagnóstico es el proceso que tiene de base una observación de las características clínicas del paciente para así etiquetar su enfermedad y formular hipótesis de etiología y patogenia.

Los primeros documentos relativos a la clasificación de trastornos mentales datan ya en la Grecia Antigua hasta llegar a las clasificaciones modernas como el CIE (OMS) y DSM (APA).

A. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

Este manual contiene una clasificación y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas. La edición vigente es la quinta, DSM – 5, publicada el 18 de mayo del 2013 fue presentada en su congreso anual en san francisco por la APA.

El DSM se elaboró a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones.

Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen. Clasificar es ordenar individuos, cosas o conceptos en grupos homogéneos en función de que compartan unas determinadas características. Es una tarea complicada sobre todo cuando lo clasificable no es algo físico como ocurre en el campo de la Psicología. Según McGuire, (1973) los problemas son tres confusiones (heterogeneidad vs. homogeneidad dentro del grupo), discriminación (entre diferencias del grupo) e identificación (asignación de un individuo a un grupo). Pero es sin duda Kraepelin, en su manual de Psiquiatría (1899), el padre de la clasificación de los trastornos mentales tal como los consideramos actualmente, puesto que elaboró un sistema para constituir grupos de pacientes con sintomatología homogénea que constituirían un síndrome. Sus criterios se fundaban en las causas orgánicas: hereditarias, metabólicas, endocrinas, alteraciones cerebrales. Por eso las clasificaciones actuales comenzaron sólo por las enfermedades mentales con causa orgánica. La OMS, en sus cuatro primeras ediciones (1900-1938) sólo incluyó este tipo de alteraciones. Europa se convirtió así en la pionera de la clasificación de las alteraciones mentales.

El primer intento en el mundo americano fue de la Asociación Americana de Psicología Médica, AMPA (1917) liderado por el doctor Salmon. Otro hecho importante para la constitución de la clasificación americana ha sido la Conferencia sobre Nomenclatura de Enfermedades que tuvo lugar en 1928 y donde la Asociación Médica Americana, AMA, se encargó de confeccionar un listado de enfermedades mentales.

Pero fue la segunda Guerra mundial la que definitivamente promocionó la clasificación americana, ya que los soldados afectados hicieron perentoria la necesidad de poseer un lenguaje común clasificatorio. Los principales gestores fueron el Ejército y la Marina (1944 y 1945). Pero la clasificación de la Standard Nomenclature (1932) fue insatisfactoria y se pidió ayuda a psiquiatras y psicólogos.

B. Clasificación Internacional de Enfermedades

A partir del siglo XVIII las sociedades están realizando esfuerzos para contabilizar las enfermedades, la acumulación de esos esfuerzos a lo largo de varios siglos ha permitido que hoy contemos con la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Inglaterra y Francia son los primeros países en proponer mecanismos para clasificar enfermedades. La idea de una Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) se acuerda en el primer congreso internacional de estadística; ese acuerdo se concreta a finales del siglo XIX en una lista única internacional de defunciones, que sería revisada cada 10 años. Los primeros países del mundo en usar esta lista única fueron Canadá, México, Estados Unidos, Francia e Inglaterra.

Para clasificar las enfermedades se requiere asignarle un nombre único a cada enfermedad que pueda ser diagnosticada. La idea de desarrollar una Nomenclatura Internacional de Enfermedades (NIE) fue propuesta por la Asociación Médica Americana en 1930. En 1975 el Consejo de Organizaciones de Ciencias Médicas se asoció con la OMS para desarrollar conjuntamente esta iniciativa.

En la actualidad se utiliza internacionalmente la Clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión (CIE-10), para clasificar enfermedades y problemas relacionados y, en este sentido, tomar decisiones administrativas y epidemiológicas a partir de los datos diligenciados por los profesionales de salud, en 117 países de todo el mundo en registros clínicos y certificados de defunción.

2.1.5 Perfil Psicopatológico

Un trastorno mental aparece en el contexto de un determinado terreno constitucional (biológico) influye y es influido por los recursos, afectos y formas de interpretar la realidad de la persona (lo psicológico) y está determinado, en cierta medida, por el entorno en general y las relaciones con los otros (lo social). En ocasiones resulta complicado determinar cuando alguien tiene un trastorno mental y que hay que delimitar lo que es normal y patológico.

Para la elaboración de un perfil psicopatológico sigue una estructura de exploración:

- **Diagnostico.** Proceso de asignación de determinadas manifestaciones clínicas a una categoría.
- **Síntoma.** Son informaciones subjetivas relativas a experiencias recordadas, pertenecientes al mundo privado del sujeto que incluyen fenómenos no siempre observables (estados de ánimo, actitudes, etc.)
- **Signo.** Cambios que pueden observarse y registrarse objetivamente y comprenden conductas de interés clínico medibles a través de instrumentos.

- **Síndrome clínico.** Categorías constituidas por conjuntos de signos y síntomas que se presentan de forma repetitiva.
- **Trastorno.** Síndromes clínicamente significativos asociados al deterioro de una o más áreas de funcionamiento.

El estudio de cualquier fenómeno o conducta psicopatológica está encaminada primeramente al estudio de su especificación y delimitación. Para poder delimitar o especificar, tenemos que observarla con atención y captar sus características esenciales.

Es por eso que tiene como objetivo dar a conocer la psique enferma, interpretarla, explicarla y describirla, que por las enfermedades.

A. Objetivos para la elaboración del Perfil Psicopatológico

- Descripción, observación y evaluación de la conducta anormal
- Investigación de las causas y factores propulsores de la conducta anormal.
- Conocimiento de todas las manifestaciones y modo de ser la actividad anímica que desbordan los límites de la psicología normal.

B. Metodología en Psicopatología

La psicopatología es fundamentalmente descriptiva y ha sido asociada con el método fenomenológico, así como también la observación cuidadosa, experta y comprensiva del paciente. A su vez Mac kinnon afirma que la comprensión del paciente proporciona una información más valiosa que aquella que únicamente trata de aislar e identificar unos síntomas psicopatológicos. (Cazorla, 2014)

La psicopatología presenta como métodos generales:

- **Introspección.** Son datos subjetivos que se obtienen de la observación interior.
- **Extrospección.** Son datos objetivos que se obtienen de las manifestaciones por la observación exterior.
- **Test psicológicos.** es un método de que permite la Obtencion de datos de objetivos en condiciones determinadas que pueden ser medidos de forma cuantitativa y cualitativa.

2.1.6 Métodos de Investigación para la elaboración de un Perfil Psicopatológico

Los métodos de investigación más frecuentes empleados en el estudio de la conducta anormal son:

- **Estudio de caso.** Se reúne información histórica y biográfica sobre una sola persona y con frecuencia se incluye experiencias previas en terapia, abarca desarrollo, personalidad, curso de vida antecedentes académicos, historia marital y situación actual.
- **Investigación epidemiológica.** Es el estudio de frecuencia y distribución de la enfermedad en una población, se reúnen datos acerca de tasas de padecimientos, así como posibles correlativos de cada uno de ellos en una muestra grande de población. En estos estudios se emplea términos básicos como: incidencia, factor de riesgo y prevalencia.

- **Método correlacional.** Establece si existe alguna relación entre dos o más variables, se emplea con frecuencia investigaciones epidemiológicas al igual que otros estudios donde se usan muestras pequeñas.
- **Método experimental.** pretende el descubrimiento de las relaciones de casualidad entre variables, la cual se consigue mediante la manipulación de uno de esos fenómenos y la observación de los hechos que tal manipulación provoca en otro u otros fenómenos. Pero la limitación del método experimental proviene de la dificultad de generalización de la relación causa efecto entre variables a situaciones diferentes de las utilizadas en el propio diseño experimental concreto.

Elementos de detección de anormalidad en Psicopatología

- Sufrimiento
 - Desadaptación
 - Irracionalidad e incomprensibilidad
 - Pérdida de control
 - Excentricidad
 - Incomodidad para el observador
 - Violación de las normas morales
-

Fuente: (Cazorla, Psicopatología, 2014)

2.1.7 Criterios para el análisis del Perfil Psicopatológico

Los siguientes criterios permiten elaborar un análisis del perfil psicopatológico.

- **Criterio estadístico:** Se considera anormal, toda medida por encima o por debajo de las desviaciones estándares de la media aritmética. De esta manera se conceptualiza lo que accidentalmente se ubica fuera de su estado natural o de las condiciones que le son inherentes.
- **Criterios sociales e interpersonales:** Las psicopatologías son una cuestión de normatividad social, es decir, un consenso social que se alcance al respecto en un momento y lugar determinado.
- **Criterios subjetivos:** Es el propio individuo el que dictamina sobre su estado o situación, que se traducen en quejas y manifestaciones verbales o comportamentales.
- **Criterios biológicos:** las diferentes psicopatologías son, fundamentalmente, la expresión de alteraciones y/o disfunciones en el modo normal del funcionamiento. Estas alteraciones pueden ser causadas por patógenos externos, carencia de determinados elementos constituyentes, ruptura en el equilibrio normal de los diferentes procesos, elementos o estructuras involucradas.
- **Criterio normativo:** tiende a considerar al hombre normal a aquel que se asemeja a un modelo de perfección humana, que reúne características deseables (ideales) de acuerdo a un sistema de valores establecido.

2.2 INTENTO DE SUICIDIO

Los intentos de suicidio en adolescentes se han convertido en un problema grave de salud pública a nivel mundial, nacional y local, pueden ser interpretados como un pedido desesperado de auxilio a algún sufrimiento que el adolescente pueda estar padeciendo.

- Suicidio: La (OMS, 2014) define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por la persona, sabiendo y esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”
- Conducta suicida: Según (Rojas, 1984) “Se entiende por suicidio aquella conducta o conjunto de conductas que, dirigidas por el propio sujeto, conducen a la muerte (suicidio consumado) o a una situación de gravedad mortal (suicidio frustrado), bien de forma activa o pasiva”.
- Intento de suicidio: Según (Ceballos, 2000) Conducta que lleva a daño auto infringido por el paciente con el propósito de quitarse la vida, sin lograrlo.

2.2.1 Teorías del Suicidio

A. Teoría Neurobiológica

Una baja en la acción de la hormona serotonina, 5 HT (5HT) está comprometida en conductas agresivas, depresivas, y de desorden del control de los estímulos, relacionados a los suicidios agresivos o violentos. Es así, como la conducta suicida se relaciona con una disminución de los rangos serotoninérgicos de la corteza ventral prefrontal.

También se ha indicado la falta de procesos adecuados en la corteza prefrontal del cerebro de la que necesita la toma de decisiones, y que se verá

disminuido por los estados depresivos, abusar de sustancias psicoactivas, alcohol y otros estados psicopatológicos.

Estudios mencionan que hay una relación entre los trastornos del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y el suicidio. Pero han sido reportadas niveles altos de cortisol en sangre en suicidas y también rangos de 20 mg/dl podría cogerse como indicador biológico de alto riesgo de letalidad en el suicidio.

Los rangos de colesterol en sangre, principalmente la hipocolesterolemia (menos de 160 mg/dl), viene siendo tratada en varios países, como un indicador que puede estar vinculado con la asimilación del triptófano, iniciador de la serotonina, sin que se tome relación en muchas de las series analizadas, pero por la simpleza y bajo costo es un indicador a considerar.

– **Aspectos Genéticos:** Ciertos análisis refieren un porcentaje elevado de relación del suicidio en los gemelos similares. En un análisis danés en gemelos monocigóticos se vio que un 20% de los casos en que el hermano se suicidaba, de la misma manera también el otro fallecía. En investigaciones locales se hayo que parientes de primer grado que aspiraban a suicidarse habían realizado suicidio (26.7%). Investigaciones acerca adopciones hechas en Dinamarca dieron una mayor cifra de suicidios en parientes de personas suicidas contrastadas con parientes controles.

B. Teoría Psicológica

En las teorías psicológicas, Aarón Beck ha revisado la acción de las condiciones emocionales como el desamparo la desesperanza en la enfermedad del suicidio y depresión. El autor ha vinculado una triada negativa, del suicidio

con la depresión apoyándose en que el pensamiento de la persona se transforma cuando la víctima está en estado deprimido; de este modo toma un pensamiento negativo así mismo, del mundo y futuro. De manera que la ideación suicida simboliza un mejoramiento ante a la situación de ese momento. En 1917 Sigmund Freud en su teoría psicoanalítica, fue primero en dar respuestas emocionales sobre suicidio, quien mencionaba que las causas del acto eran intraemocionales, asociados al instinto de letalidad y a la función suicida con imposiciones suicidas dirigidas hacia sí mismo, donde hay veces que la víctima es consciente de sus acciones. Así sus formas de defenderse (negación) es una forma de escapar de la vida (de sus problemas) consumando el acto suicida.

Hace poco se está analizando el proceder impulsivo que excede los límites del desarrollo o realización a cota de la corteza pre-frontal del cerebro, ante ciertos sucesos en algunos casos.

C. Teoría de la Crisis

El comportamiento suicida es una condición crítica en la que existe una caída momentánea del equilibrio emocional, fundamentalmente por la insuficiencia de poder manejar momentos dolorosos y agraviantes, por en truncamiento de recursos de adaptarse a la persona. A raíz de los suicidios consumados durante la guerra mundial, surge la Teoría de la Crisis en los años 60, la corriente de prevenir el suicidio se acrecentó con fluidez en los EEUU, tras avalar en parte a la teoría de la crisis de Kaplan.

2.2.2 Clasificación del Riesgo Suicida

Según las características de la idea suicida y del riesgo, así será la gravedad del intento suicida.

- Leve: hay ideación suicida, sin planes concretos para hacerse daño, rectifica su conducta, de manera que hay autocrítica.
- Moderado: existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos y factores de riesgo adicionales (más de un factor de riesgo).
- Grave: idea concreta de hacerse daño; tiene antecedente de un intento suicida previo; existen más de 2 factores de riesgo, pero sin un plan suicida claro. Expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica su idea suicida.
- Extremo: presenta varios intentos suicidas con varios factores de riesgo y puede tener como agravante la autoagresión.

2.2.3 Fases del Proceso Suicida

El comportamiento suicida, no implica única y necesariamente el acto final de cometerlo. Existen fases de evolución del proceso suicida, salvo en los casos de suicidios intencionales no premeditados. Y de ser posible la identificación de signos representativos, permitirían el intento de una intervención preventiva.

- Fase ideática. El individuo tiene la idea que aparece y desaparee, como una ocurrencia. Siguen apareciendo vivencia que motivan la aparición de la idea. La toma en consideración es una mera expresión emocional.
- Fase deliberativa. Analiza los pros y los contras de esa idea. Comienza a considerar a la idea. Esta fase puede durar días meses y años. Lo habitual es de semanas a meses la idea comienza a tener forma y sentido, y el

suicidarse que hasta ese momento era una ocurrencia por el estado emocional, se hace más visible.

- Fase decisiva. El sujeto toma la decisión de suicidarse. Ha evaluado todo y llega a la conclusión “yo me quiero suicidar”. Esto sucede luego del curso de la deliberación, por eso el tiempo de decisión no es en segundos. Luego de la toma de decisión de suicidarse entra en periodo de calma. Porque estas tres fases son de mucha angustia y dolor. El sujeto sufre mucha angustia y dolor hasta que llega a la decisión y llegado a ella se tranquiliza.

- Fase dilatoria. Corresponde al periodo de calma, cuando se tranquiliza, ya sabe lo que va hacer. Esta fase es de duración variable habiendo hechos que lo adelanta a la siguiente fase.

- Fase operativa. A esta corresponde toda maniobra que hace el sujeto para ejecutar el suicidio. Es todo lo previo que hace al acto suicida, desde prever que va hacer con sus bienes al aprovisionarse de los elementos necesarios para la muerte programada, o la elaboración de las estrategias para evitar que se descubra su decisión de suicidio, a fin de la no intervención o interrupción del acto.

- Fase ejecutiva. Ejecuta la acción concreta.

2.2.4 Epidemiología de la Conducta Suicida

El suicidio es una de las causas de muerte más frecuente. Según las estimaciones de la OMS, en el 2020 más de un millón y medio de personas morirán por suicidios y entre 10 y 20 veces más personas llevarán a cabo una tentativa suicida. Esta cifra representa una muerte por suicidio en el mundo cada 20 segundos y una tentativa suicida cada 1 o 2 segundos. A pesar del avance de

la psiquiatría, especialmente en el campo de la psicofarmacología, las tasas de suicidio apenas se han modificado en los últimos 20 años e, incluso, han aumentado en algunos países en vías de desarrollo. Al considerar la media en 53 países, para los que se dispone de datos completos aportados por la OMS, la tasa de suicidio normalizada es de 15,1 por 100 000 habitantes; por sexo, es de 24,0 por 100,000 habitantes para la población masculina y de 6,8 por 100,000 habitantes para la femenina. 8 Respecto a la edad y al sexo, existen importantes diferencias entre el suicidio consumado y los intentos de suicidio. Así, mientras el primero suele producirse en hombres, los intentos son más habituales entre las mujeres jóvenes.

2.2.5 Prevalencia del Intento de Suicidio en el Perú

El plan de suicidarse por adolescentes ha sido estudiado en diferentes análisis. En la observación ordenada de la literatura internacional sobre persistencia de la rareza de suicidios en adolescentes, ejecutado por Vera & Díaz, 2016, donde se estudiaron varios fundamentos de datos de estudios apoyadas en poblaciones de varios países en el mundo, se descubrió una prevalencia en el Perú de querer intentar suicidarse por adolescentes en un 9.8%, una prevalencia en el último año de 6.5% y una prevalencia en el último mes de 6.4%.

2.2.6 Factores asociados con la Conducta Suicida

La conducta suicida no se hereda, pero sí la predisposición genética para padecer determinadas enfermedades mentales; por consiguiente, en los pacientes con dicha intención hay que precisar si existen esos antecedentes patológicos familiares para poder intervenir en la reducción del riesgo suicida, pues para prevenir ese comportamiento deben promoverse modos de vida saludables como

la práctica sistemática de deportes, una sexualidad responsable, los hábitos no tóxicos y el desarrollo de múltiples intereses que permitan un uso adecuado del tiempo libre. Para la toma de decisiones clínicas se deben identificar los factores subyacentes y estimar riesgo de muerte. Entre estos figuran los sociales, familiares, psicológicos y biológicos.

SOCIALES
Cambio de posición socio económico Problemas con las redes sociales de apoyo Pérdidas personales Aislamiento Catástrofes Desarraigo Exposición al suicidio de otras personas Violencia ambiental, de género y violencia Intergeneracional
FAMILIARES
Alta carga suicida familiar Funcionamiento familiar problemático Abandono afectivo y desamparo Familia inexistente Violencia doméstica Abuso sexual
BIOLÓGICOS
Trastornos metabólicos Factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad Edades extremas de la vida, edades avanzadas, adolescencia Enfermedades y dolor crónico (accidentes vasculares, sida, neoplasias, entre otras) Enfermedades en fase terminal Trastornos psiquiátricos Deterioro cognitivo

PSICOLÓGICOS
<p>Intento de autoeliminación anterior</p> <p>Pérdidas familiares</p> <p>Ansiedad</p> <p>Frustraciones intensas</p> <p>Depresión</p> <p>Baja autoestima</p> <p>Cambio brusco del estado anímico</p> <p>Alteraciones del sueño</p> <p>Abandono personal</p>

2.2.7 Tipos de Conducta Suicida

Se han propuesto diferentes clasificaciones y consideraremos la de Freemann y Reinecke (1995) que señala cuatro tipos generales, sin que sean mutuamente excluyentes:

- Desesperados: Son los que han perdido toda esperanza de mejoría y no encuentran razones válidas para seguir con vida. Por ejemplo, unas personas envueltas en un cuadro depresivo y cuyas opciones y alternativas de conducta previas a la autoeliminación se han reducido hasta un punto crítico.
- Histriónicos o Impulsivos: Se trata usualmente de personas que experimentan una fuerte necesidad de estimulación y de excitación cotidiana en sus vidas, que no necesariamente atraviesan una depresión, y que tienden a ser muy dramáticos e impulsivos en sus reacciones. En su historial puede darse más de un intento, que podrían aparecer como extravagantes o manipulativos, pero cuya potencial letalidad no debe descartarse.
- Psicóticos: Particularmente en las primeras etapas de los cuadros esquizofrénicos y como producto de alucinaciones auditivas impositivas.
- Racionales: En referencia a las personas que eligen la muerte a partir de un argumento racional, por ejemplo, aquellos que siendo víctimas de

una enfermedad terminal dolorosa e incapacitante, optan muy conscientemente por terminar con su propia existencia. Plantean un dilema ético y moral que no tiene una fácil respuesta.

2.2.8 Métodos utilizados

Los mecanismos que eligen los suicidas para suicidarse son variados y depende más de la accesibilidad que de la consideración de si el método es letal o no. Parece que la elección del método para el acto suicida tiene relación con la influencia sociocultural e incluso geográfica (mar, vía férrea, zona agrícola- pesticidas.) ya que la zona geográfica está relacionada con el acceso a herramientas que faciliten el acto suicida.

Un estudio realizado por la OMS se observó que el envenenamiento por plaguicidas era frecuente en muchos países asiáticos y en América Latina, mientras que la intoxicación medicamentosa era frecuente en los países nórdicos y en el Reino Unido. El ahorcamiento era el método de suicidio preferido en Europa oriental, al igual que las armas de fuego en los Estados Unidos y el salto al vacío en ciudades y sociedades urbanas como la Región Administrativa Especial de Hong Kong, China. El análisis de correspondencias reveló una polarización entre el suicidio con plaguicidas y el suicidio por arma de fuego, situándose entre ambos y en retroceso los métodos tradicionales, como el ahorcamiento y el salto al vacío.

La intoxicación de sustancias tóxicas se produce por la entrada de sustancias tóxicas o químicas al organismo, ya sea por ingestión, inyección, inhalación o cualquier exposición a éstas, produciendo efectos nocivos cuando penetra en el organismo. Estos efectos pueden ser leves o graves en los cuales la persona intoxicada puede llegar a morir. Casi todos los productos químicos pueden actuar

como un toxico si la cantidad presente en el cuerpo es suficiente. Algunos son nocivos incluso en cantidades muy pequeñas, mientras que otros solo lo son si la cantidad absorbida es considerable

2.2.9 Variantes de la Conducta Suicida

Las conductas suicidas se pueden manifestar de distintas formas en la clínica. Estas diversas manifestaciones adquieren un modo de presentación específico y pueden revelar en la persona afectada unas motivaciones, un pronóstico e incluso unas vías de intervención que varían de unos casos a otros (Grupo de Trabajo, 2011).

A un nivel conductual, la conducta suicida puede mostrar diferentes caras: el suicidio consumado, el suicidio frustrado, las tentativas de suicidio o parasuicidios y los equivalentes suicidas. En el caso del suicidio consumado, el sujeto consigue intencionadamente acabar con su vida. Por el contrario, en el caso del suicidio frustrado, a pesar de que el sujeto tiene una intención inequívocamente suicida y ha utilizado un procedimiento habitualmente letal (ahorcamiento, precipitación, arma de fuego), el suicidio no se consuma por la inexperiencia del sujeto en el manejo del método, por la rápida intervención de los servicios médicos, de la comunidad familiar o social, o, simplemente, por azar (Spirito y Donaldson, 1998).

Mención aparte merecen las tentativas de suicidio o parasuicidios. La persona se causa deliberadamente un daño, sin la intención aparente de quitarse la vida, con consecuencias no-fatales, pero que pueden accidentalmente llevar a la muerte, y con el recurso a procedimientos habitualmente no letales, como la ingestión de fármacos o las autolesiones superficiales. El objetivo de esta conducta extrema es manipular a personas próximas y producir cambios en el entorno. Se trata de una llamada de

atención con diversas finalidades: vengarse de alguien, mostrar lo desesperado que se está, buscar ayuda, averiguar si alguien le quiere realmente, huir temporalmente de algo insoportable o mostrar lo mucho que le quiere a una persona. Con frecuencia el sujeto está en una posición ambivalente: desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se producen cambios significativos en ella (Blasco-Fontecilla, 2010).

Es importante en estos casos llevar a cabo el diagnóstico diferencial entre el suicidio frustrado y el parasuicidio. En el primer caso se realiza una planificación por adelantado, el método elegido es objetivamente muy peligroso y el sujeto se arrepiente claramente por no haber conseguido su objetivo. Así, por ejemplo, cualquier persona que planifique detenidamente su muerte o decida quitarse la vida ahorcándose, ahogándose o mediante el uso de armas de fuego o con saltos al vacío y no lo consiga, es muy probable que lo vuelva a intentar y lo logre.

A su vez, los equivalentes suicidas se refieren a conductas habituales en las que una persona se expone voluntariamente de forma regular a situaciones de riesgo o peligro extremo que escapan a su control, como la conducción temeraria de vehículos o la implicación al límite en deportes de riesgo, o se involucra en conductas que deterioran gravemente su salud, recurriendo, por ejemplo, al consumo abusivo de alcohol o drogas.

A un nivel cognitivo, pueden aparecer las amenazas suicidas, que suponen una ideación suicida específica expresada al entorno, pero en la que todavía no existen conductas encaminadas a la consecución de la muerte. Sin embargo, las amenazas, sobre todo cuando vienen acompañadas de un plan suicida, pueden predecir una posible conducta suicida en un futuro cercano. Por último, la ideación

suicida, frecuentemente no expresada a otras personas, se refiere a pensamientos sobre el suicidio que suelen ser duraderos en el tiempo. No se trata meramente de una falta de ganas de vivir, sino de un deseo activo persistente de poner fin a la vida.

En definitiva, el suicidio se mueve a lo largo de un continuo de diferente naturaleza y gravedad, que oscila desde la mera ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte, ideación suicida y amenazas) hasta la gradación conductual creciente (gestos, tentativas y suicidio consumado) (Spirito y Donaldson, 1998).

2.3 PSICOPATOLOGÍA EN LA ADOLESCENCIA

La psicopatología en la adolescencia expone la constante dificultad de delimitar lo normal y patológico, ya que esta etapa engloba un momento de vida marcado por transformaciones personales y sociales. A continuación, presentamos los siguientes conceptos:

- Adolescencia: La (OMS, 2019) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos.

Según (HALL, s.f.) Es una edad especialmente dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, inestabilidad, entusiasmo y pasión.

Según (Bühler, 1994), es el período que empieza con la adquisición de la madurez fisiológica y termina con la adquisición de la madurez social, cuando se asumen los derechos y deberes sexuales, económicos, legales y sociales del adulto.

2.3.1 Etapas de la Adolescencia

A. Adolescencia Temprana

Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de

ansiedad, así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación. Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental. El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones. Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual. La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la

comunidad. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexuales. Para muchos niños, esos conocimientos llegan demasiado tarde, si es que llegan, cuando ya han afectado el curso de sus vidas y han arruinado su desarrollo y su bienestar.

B. Adolescencia Tardía

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendiente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. La temeridad un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto” declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquiere en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta. Por ejemplo, se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma, y aproximadamente

la mitad de los que empiezan a fumar en la adolescencia lo siguen haciendo al menos durante 15 años. El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la adolescencia es que puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol. En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. No obstante, estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.

2.3.2 Depresión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La adolescencia es un período de tránsito entre la niñez y la edad adulta, caracterizado por grandes cambios biológicos, psicológicos y sociales. Es esta una etapa de la vida en la que se afrontan grandes retos, por un lado, el cumplimiento de nuevas tareas del desarrollo, la adaptación a los nuevos

cambios fisiológicos y anatómicos relacionados con el incremento hormonal, la pubertad; y por otro lado, la integración de la madurez sexual en un modelo personal de comportamiento. En esta etapa de la vida se evidencia el establecimiento de una identidad individual, sexual y social, por medio de las relaciones con sus iguales y adultos significativos, el desarrollo de habilidades individuales y de enriquecimiento personal, de potencialidades ocupacionales y de esparcimiento.

En la adolescencia la depresión se presenta con las siguientes particularidades:

- Con frecuencia, la depresión queda enmascarada bajo otros síntomas, como agresividad o irritabilidad. Indicios tan típicos de la depresión como la tristeza, problemas para dormir o falta de autoestima pueden estar solapados por una conducta desobediente, discusiones frecuentes, consumo de drogas, etc.
- La depresión en los adolescentes es más compleja y ubica al paciente en situación de mayor riesgo de cometer suicidio que en los pacientes adultos.
- Dada la plasticidad del sistema nervioso central (SNC) en estas etapas del desarrollo, puede observarse una rápida mejoría de las manifestaciones depresivas, con solo alejar al adolescente de la fuente generadora de conflictos, esto pudiera introducir dudas sobre su existencia.

Las principales áreas de conflictos son: la familiar, de pareja y escolar, en ese orden.

La depresión ha sido asociada al síndrome de riesgo en la adolescencia, el cual consiste en la presencia simultánea de factores de riesgo asociados a la presentación de los cuatro problemas típicos en salud del adolescente:

- abuso de sustancias
- embarazo o iniciación sexual temprana
- deserción escolar o problemas de rendimiento académico
- delincuencia.

La depresión en la adolescencia no es una enfermedad unitaria, sino un síndrome complejo con distintas etiologías, cursos y respuestas de tratamiento. Por tanto, el diagnóstico debe ser realizado desde la pluralidad metodológica y su tratamiento integral, contextualizándolo al individuo, la familia y el ambiente.

2.3.3 Ansiedad

Las reacciones de miedo y ansiedad son reacciones fisiológicas de defensa ante males y peligros potenciales, sirven para que el individuo se ponga en estado de alerta ante posibles amenazas y, sin duda, han sido imprescindibles para la supervivencia de la especie humana. La ansiedad fisiológica se pone en marcha ante un peligro inmediato y tiene un carácter adaptativo; su finalidad última es salvaguardar la integridad del individuo. La ansiedad patológica, por el contrario, se desencadena sin que exista una circunstancia ambiental que la justifique o, existiendo esa circunstancia, su intensidad y frecuencia son desproporcionadas.

El adolescente que tiene un cuadro de ansiedad refiere, por ejemplo, que tiene un temor incontrolable a que los padres mueran en un accidente, o pavor a perder el control y clavar un cuchillo a un familiar, o cometer una locura y arrojarle por la ventana. Otras veces, se trata de la rumiación constante de pensamientos dubitativos, acerca de lo que debe hacer o no debe hacer, o de lo que hizo o dejó

de hacer. Estas ideas repetitivas pueden acompañarse de escrúpulos de conciencia de carácter moral o religioso que, junto con las preocupaciones sexuales, son muy típicas de la adolescencia. Relata también síntomas somáticos, como: dolor torácico, dificultad para respirar, cefaleas o dolores abdominales.

Desde el punto de vista psicopatológico, existen, por tanto, tres tipos de ansiedad: la ansiedad como forma de respuesta fisiológica ante las vicisitudes de la vida, es decir, como una experiencia humana normal; la ansiedad como síntoma de diferentes enfermedades, médicas y psiquiátricas; y, por último, la ansiedad como entidad específica, que abarca el amplio campo de los trastornos de ansiedad.

2.3.4 Trastornos de Conducta

Consiste en un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otro, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta a través de agresión a personas y animales, engaño o robo, incumplimiento grave de las normas, falta de remordimiento o culpabilidad, insensibilidad, carencia de empatía, despreocupación por su rendimiento y afecto superficial o deficiente. (Psiquiatría, 2013).

2.3.5 Trastorno Negativista Desafiante

Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.

Se caracteriza por los siguientes patrones como son: el enfado, irritabilidad, discusiones, actitud desafiante o vengativa que se exhibe durante la interacción con su entorno. (Psiquiatría, 2013).

2.3.6 Trastorno Explosivo Intermitente

Presentan arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad, que se manifiestan de forma verbal y física hacia la propiedad, animales e individuos.

La magnitud de la agresividad expresada durante los arrebatos recurrentes es bastante desproporcionada con respecto a la provocación o cualquier factor estresante psicosocial desencadenante.

Los arrebatos agresivos recurrentes no son premeditados (es decir, son impulsivos o provocados por la ira) ni persiguen ningún objetivo tangible

Así como también provocan un marcado malestar en el individuo, alteran su rendimiento laboral o sus relaciones interpersonales, tienen consecuencias económicas o legales.

Los arrebatos agresivos recurrentes no se explican mejor por otro trastorno mental, ni se pueden atribuir a otra afección médica, ni a los efectos fisiológicos de alguna sustancia. En los niños de edades comprendidas entre 6 y 18 años, a un comportamiento agresivo que forme parte de un trastorno de adaptación no se le debe asignar este diagnóstico. (Psiquiatría, 2013).

2.3.7 Personalidad Anti Social

Presenta un patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los quince años de edad, incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención. Impulsividad o fracaso para planear con antelación. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal. (Psiquiatría, 2013).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. TIPO, DISEÑO Y MÉTODO

A continuación, se presenta los siguientes apartados:

Tipo de Investigación

La presente investigación está orientada en dos enfoques: cuantitativo porque permite analizar las mediciones precisas, establece con exactitud patrones de comportamiento de una población, utiliza métodos estadísticos, ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente y otorga control sobre los fenómenos; y cualitativo porque proporcionan profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas, pueden desarrollar preguntas antes, durante o después de la recolección y análisis de los datos para que el investigador se forme creencias propias sobre el fenómeno estudiado, como pueden ser un grupo de personas únicas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Al combinar una metodología cuantitativa con una cualitativa, corresponde a un tipo de investigación mixta, ambos enfoques utilizan datos numéricos, verbales, textuales, visuales, simbólicos y de otras clases para entender problemas en las ciencias (Creswell, 2013; Lieber y Weisner, 2010).

En relación al nivel de conocimiento que se desea alcanzar esta investigación es exploratoria – descriptiva. Exploratoria porque nos sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto

particular de la vida real, investigar problemas del comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de determinada área, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones (postulados) verificables. Descriptiva porque busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, que únicamente se pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, por lo tanto, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Diseño de Investigación

En los tipos de investigación mixta se propone el diseño ejecución concurrente para la recolección de los datos, se sigue dos fases distintas interactivas: se inicia el diseño con la recogida y análisis de los datos cuantitativos que tiene la prioridad en la dirección de las preguntas de investigación. Seguidamente se recogen y analizan los datos cualitativos en base a los resultados primeros de la fase cuantitativa. El investigador interpreta cómo los resultados cualitativos ayudan a explicar los resultados cuantitativos iniciales (Onwuegbuzie y Johnson, 2008).

Método

El procedimiento se basa en el método inductivo, como una forma de alcanzar el conocimiento de casos particulares para alcanzar un conocimiento más general, que refleje lo que hay de común en los fenómenos individuales (Rodríguez y Pérez, 2017).

2. SUJETOS

La cantidad de suicidios en el Perú ha ido incrementándose significativamente en los últimos años, el 18% de la población suicida corresponde a niños y adolescentes. De los casos diagnosticados el 65% corresponde al sexo femenino (MINSA, 2018). Teniendo en consideración estos datos epidemiológicos, se ha planteado seleccionar a 10 pacientes adolescentes mujeres con edades comprendidas entre los 12 y 17 años de edad, que ingresaron con diagnóstico de Intento de Autolisis entre los meses de marzo del 2018 a mayo del 2019, pertenecientes a los servicios de emergencia, medicina mujeres y pediatría en el Hospital III Goyeneche. Se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico intencional, es decir, la selección de la muestra no depende de la probabilidad de ser elegido, sino que son seleccionados en función de su accesibilidad y por las características particulares de la investigación.

A continuación, se detalla los criterios de inclusión e exclusión:

Criterios de Inclusión

- Mujeres sin presencia de adicciones
- Mujeres que no sean diagnosticados con cuadros psicóticos
- Mujeres con niveles de depresión leve y moderado
- Mujeres que desean participar del estudio y que los padres han firmado el consentimiento informado

Criterios de Exclusión

- Pacientes de sexo masculino
- Pacientes mayores de 17 años de edad
- Pacientes que se nieguen a participar y que los padres no autoricen la participación en el estudio
- Pacientes que han permanecido hospitalizados por menos de 3 días

- Pacientes que sus padres y/o apoderados solicitaron alta voluntaria
- Pacientes que ingresan al nosocomio con un proceso judicial y que por disposición se evite re-victimizar y evaluar a la paciente

Tabla 2. Caracterización de la Muestra

N°	Sexo	Grado de Instrucción	Religión	Procedencia	Servicio de procedencia	Modo/ Instrumento	Cantidad
01	Femenino	4to Sec.	Católica	Arequipa	Med. Mujeres	Lejía	½ vaso
02	Femenino	3ro Sec.	Católica	Arequipa	Med. Mujeres	Piretroides	1 sobre
03	Femenino	3ro Sec.	Católica	Arequipa	Pediatría	Medicamentos	15 tabletas
04	Femenino	3ro Sec.	Católica	Puno	Pediatría	Piretroides	1 sobre
05	Femenino	4to Sec.	Católica	Puno	Med. Mujeres	Piretroides	1 sobre
06	Femenino	4to Sec.	Católica	Arequipa	Pediatría	Medicamentos	15 tabletas
07	Femenino	4to Sec.	Católica	Arequipa	Pediatría	Piretroides	½ sobre
08	Femenino	5to Sec.	Católica	Arequipa	Med. Mujeres	Medicamentos Autolesión	36 tabletas Cortes
09	Femenino	3ro Sec.	Católica	Arequipa	Med. Mujeres	Piretroides	1 sobre
10	Femenino	2do Sec.	Católica	Ancash	Pediatría	Medicamentos	5 pastillas

Tabla 3. Contexto del Intento de Suicidio

Descripción	Frecuencia	Porcentaje (%)
Horario		
Entre las 06:01 – 12:00 horas	6	60%
Entre las 12:01 – 18:00 horas	1	10%
Entre las 18:01 – 00:00 horas	2	20%
Entre las 00:01 – 06:00 horas	1	10%
Lugar		
Casa	8	80%
Otros	2	20%
Instrumento utilizado		
Órgano fosfato/piretroides	5	50%
Medicamentos/benzodiacepinas	3	30%
Lejía	1	10%
Mixto	1	10%

En la tabla 3, se observa que la frecuencia sobre la hora, lugar e instrumentos utilizados para llevar a cabo el intento de suicidio para la mayoría de las adolescentes mujeres (60%) prefirió realizar el acto durante la mañana, desde las 6:00 a.m. hasta las 12:00 p.m. y con menor frecuencia por la tarde o la madrugada, en ambos casos 10% de las entrevistadas. En cuanto al lugar elegido, el 80% prefirió realizar el intento de suicidio en su casa y finalmente, el instrumento de preferencia por las mujeres con intento de suicidio fue órgano fosfato/piretroides (veneno de moscas, hormigas), seguido del uso de medicamentos/benzodiacepinas (ciprofloxacino, entre otros) y en menor proporción lejía y actos combinados (10%).

Tabla 4. Casos referidos a la Unidad de Protección Especial

Unidad de protección especial	
Casos Referidos	80%
Referencia	Maltrato psicológico
	Aborto clandestino
	Mala relación con la madre
	Desprotección familiar
	Riesgo social moderado
	Presunta violación sexual

En la tabla 4, se observa que el 80% de las pacientes que ingresaron al Hospital Goyeneche III después de la intervención en las especialidades de Psicología, Psiquiatría, Adolescentología, Servicio Social y Medicina, se realizó la referencia a la Unidad de Protección Especial (U.P.E.), los motivos fueron por: maltrato psicológico, aborto clandestino, mala relación con la madre, desprotección familiar, riesgo social moderado y presunta violación sexual. Algunos de estos casos, reciben una sentencia judicial para que se realice una intervención psicológica.

3. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS

En este apartado se presentan los diferentes instrumentos cuantitativos y cualitativos para recolectar datos:

3.1 TEST NEUROPSICOLÓGICO: NEUROPSI ATENCIÓN Y MEMORIA 6 A 85 AÑOS

TEST NEUROPSICOLÓGICO: NEUROPSI ATENCIÓN Y MEMORIA 6 A 85 AÑOS	
Autor (Es)	Dra. Feggy Ostrosky, Mtra. Ma. Esther Gómez, Dra. Esmeralda Matute, Dra. Monica Roseelli, Dr. Alfredo Ardila y Dr. David Pineda
Edición o Versión	El Manual Moderno, numero 39

Lugar de Origen	México
Año de Creación	2012
Indicadores	Orientación
	Atención y Concentración
	Memoria
Total de Ítems	Funciones Ejecutivas
	27 ítems
Finalidad	<p>Evaluar procesos cognitivos, en detalle tipos de atención entre los que se encuentran la atención selectiva, sostenida y el control atencional; así como tipos y etapas de memoria incluyendo memoria de trabajo, y memoria a corto y largo plazo para material verbal y viso espacial.</p> <p>Para obtener las normas se administró el instrumento a un total de 950 sujetos normales de entre 6 y 85 años de edad. De acuerdo a la edad, se dividió a la muestra en nueve grupos 6-7, 8-9, 10-11, 12-13, 14-15, 16-30, 31-55, 56-64 y 65-85, en donde cada grupo estuvo integrado por 55 sujetos. Debido a la importancia que tiene la evaluación de población analfabeta, se estratifico la muestra de adultos de acuerdo a 3 niveles educativos: bajo 0 a 3 años de estudios, medio 4 a 9 años de estudio, y alto 10 a 24 años de escolaridad.</p>
Fiabilidad y Validez	Aplicación
Forma	Individual
Edad	6 a 85 años
Tiempo	<p>En una población sin alteraciones cognoscitivas la duración para su administración es de 50 a 60 minutos y en poblaciones con trastornos cognoscitivos es de 80 a 90 minutos.</p>
Ámbito	Se debe evaluar en un ambiente sin distracciones
Materiales	Manual, instructivo y puntuaciones totales

	Protocolo de aplicación
	Cuadernillo de tarjetas
	Hojas Bond
	Lápiz y borrador
Instrucciones	El esquema está constituido por ítems sencillos y cortos, cada uno con su indicación respectiva. En la medida de lo posible se incluyeron pruebas con alta validez neuropsicológica, y/o se adaptaron estas pruebas para poder evaluar poblaciones de ancianos o psiquiátricas.
	Calificación
El sistema de calificación aporta datos cuantitativos y cualitativos.	

3.2 TEST PSICOMÉTRICO MACI INVENTARIO CLÍNICO DE PERSONALIDAD DE MILLON

MACI. INVENTARIO CLÍNICO DE PERSONALIDAD DE MILLON	
Autor (Es)	Theodore Millon, con la colaboración de Carrie Millon, Ph D. y Roger Davis
Edición o Versión	Española, TEA Ediciones
Lugar de Origen	España
Año de Creación	2004
Indicadores	Escala de prototipos de personalidad Preocupaciones expresadas Síndromes clínico
Total de Ítems	160 ítems
Finalidad	Evaluar las características de personalidad y los síndromes clínicos de los adolescentes.
Fiabilidad y Validez	La validez de las puntuaciones de las escalas del MACI fue evaluada utilizando diversos estadísticos. Se utilizaron correlaciones entre las puntuaciones de las escalas y el criterio clínico y correlaciones entre las puntuaciones de las

	escalas y las puntuaciones de los diferentes test utilizados colateralmente.
	Aplicación
Forma	Individual, aunque en ciertas ocasiones puede hacerse una aplicación colectiva
Edad	13 a 19 años
Tiempo	Variable, aproximadamente 30 minutos
Ámbito	Se debe evaluar en un ambiente sin distracciones
	Manual
	Cuadernillo
Materiales	Hoja de respuestas
	Disco perfil
	Lápiz y borrador
Instrucciones	Una vez entregado el cuadernillo se debe solicitar al paciente que dedique unos minutos a leer las instrucciones cuidadosamente y a rellenar la información relativa a los datos personales y problemas personales en la hoja de respuestas, luego de completar estos datos, se dará inicio a la resolución de las 160 preguntas, marcando Verdadero o Falso según corresponda.
	Calificación
Virtual	

3.3 CUESTIONARIO DE HABILIDADES SOCIALES

CUESTIONARIO DE HABILIDADES SOCIALES	
Autor (Es)	Ministerio de Salud
Edición o Versión	Único
Lugar de Origen	Perú
Año de Creación	2014
	Autoestima
Indicadores	Asertividad
	Comunicación

	Toma de decisiones
Total de Ítems	42 ítems
Finalidad	Evaluar las habilidades sociales de los adolescentes detallado en cuatro aspectos: Autoestima, asertividad, comunicación y toma de decisiones.
Fiabilidad y Validez	Resolución del Ministerio de Salud
	Aplicación
Forma	Individual, aunque en ciertas ocasiones puede hacerse una aplicación colectiva
Edad	12 años a 17 años, 11 meses y 29 días
Tiempo	Variable, aproximadamente 30 minutos
Ámbito	Se debe evaluar en un ambiente si distracciones
	Manual
Materiales	Hoja de respuestas Lápiz y borrador
Instrucciones	Una vez entregado el cuestionario se debe solicitar al paciente/estudiante que dedique unos minutos a leer las instrucciones cuidadosamente y a rellenar la información relativa a los datos personales en la hoja de respuestas, luego de completar estos datos, se dará inicio a la resolución de las 42 preguntas, eligiendo nunca, rara vez, a veces, a menudo o siempre según corresponda.
	Calificación
	El sistema de calificación aporta cuantitativos (puntajes) y cualitativos (categorías)

3.4 ENTREVISTA

ENTREVISTA	
Autor (Es)	Bachilleres de la Escuela Profesional de Psicología
Edición o Versión	Primera
Lugar de Origen	Perú

Año de Creación	2019
Indicadores	Personal
	Familiar
	Educación
	Relaciones Personales
Preguntas	Preguntas abiertas y cerradas
Finalidad	Es una entrevista que consta de preguntas abiertas donde la adolescente podrá expresar libremente sus percepciones sobre diferentes aspectos de su vida personal desde etapas tempranas del desarrollo hasta su adolescencia.
Fiabilidad y Validez	Validez de la entrevista según el criterio de expertos (psicólogos, psiquiatras), valorando indicadores como son claridad, objetividad, actualidad, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia y metodología. (Anexo F)
Aplicación	
Forma	Individual para adolescentes con intento de suicidio
Edad	12 años a 17 años
Tiempo	Variable, entre dos a tres sesiones
Ámbito	Se debe entrevistar en un ambiente sin distracciones
Materiales	Protocolo
	Lápiz y borrador
Pautas para el entrevistador	Crear un buen clima con la paciente desde el inicio, no juzgar ni dar críticas, cortar la sesión si se nota cansancio o poca colaboración de la paciente

4. PROCEDIMIENTO

Para la realización del estudio en mujeres diagnosticadas con intento de autolisis se presentó el permiso a la Oficina de Capacitaciones del Hospital III Goyeneche para que el director autorice la coordinación con los servicios de emergencia, medicina mujeres y pediatría de dicho nosocomio. Se logró identificar las pacientes internadas por el diagnóstico de referencia para este estudio. Se logró dialogar con la familia y la paciente en el servicio de Psicología con el objetivo de informar sobre el objetivo de la investigación y obtener el consentimiento informado. Posteriormente, se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico intencional para seleccionar las participantes en base a criterios de inclusión y exclusión. Finalmente, se procedió a la revisión de la historia clínica, se aplicó los instrumentos clínicos y se desarrolló una entrevista a profundidad.

Análisis de datos

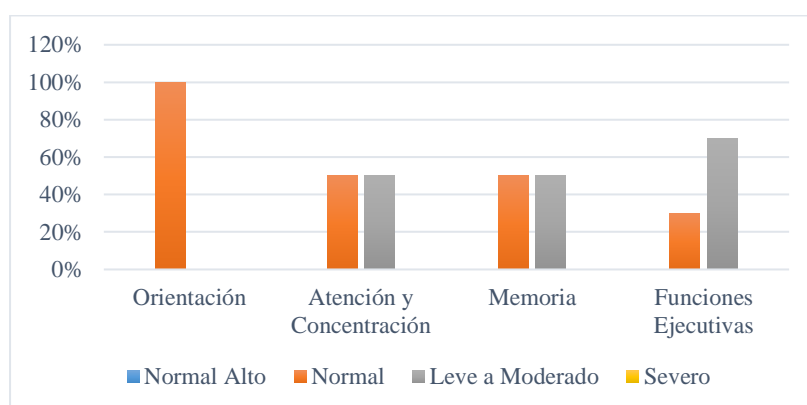
El análisis estadístico se inicia con una primera fase descriptiva de los datos con el objeto de sintetizar la información mediante la elaboración de tablas de frecuencias y porcentajes y representaciones gráficas. Posteriormente, se aplicó la triangulación metodológica, técnica de análisis de datos que se centra en contrastar enfoques a partir de los datos recolectados, bien sea aquellos de orientación cuantitativa o cualitativa. Su propósito es analizar un mismo problema desde perspectivas diferentes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos con el enfoque cuantitativo y cualitativo para finalmente realizando la propuesta de perfil psicopatológico de las mujeres con intento de suicidio.

Gráfica 1. Niveles de los Procesos Cognitivos de las adolescentes mujeres con Intento de Suicidio



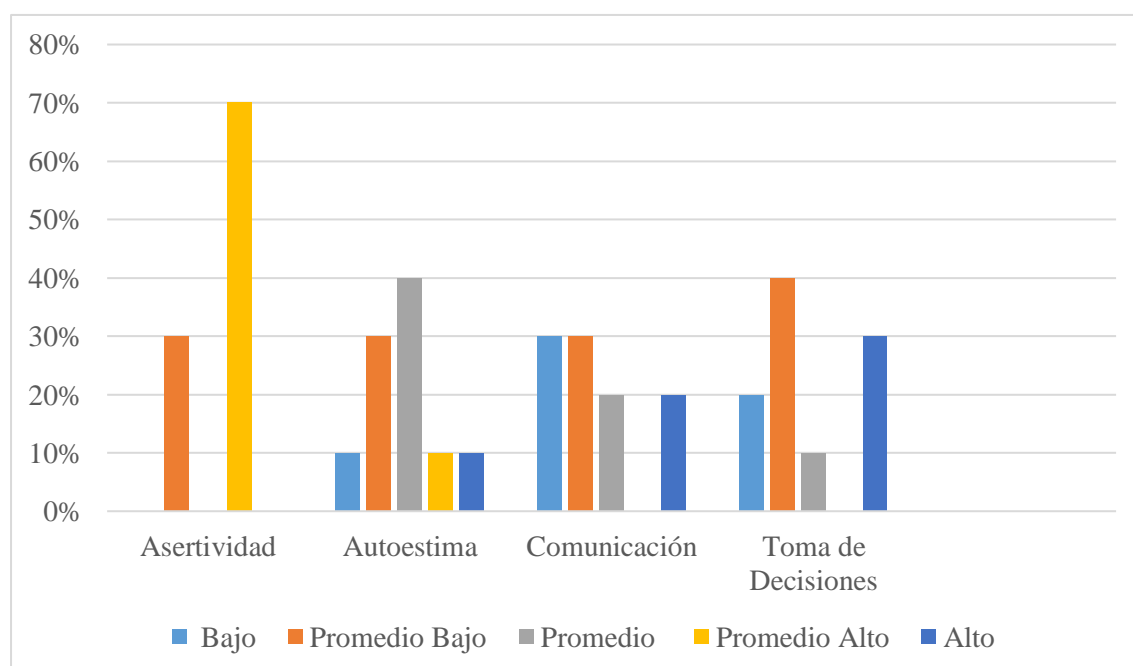
En la gráfica 1, se observa que las adolescentes diagnosticadas con intento de suicidio su orientación es normal, el 50% tiene una atención y concentración normal, en igual distribución la memoria. Mientras que, en relación a las funciones ejecutivas un 30% se encuentra en un nivel normal de funcionamiento y el 60% evidencia un nivel de disfunción leve - moderado. Al conocer los niveles de los procesos cognitivos permite considerar que las pacientes mantienen contacto adecuado con su realidad y pueden retener información, sin embargo, pueden presentar dificultades para el control inhibitorio, la planificación y toma de decisiones considerando los pro y contra de las situaciones.

Tabla 5. Características de la Personalidad de las adolescentes mujeres con Intento de Suicidio

Indicadores	Área Problemática	Porcentaje	Indicadores	Área principal preocupación	Porcentaje
Escala de Prototipos de Personalidad	Pesimista	20%	Escala de Prototipos de Personalidad	Pesimista	10%
	Autopunitivo	10%		Oposicionista	30%
	T. Limite	10%		T. Limite	20%
Preocupaciones Expresadas	Discordancia familiar	30%		Introvertido	20%
	Desagrado del propio cuerpo	10%		Histriónico	10%
	Incomodidad respec. Sexo	10%		Egocéntrico	20%
	Prop. Impulsividad	20%		Autopunitivo	10%
Síndromes Clínicos	Abuso de sustancias	10%		Rudo	20%
	Predis. Delincuencia	10%		Rebelde	20%
	Sentimientos de ansiedad	10%		Difusión de la identidad	40%
	Tendencia al suicidio	10%	Preocupaciones Expresadas	Desvalorización de sí mismo	10%
				Insensibilidad social	10%
				Discordancia familiar	30%
				Abuso en la infancia	20%
				Tendencia al suicidio	20%
			Síndromes Clínicos	Abuso de sustancias	20%
				Predis. Delincuencia	20%
				Prop. Impulsividad	40%
				Afecto depresivo	20%

En la tabla 5, se observa que las áreas problemáticas destacan el pesimismo, discordancia familiar y propensión a la impulsividad. En el caso de las áreas de principal preocupación prevalecen el rasgo oposicionista, introversión, egocentrismo, difusión de la identidad y propensión a la impulsividad. De acuerdo a los datos numéricos, prevalece que de las 10 adolescentes mujeres con intento de suicidio 2 presentan estas características en su personalidad. Puede ser que no sean rasgos acentuados, pero hay que especificar que estas adolescentes se encuentran en desarrollo de su personalidad, y si no se efectúa un cambio en su entorno pueda ser que se conviertan en rasgos significativos.

Gráfica 2. Niveles de las Habilidades Sociales de las adolescentes mujeres con Intento de Suicidio



En la gráfica 2, se observa que las adolescentes diagnosticadas con intento de suicidio en las diferentes áreas sobre habilidades sociales un 70% se encuentra en el nivel promedio alto y un 30% en un nivel promedio bajo; un 40% evidencia un nivel promedio y un 30% nivel promedio bajo; en las habilidades de comunicación un 30% se encuentran en el nivel

bajo y promedio bajo respectivamente; finalmente, en toma de decisiones un 40% se encuentra en el nivel promedio bajo y un 30% en un nivel alto. Es decir, de las 10 entrevistadas, un aproximado de 4 adolescentes mujeres presenta habilidades sociales en un nivel promedio bajo. Aunque pueden poseer estas habilidades no tienen a desarrollarlas con normalidad, ya que las características de su entorno no ayudan a desenvolverse como deberían.

Tabla 6. Aspectos Personales de la vida de las adolescentes mujeres con Intento de Suicidio

Personal		Familiar		Educación	Relaciones Personales	
Pensamiento	Pensamiento negativo	Entorno familiar	Ausencia de apego	Rendimiento académico bajo	Amigos	Acoso y/o conflicto con pares
	Desagrado por el propio cuerpo		Discordancia familiar	Abandono escolar		Habilidades sociales inadecuadas
	Pensamiento suicida		Violencia familiar	Dificultades para adaptarse a situaciones sociales		Factor de riesgo
	Reacciones impulsivas		Soporte familiar inadecuado			Relaciones interpersonales inestables
Sentimientos	Desvalorización de sí misma	Padre	Desconfianza hacia los padres	Incumplimiento para cumplir normas y reglas	Pareja	Conflictos con la pareja
	Sentimientos de abandono y soledad		Separación de los padres	Relación conflictiva con profesores		
	Sentimientos de culpabilidad		Inmadurez para desempeñar el rol de padre			
	Sentimientos de tristeza		Idealización del padre			

	Sentimientos de desesperanza		Juicio negativo hacia el padre
	Sentimientos de inseguridad		Ausencia de la figura paterna
	Sentimientos para sentir placer		Relación negativa
	Ausencia total y/o eventual de la figura materna	Madre	Inmadurez para desempeñar el rol de madre
Percepción hacia la familia	Conflicto por la ausencia de la figura paterna		Reacciones impulsivas
	Necesidad de una relación familiar positiva	Hermanos	Relación negativa
	Falta de asertividad		Percepción inadecuada
Habilidades Sociales	Autoestima baja	Actual	Violencia familiar
	Dificultad en la toma de decisiones	pareja de la madre	Relación negativa con la actual pareja
	Consumo de sustancias		

Conducta de riesgo	Incumplimiento de normas
	Aborto prematuro
	Tocamientos indebidos
Abuso en la infancia	Abuso sexual
	Abuso físico
	Abuso psicológico

En la tabla 6, se puede observar que en el área personal de las adolescentes con intento de suicidio coinciden en que se perciben a sí mismas de manera negativa, la desvalorización conlleva a la pérdida de confianza en sus habilidades, por lo mismo, puede manifestar estados afectivos de tristeza, sensación de soledad y abandono, sentimientos que desencadenan la sensación de desprotección, el mismo que se acentúa por la falta de presencia de ambos padres tanto a nivel afectivo como a nivel correctivo. Las experiencias de maltrato en la niñez y durante la adolescencia puede dificultar que logren comunicar lo que sienten y piensan de manera constructiva, más bien, pueden advertir al medio más próximo que necesitan de atención, pero realizando conductas de riesgo como: incumplir normas sociales y asumir conductas de consumo de sustancias.

En el área familiar, la experiencia de violencia entre sus padres y hacia ellas, es una característica común, por lo que pueden percibir que la familia en lugar de ser un lugar seguro es considerado como un lugar peligroso; las dudas sobre el rol que cumplen ambos padres dificultan la integración de social y adquisición de normas positivas de convivencia; tienden a idealizar la figura paterna, pero las entrevistadas coinciden en percibir que esta figura está ausente mientras que, la figura materna se percibe como impulsiva y con frialdad o indiferencia para expresar afecto.

En el área escolar, las entrevistadas manifestaron que presentaban un rendimiento académico bajo y que han abandonado los estudios. Finalmente, en el área de relaciones personales, han expresado ser víctimas de acoso por parte de sus pares y que las relaciones de pareja han sido inestables.

PROPUESTA DE PERFIL PSICOPATOLÓGICO DE LAS MUJERES ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

Criterios propuestos

- A. La adolescente ha realizado un intento de suicidio.
- B. El acto no cumple criterios para la autolesión no suicida.
- C. El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida o a los actos preparatorios.
- D. El acto no se inició durante un delirio o un estado de confusión.
- E. El acto no se llevó a cabo únicamente con un fin político o religioso.

Características diagnósticas

Procesos Cognitivos

- Propensión a la impulsividad, tendencia a actuar sin pensar de forma rápida y desmedida ante cualquier estímulo externo, sintiendo la necesidad y el derecho de hablar francamente y de comportarse de manera que concuerde con su nuevo sistema de creencias que va desarrollando.
- Su rendimiento escolar es bajo, no necesariamente por un problema de CI, sino por las situaciones que atraviesa, llegando a incumplir sus deberes y tareas eficientemente, en algunos casos tiene dificultades con los profesores.

Características de personalidad y síndromes clínicos

- Sentimientos de abandono y soledad, culpabilidad, tristeza, desesperanza, inseguridad e incapacidad para sentir placer, falta de energía; que están reflejados en su comportamiento.
 - Mantiene pensamientos negativos, ideas suicidas, desesperanza, desagrado por el propio cuerpo, desvalorización de sí misma.
-

-
- Reacciona de manera desafiante, con sentimientos muy intensos de proclamar la desaprobación de sí mismo y culparse por no ser capaces de cubrir las expectativas y/o deseos de los demás.

Habilidades Sociales

- Tiene dificultades para tomar decisiones de manera asertiva y comunicar lo que piensa y siente. Actúa de manera impulsiva ante diversas situaciones.
- Mantiene relaciones impersonales inestables, y conflictos constantes con la pareja que puede ser de su edad y en otros casos mayores.
- En cuanto a sus relaciones personales, hubo uno o más episodios de conflicto y/o acoso de sus pares (amenazas, gritos, peleas) dentro y fuera de la Institución Educativa, los cuales también llegan a ser un factor de riesgo para la adolescente.

Aspectos del desarrollo del adolescente

Familia

- La percepción que tiene de su familia se centra en la ausencia total y/o parcial de la figura materna (por muerte o trabajo), conflicto por la ausencia de la figura paterna (no se encuentra con ella por diversos motivos: trabajo, residencia fuera de la ciudad).
 - Se denota cierta necesidad de una relación familiar positiva (no necesariamente con los progenitores), para compensar privilegios de madurez, seguridad y sostén de la familia.
 - La ausencia de apego, soporte familiar inadecuado, estilos de crianza inadecuados, violencia familiar, desconfianza hacia alguno de los progenitores, separación de los padres, son algunas características básicas de su entorno familiar.
 - Muestra relaciones insatisfactorias con sus padres y hermanos, careciendo de modelos de rol y/o recibiendo mensajes confusos.
-

-
- Mantiene un rol distinto al que debería dentro de su hogar, ya que cuida a sus hermanos menores (cocina, los lleva al colegio, les ayuda a hacer sus tareas) y/o debe cuidar de sí misma, ya que los padres no están permanentemente en el hogar. Sus padres al haberlos concebido jóvenes no tienen la madurez necesaria para desempeñar el rol que deberían.

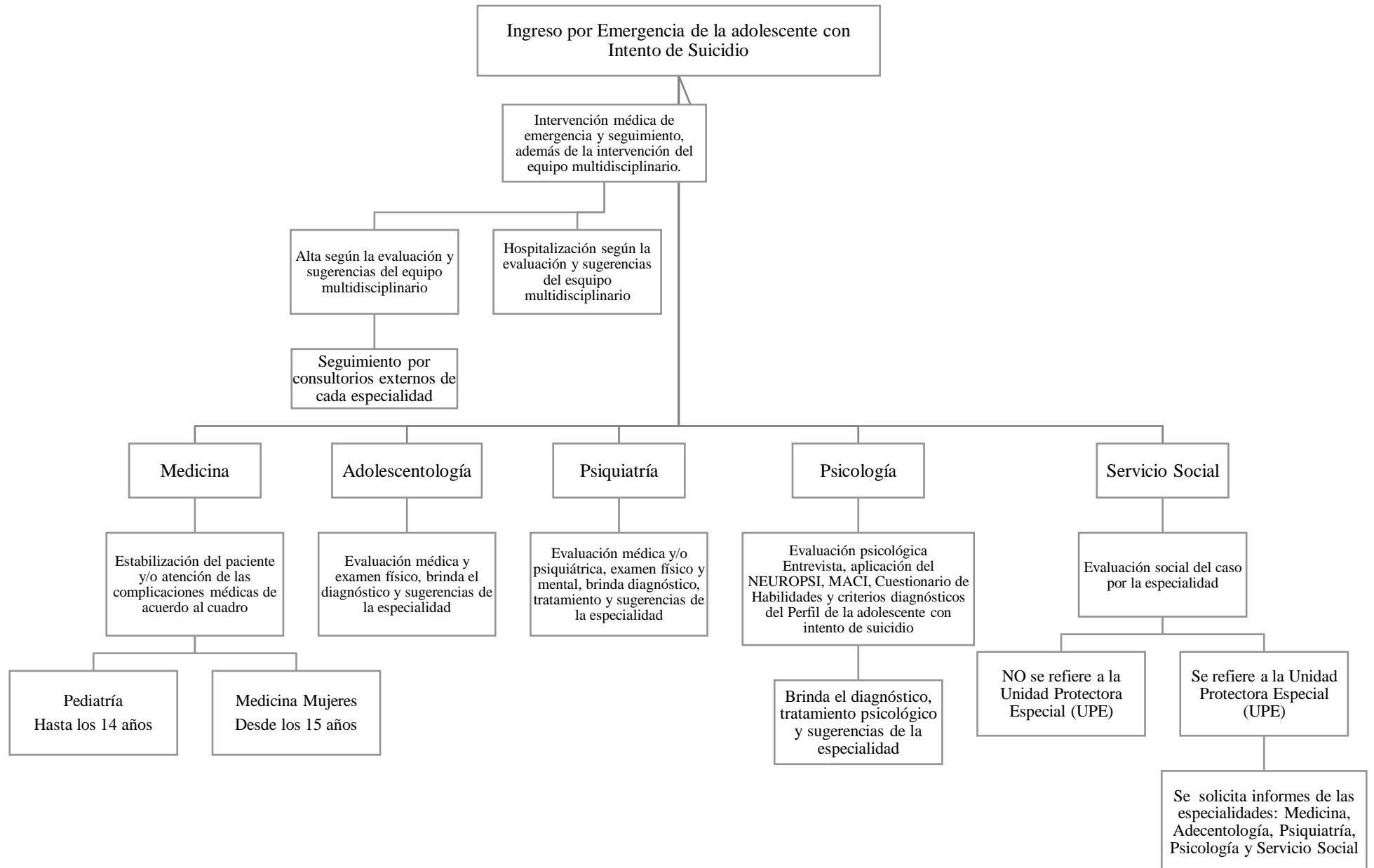
Conductas de riesgo

- Mantiene conductas de riesgo como son: consumo de sustancias (alcohol, tabaco y/o drogas), incumplimiento de normas (salir sin permiso, no ingresa a clases, no llega a dormir a casa, huir con amigos y/o enamorado, abortos), autolesiones (en el antebrazo y/o piernas), inicio de relaciones sexuales a temprana edad, en algunos casos llegan a realizarse tatuajes.

Abuso en la infancia

- Antecedente de tocamientos indebidos, abuso sexual, físico y/o psicológico en la infancia y/o adolescencia, por parte de familiares y/o profesores.
-

**ACCESO AL INTERNAMIENTO POR INTENTO DE
SUICIDIO EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ**



DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue proponer un perfil psicopatológico del adolescente con intento de suicidio de adolescentes atendidas en el Hospital III Goyeneche de marzo del 2018 a mayo del 2019. En la presente investigación se encontraron diversos resultados los cuales ayudaran a incrementar de manera beneficiosa y verídica el trabajo no solo del psicólogo clínico sino también a poner en descubierto aquellos factores de riesgo en adolescentes, para que las autoridades pertinentes tomen conciencia de las mismas.

Las características generales de las pacientes pertenecientes a nuestra investigación, son mujeres adolescentes que oscilan entre los 13 a los 17 años de edad, cursan sus estudios secundarios, residen en la ciudad de Arequipa, pertenecen a la religión católica. En cuanto a la atención médica proceden de los Servicios de Medicina Mujeres y Pediatría, ingresaron con el diagnóstico común de intento de autolisis, utilizando como instrumentos órgano fosfato/piretroides y medicamentos/ benzodiacepinas, siendo el horario de preferencia entre las 06:01 – 12:00 horas. Concordando con las características que describe Cabrejos (2005), llevaron a cabo el suceso utilizando un veneno de libre venta y difundido entre la población como raticida, compuesto por sustancias organofosforadas y carbamatos.

En cuanto a los procesos cognitivos, la totalidad de la población evaluada se encuentra en el rango normal en relación a Orientación, por ende, tienen un nivel de conciencia y estado general de activación adecuado para su edad. Seguido de atención, concentración y memoria los cuales se ubican en los rangos normal y leve - moderado, es aquí donde se expone los procesos de enfocar y sostener la atención; filtrar y concentrar la información; registro, almacenamiento y recuperación de la misma. Por último, en

funciones ejecutivas hay una prevalencia de leve - moderado, por lo tanto se puede mencionar que la mayoría de evaluadas pueden presentar dificultades en el control inhibitorio, la planificación, regulación y evaluación de diversas actividades. Dajas (2016), nos dice que los factores estresantes ambientales y familiares habitualmente se prolongan en la adolescencia y acentúan los cambios epigenéticos y la disfunción cerebral que los acompaña. Aparecen también los primeros comportamientos, frecuentemente asociados en los casos más severos, como adicción o violencia. Los cambios cerebrales descritos se corresponden con una disfunción cognitiva, de grado variable, que puede llegar a ser importante por la suma de factores ambientales y sociales. La disfunción prefrontal impide la evaluación flexible de posibilidades de salida a situaciones estresantes, situación que se agrava por la dificultad afectiva en evaluar el valor hedónico de cualquier salida. La toma de decisiones requiere de la capacidad de evaluar y predecir las posibilidades de recompensa en su sentido más amplio y proseguir un curso de acción que asegure su obtención. La falta de flexibilidad cognitiva, el congelamiento afectivo y la descompensación emocional en la evaluación ambiental negativa se corresponden con las ideas fijas de «no sirvo», «no hay futuro», «nada puede cambiar», tríada característica de la desesperanza en el contexto cognitivo de la depresión.

Se resalta que las características de personalidad en esta muestra son pesimista, caracterizada por el abatimiento, falta de alegría, incapacidad de expresar placer, sensación de abandono y soledad, tristeza, culpabilidad, inseguridad, reacciones impulsivas; diferente a los resultados de Tercero (1999), quien describe como características principales la obstinación, orgullo, rebeldía y desafío. Pero similar a Cortina (2009), quien dice que estos pacientes tienen un carácter de impulsividad, rasgo que se encuentra muy presente en sujetos con conducta suicida, también son incapaces

de sentir afectos positivos, son irritables y sensibles a situaciones sociales, tienden a perder el control, poco asertivos.

En cuanto al entorno familiar las cualidades son padres separados, ausencia de apego, violencia familiar, soporte familiar inadecuado, discordancia familiar, estilos de crianza inadecuados, desconfianza hacia alguno de los padres, idealización de la figura paterna ausente, conductas de riesgo; características comunes que describe Miranda (2013). Estas situaciones encontradas en estas adolescentes y la relación que llevan con los miembros de su familia convergen para que se presente diversa sintomatología, ya que imposibilita el proceso de desarrollo de habilidades sociales. Por otro lado se muestra los roles maternos y paternos se encuentran distorsionados, ya que en algunos casos se evidencio que algunas adolescentes tomaban el rol de la madre en el hogar. También tenemos a Reyes (2001), quien observo que en la evaluación de las familias de los suicidas con relación al funcionamiento familiar es predominante disfuncional, mala afectividad en sus familias, como factores familiares esenciales de riesgo tenemos riñas familiares, abandono emocional o físico, rechazo a familiares.

El rendimiento bajo es otro factor importante en esta población, ya que por lo descrito anteriormente se evidencia que como consecuencia se podría llegar al abandono escolar, lo que afectaría en mayor escala el futuro de las menores. Cabrejos (2005) nos menciona que los adolescentes provenientes de hogares con insuficiente ingreso económico, en su mayoría maltrato físico y psicológicamente, rodeados por personas con sintomatología psiquiátrica o problemas de conducta, en consecuencia, tienden a tener problemas en su rendimiento académico.

CONCLUSIONES

PRIMERA. Los procesos cognitivos de las adolescentes con intento de suicidio se encuentran dentro del rango normal con relación a orientación, seguido de atención, concentración y memoria. En cuanto a funciones ejecutivas la prevalencia es de leve – moderado, por lo que se debe de mencionar la dificultad para el control inhibitorio, planificación y regulación de diversas actividades.

SEGUNDA. En cuanto a las características de personalidad en las adolescentes con intento de suicidio predominan: pesimista, falta de alegría, incapacidad para expresar placer, sensación de abandono, desesperanza hacia el futuro, reacciones impulsivas, pensamiento negativo, desagrado por el propio cuerpo, desvalorización de sí mismas, percepción negativa hacia los padres, habilidades sociales inadecuadas y conductas de riesgo.

TERCERA. En relación a las habilidades sociales de las adolescentes con intento de suicidio en asertividad, autoestima y comunicación se encuentra en un nivel promedio, sin embargo, en toma de decisiones se encuentra en un nivel promedio bajo por lo que, estas pacientes presentan dificultades en la identificación, análisis de problema, generar alternativas y ejecutar acciones de afrontamiento.

CUARTA. Los aspectos del desarrollo de las adolescentes con intento de suicidio presentan sentimientos de desvalorización, reacciones impulsivas, desagrado por el propio cuerpo, pensamiento negativos y conductas de riesgo; pertenecen a familias disfuncionales, con ausencia o déficit en la expresión del afecto por ambos padres, experiencia de maltrato y violencia, roles difusos entre los miembros de la familias; dificultades para adaptarse a situaciones como académico y social; y experiencias de acoso por parte de sus pares e inestabilidad en las relaciones de pareja.

QUINTA. El perfil psicopatológico de las adolescentes con intento de suicidio presentan desarrollo cognitivo normal (orientación, atención y concentración y memoria) pero en las funciones ejecutivas obtienen un nivel promedio bajo. En cuanto a las características de personalidad mantienen pensamientos negativos y desvalorización sobre sí misma, percepción negativa hacia la familia, dificultad para adaptarse a situaciones sociales y conductas de riesgos. En cuanto a las habilidades sociales se caracterizan por presentar dificultad para expresar lo que piensan y sienten de manera asertiva, manteniendo dificultades para analizar las consecuencias sus actos.

RECOMENDACIONES

1. Se debe implementar una guía de intervención para pacientes con intento de suicidio entre las edades de 12 a 17 años.
2. La elaboración de un perfil psicopatológico en adolescentes con intento de suicidio requiere que los manuales y programas de prevención e intervención sean adaptados a la realidad para reducir los indicadores de salud mental en adolescentes.
3. Diseño de protocolos para establecer la secuencia de intervención desde la entrevista, evaluación y diagnóstico en pacientes con intento de suicidio.
4. El trabajo multidisciplinario debe incluir capacitaciones, mesas de diálogo, discusión de casos para elaborar cartillas de detección de intento de suicidio y factores de riesgo.
5. Consensuar los criterios para registrar los casos para realizar un mejor control de registro de los casos que ingresan a los hospitales.
6. En el ambiente familiar y escolar realizar campañas de prevención sobre los factores de riesgo relacionados con el intento de suicidio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1,300 intentos de suicidio reportó Ministerio de Salud durante el 2018. (2018, 7 de setiembre).

Andina Agencia Peruana de Noticias. Recuperado de <https://andina.pe/agencia/noticia-1300-intentos-suicidio-reporto-ministerio-salud-durante-2018-724444.aspx>

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Editorial Médica Panamericana.

Blasco, & Fontecilla. (2010). Depresión y Intento de suicidio. *Psiquiatría y Salud mental*.

Cabrejos, C., Kruger, H. & Samalvides, F. (2005). Intento de suicidio en niños y adolescentes, sus características biopsicosociales y diagnósticos psiquiátricos. *Rev. de Neuro-Psiquiat*, 68, 55-66.

Campos, A. (2009). *Métodos mixtos de Investigación*. Colombia: Investigar Magisterio.

Camps, S., Castillo, J., & Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clinica y Salud*, 64-74.

Cazorla, E. (2014). *Psicopatología*. Arequipa.

Ccoillo, M. (2018, 09 de setiembre). Al día, ocurren seis intentos de suicidio en el Perú. Recuperado de <https://larepublica.pe/sociedad/1315482-suicidios-peru-dia-ocurren-seis-intentos/>

Cicchetti, D., & Rogosch, F. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6-20.

Cortés, M. (2016). Relato de vida de un intento suicida adolescente mi mayor gesto, Tesis de maestría. Universidad de Chile, Santiago de Chile.

- Cortina, E., Peña, M. & Gómez, Y. (2009). Factores psicológicos asociados a intentos de suicidio en jóvenes entre 16-25 años del Valle de Aburrá. *Revista de Psicología Universidad de Antioquía*, 1(1), 55-73.
- Donaldson, S. y. (1998). Depresion y comportamiento suicida. *Salud mental*.
- Flaquer, L. (1998). *El destino de la familia*. Barcelona: Ariel
- Fonseca, E., Paino, M., & Lemos, S. (2013). Patrones desadaptativos de la personalidad del clusber B en adolescentes españoles. *Psiquiatría y Salud Mental*, 129-138.
- Freemann, & Reinecke. (1995). Tipos de conducta suicida. *Salud Mental*.
- HALL, S. (s.f.). Obtenido de <https://psicologia.laguia2000.com/la-adolescencia/la-adolescencia-segun-g-stanley-hall>
- Kernberg, P., Weiner, A. & Bardenstein, K. (2002). *Trastornos de Persoalidad en niños y adolescentes*. Mexico: El Manual Moderno.
- Labbé, N. (2016). Mentalización y regulación emocional en adolescentes chilenos con Personalidad Límite. Un acercamiento al estudio de Trastorno de Personalida Límite en adolescentes, tesis de magister. Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia. *Redalyc*, 19-28.
- Ley N°30947 (2019, 22 de mayo). El Peruano. Recuperado de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004-1/>
- Millon, T., Millon, C. & Davis, R. (2004). *Maci inventario clínico para adolescentes de Millon - Manual*. España: TEA Ediciones.

- Ministerio de Salud. (2005). *Manual de Habilidades Sociales en adolescentes escolares*. Perú: Ministerio de Salud
- Ministerio de Salud. (2008). *Guía de práctica clínica en Conducta Suicida*. Perú: Ministerio de Salud
- Ministerio de Salud. (2018, 11 de setiembre). Mayoría de personas que intentaron suicidarse sufrieron algún tipo de violencia. Nota de prensa. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/18830-mayoria-de-personas-que-intentaron-suicidarse-sufrieron-algun-tipo-de-violencia>
- Ministerio de Salud. (2018). *Lineamientos de política sectorial de Salud Mental*. Perú: Ministerio de Salud
- Miranda, I. (2013). Percepción del contexto familiar que poseen niños sonorenses para explicar la sintomatología depresiva y la ideación suicida, tesis de doctorado. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C., Hermosillo, Sonora.
- Mosquera, A. (2003). Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital "Hermilio Valdizá" durante febrero 2000 - enero 2001, tesis para especialidad. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Muñoz, A. & Sánchez, M. (2006). Estructura de la familia de origen del Trastorno Límite de la Personalidad. *Scielo*, recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612006000100004
- Najman, Heron, Hayatbakhsh, Dingle, Jamrozik, & al, B. e. (2008). Conducta autolesiva e ideación suicida. *Actas Psiquiátricas*.

Organización Mundial de la Salud (2019). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Recuperado de

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/es/

Organización Mundial de la Salud (2019). Salud Mental del adolescente. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Ostrosky, F., Gómez, E., Matute, E., Roseelli, M., Ardila, A., & Pineda, D. (2012). *Neuropsi Atención y Memoria 6 a 85 años Manual, instructivo y puntuaciones totales*. México: El Manual Moderno.

Pedreira, J., Blanco, V., Pérez, M., & Quiroz, S. (2014). Psicopatología en la adolescencia. *Medicine*, 3612-3621.

Preocupante. Todos los días se suicida una persona en Perú. (2019, 23 de abril). Perú 21. Recuperado de <https://peru21.pe/vida/suicidio-preocupante-dias-suicida-persona-peru-473768-noticia/>

Psiquiatría, A. A. (2011). *Neuro - Psiquiatría*. Obtenido de <http://www.dsm5.org>

Puma, A. (2018). Frecuencias y características sociodemográficas del intento de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital III Goyeneche de Arequipa entre los años 2013 al 2017, tesis de pregrado. Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa.

Reyes, W., & Torres N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Rev. Cubana Med Gen Integr*, 17(5), 452-460.

Rutter, M., & Schopler, E. (1992). Classification of pervasive developmental disorders: Some concepts and practical considerations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 459-482.

Seelbach, G. (2013). *Teoría de la Personalidad*. México: Red Tercer Milenio.

Tercero, G. (1999). Perfil psicológico de adolescentes que intentaron suicidarse. *Revista Mexicana de Pediatría*, 66(5), 197-202.

Teulé, J. (2015). Procesos cognitivos relacionados con el aprendizaje de la lectura del alumnado de Educación Primaria, tesis de pregrado. Universidad Internacional de La Rioja, Lérida.

Valdivia, A. (2014). *Suicidología prevención, tratamiento psicológico e investigación de procesos suicidas*. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC).

Vulnerables a los suicidios (2018, 27 de abril). La República. Recuperado de https://larepublica.pe/sociedad/1233769-vulnerables-suicidios/?fbclid=IwAR0kCQxm1jv58VFkkPZ_3dVDYWYliCERj3E7diivrW2A68GdstNXu3yMfhI

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

Estimados padres y/o apoderados:

Estamos realizando una investigación sobre el intento de suicidio, que en los últimos años se ha visto incremento de casos no solo a nivel nacional sino a nivel regional. Su menor hija ha sido invitada a participar en dicha investigación titulada “Perfil psicopatológico de las adolescentes con intento de suicidio internadas en el Hospital III Goyeneche del 2018 al 2019”.

Este formulario de consentimiento explica el estudio de investigación. Por favor, léalo detenidamente. Haga preguntas sobre cualquier cosa que no entienda. Si no tiene preguntas ahora, usted puede hacerlo en cualquier momento, por los medios de contacto que más abajo se detallan. La participación de su hija en éste estudio es completamente voluntaria.

El objetivo es establecer el perfil psicopatológico del adolescente con intento de suicidio a través del estudio de caso mediante la evaluación de pacientes atendidos en el Hospital III Goyeneche de marzo del 2018 a mayo del 2019, este estudio de investigación está dirigido a adolescentes entre 12 años a 17 años, 11 meses, 29 días internadas en dicho Nosocomio, de la ciudad de Arequipa. Aproximadamente, participarán un total de 10 adolescentes.

Si usted autoriza a su hija para participar en este estudio se le aplicarán las siguientes pruebas psicológicas:

- Se le tomará el *Test Neuropsicológico: Neuropsi Atención y Memoria 6 a 85 años*, el objetivo de la presente evaluación es identificar las funciones cognitivas de las adolescentes. El procedimiento tiene una duración de 50 a 60 minutos. Esto se realizará en las instalaciones del Hospital.
- También se realizará *Test Psicométrico Inventario Clínico de Personalidad (Millon) MACI*, esta evaluación tiene el objetivo de identificar rasgos de personalidad y síntomas clínicos de las adolescentes, tendrá una duración de 30 a 40 minutos.
- Por último, se efectuará una entrevista con el propósito de conocer los diversos aspectos de la vida de las menores y así ejecutar un perfil psicológico de estas.

Las evaluaciones descritas anteriormente, no tendrán costo para usted, ni para la institución.

Si usted no desea que su que su hija participe no implicará sanción. Además, su hija tiene el derecho a negarse a responder a preguntas concretas, también puede optar por retirarse de este estudio en cualquier momento y la información que hemos recogido será descartada del estudio y eliminada.

Cabe destacar que no existe ningún riesgo para su hija por su participación. Si ella lo desea puede dejar de participar de las evaluaciones. Al participar de todo el estudio los beneficios directos que recibirá usted o su hija son los resultados de las evaluaciones y la posibilidad de prevenir la presencia de intentos de suicidio a temprana edad y permitir a los

investigadores proponer la creación de programas para la prevención del intento de suicidio en adolescentes. No se contempla ningún otro tipo de beneficio para usted o su hija.

Los datos obtenidos serán de carácter confidencial, se guardará el anonimato de su hija, estos datos serán organizados con un número asignado, la identidad de los menores estará disponible sólo para el personal de salud y se mantendrá completamente reservada. Los datos estarán a cargo del equipo de investigación de este estudio para el posterior desarrollo de informes y publicaciones dentro de revistas científicas. Todos los nuevos hallazgos significativos desarrollados durante el curso de la investigación, le serán entregados a usted. Además, se entregará al establecimiento de salud, un informe con los resultados globales sin identificar el nombre de las participantes.

La información recolectada no será usada para ningún otro propósito, además de los señalados anteriormente, sin su autorización previa y por escrito. Cualquier pregunta que desee hacer durante el proceso de investigación, podrá contactarse con Maryori Condori

Mejía (mcondorimej@unsa.edu.pe; 986258616) y/o Wendy Del Carpio Motta (wdelcarpiom@unsa.edu.pe; 957753101), responsables del proyecto en ejecución.

Si Ud. siente que en este estudio se han vulnerado sus derechos o el de su hija podrá contactarse con el jefe del Servicio de Psicología, el Psic. Aldo Gamero Carpio, celular 974404683, Correo electrónico: aldogamero100@hotmail.com, o concurrir personalmente a la oficina del Servicio de Psicología, en horario de 08:00 a 14:00 horas.

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (PADRES)

Yo _____,
identificado con número de D.N.I. _____, acepto que mi hija
_____, participe voluntaria y
anónimamente en la investigación “Perfil psicopatológico de las adolescentes con intento de suicidio internadas en el Hospital III Goyeneche del 2018 al 2019”.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que se le solicitará a mi hija.

Autorizo que mi hija participe de los siguientes procedimientos:

- a. Se le tomen las siguientes evaluaciones: *Test Neuropsicológico: Neuropsi Atención y Memoria 6 a 85 años, Test Psicométrico Inventario Clínico de Personalidad (Millon) MACI.*

SI

☐

NO

☐

b. Se hará una entrevista, la cual tendrá una duración de 40 minutos aproximadamente minutos.

SI

--

NO

--

Declaro haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra ningún daño o peligro para la salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negar la participación de mi hijo/a o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será **confidencial y anónima**. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de modo personal. Por último, la información que se obtenga será guardada y analizada por las investigadoras, la resguardara y sólo se utilizará para los fines de este proyecto de investigación.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Arequipa, ____ de ____ del ____

Firma o huella digital del Apoderado	
D.N.I.	

Firma del investigador	
D.N.I.	

REVOCATORIA / DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

Arequipa, ____ de ____ del ____

Firma o huella digital del Apoderado	
D.N.I.	

Firma del investigador	
D.N.I.	

Anexo B. Hoja de resumen del Test Neuropsicológico: Neuropsi atención y memoria 6 a 85 años

HOJA DE RESUMEN

PUNTUACIONES TOTALES	PUNTUACIÓN NORMALIZADA
Total atención y funciones ejecutivas	
Total de memoria	
Total de atención y memoria	

ÁREA	SUBESCALAS Y SU PUNTACIÓN MÁXIMA	PUNTUACIÓN NATURAL
ATENCIÓN Y FUNCIONES EJECUTIVAS	Orientación total (7)	
	Dígitos progresión (9)	
	Cubos progresión (9)	
	Detección visual aciertos (24)	
	Detección digital total (10)	
	Series sucesivas (3)	
	Formación de categorías (25)	
	Fluidez verbal semántica – reclasificada (4)	
	Fluidez verbal fonológica – reclasificada (4)	
	Fluidez no verbal total – reclasificada (4)	
	Funciones motoras total (20)	
	Stroop tiempo interferencia – reclasificación (4)	
	Stroop aciertos interferencia – reclasificación (4)	

MEMORIA	Dígitos regresión (8)	
	Cubos regresión (8)	
	Curva memoria codificación volumen promedio (12)	
	Pares asociados codificación volumen promedio (12)	
	Memoria lógica codificación promedio de historias (16)	
	Memoria lógica codificación promedio de temas (5)	
	Figura semicompleja/Rey-Osterreith codificación (12/36)	
	Caras codificación (4)	
	Memoria verbal espontanea total (12)	
	Memoria verbal por claves total (12)	
	Memoria verbal reconocimiento total (12)	
	Pares asociados evacuación total (12)	
	Memoria lógica evocación promedio historias (16)	
	Memoria lógica evocación promedio temas (5)	
	Figura semicompleja/Rey-Osterreith evocación (12/36)	
	Evocación de nombres (8)	
	Reconocimiento de caras total (2)	

Anexo C. Hoja de respuestas del Test psicométrico Maci Inventario Clínico De Personalidad de Millon

HOJA DE RESPUESTAS

Nombres y Apellidos: _____

Sexo: ____ Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Edad: _____ HC: _____ Servicio: _____ Institución Educativa: _____

Evaluable: _____ Fecha: _____

INDICACIÓN: Lee las frases del cuadernillo que te han entregado y decide si, aplicadas a ti, son *VERDADERAS (V)* o *FALSAS (F)*. Anota solo una respuesta para cada frase e intenta no dejar frases sin contestar, aunque no estés totalmente seguro de tu respuesta, si no eres capaz de decidirte por V o F, debes poner la letra F (Falso).

No hay respuestas buenas ni malas, correctas o incorrectas. Lo que interesa es solamente conocer que es lo que habitualmente sientes o piensas.

N°	Rpt	N°	Rpt	N°	Rpt	N°	Rpt	N°	Rpt	N°	Rpt	N°	Rpt	N°	Rpt
1		21		41		61		81		101		121		141	
2		22		42		62		82		102		122		142	
3		23		43		63		83		103		123		143	
4		24		44		64		84		104		124		144	
5		25		45		65		85		105		125		145	
6		26		46		66		86		106		126		146	
7		27		47		67		87		107		127		147	
8		28		48		68		88		108		128		148	
9		29		49		69		89		109		129		149	
10		30		50		70		90		110		130		150	
11		31		51		71		91		111		131		151	
12		32		52		72		92		112		132		152	
13		33		53		73		93		113		133		153	
14		34		54		74		94		114		134		154	
15		35		55		75		95		115		135		155	
16		36		56		76		96		116		136		156	
17		37		57		77		97		117		137		157	
18		38		58		78		98		118		138		158	
19		39		59		79		99		119		139		159	
20		40		60		80		100		120		140		160	

Anexo D. Cuestionario de Habilidades Sociales

CUESTIONARIO DE HABILIDADES SOCIALES

Nombres y Apellidos: _____

Evaluador: _____ **Fecha:** _____

INSTRUCCIONES: A continuación encontraras una lista de habilidades que las personas usan en su vida diaria, señala tu respuesta marcando con una “X” uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios:

N	Nunca
RV	Rara vez
AV	A veces

AM	A menudo
S	Siempre

Recuerda que tu sinceridad es muy importante, no hay respuestas buenas ni malas, asegúrate de contestar todas.

NOTA: Los asteriscos “*” so respuestas de valor inverso.

Nº	HABILIDADES	N	RV	AV	AM	S
1	Prefiero mantenerme callado(a) para evitarme problemas.*					
2	Si un amigo (a) habla mal de mí persona le insulto.*					
3	Si necesito ayuda la pido de buena manera.					
4	Si una amigo(a) se saca una buena nota en el examen no le felicito.					
5	Agradezco cuando alguien me ayuda.					
6	Me acerco a abrazar a mi amigo(a) cuando cumple años.					
7	Si un amigo (a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura.					
8	Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa.*					
9	Le digo a mi amigo (a) cuando hace algo que no me agrada.					
10	Si una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado.					
11	Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola.					
12	No hago caso cuando mis amigos (as) me presionan para consumir alcohol.					
13	Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla.*					
14	Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que me dicen.					
15	Miro a los ojos cuando alguien me habla.					

16	No pregunto a las personas si me he dejado comprender.*					
17	Me dejo entender con facilidad cuando hablo.					
18	Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor.					
19	Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias.*					
20	Si estoy "nervioso(a)" trato de relajarme para ordenar mis pensamientos.					
21	Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.					
22	Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud.					
23	No me siento contento con mi aspecto físico.*					
24	Me gusta verme arreglado (a).					
25	Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado (a).					
26	Me da vergüenza felicitar a un amigo(a) cuando realiza algo bueno.*					
27	Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas.					
28	Puedo hablar sobre mis temores.					
29	Cuando algo me sale mal no sé como expresar mi cólera.*					
30	Comparto mi alegría con mis amigos (as).					
31	Me esfuerzo para ser mejor estudiante.					
32	Puedo guardar los secretos de mis amigos (as).					
34	Pienso en varias soluciones frente a un problema.					
35	Dejo que otros decidan por mí cuando no puedo solucionar un problema.*					
36	Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones.					
37	Tomo decisiones importantes para mí futuro sin el apoyo de otras personas.*					
38	Hago planes para mis vacaciones.					
39	Realizo cosas positivas que me ayudarán en mi futuro.					
40	Me cuesta decir no, por miedo a ser criticado (a).*					
41	Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos (as) están equivocados (as).					
42	Si me presionan para ir a la playa escapándome del colegio, puedo rechazarlo sin sentir temor y vergüenza a los insultos.					

ENTREVISTA

1. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ Lugar y fecha de Nacimiento: _____

Sexo: _____ Estado Civil: _____ Ocupación: _____

Religión: _____ Distrito de Residencia: _____

Grado de Escolaridad: _____ I.E.: _____

Servicio: _____ H.C.: _____ DNI: _____

Seguro de Salud: SIS () EsSalud () Otros: _____

2. MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN (Según consta en la interconsulta recibida por el Servicio de Psicología)

3. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

Lugar y fecha del intento suicida: _____

Hora: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de entrevista: _____

Motivo del intento (según refiere el paciente): _____

Desencadenante: _____

Acto para: Morir () Dormir () Llamar la atención () Impulso () () Castigo
para tu familia () Castigo para ti () Otro/s _____

Acciones previas: Se habló de suicidio Si () No () ¿con quién? _____

Escribió una carta de suicidio Si () No ()

Preparó el evento Si () No ()

Investigo sobre la mortalidad del medio elegido Si () No ()

Tomo precauciones para no ser descubierto Si () No ()

Volvería a intentar el suicidio Si () No ()

Descripción del suceso: _____

Modo/Instrumento		Cantidad	
Órganos fosfato/Piretroides		N° sobres	
Medicamentos/Benzodiacepinas		N° de tabletas	
Lejía		Volumen en cc	
Otros medios _____		Otros _____	
_____		_____	

¿Es la primera vez que lo intenta? Si () No () ¿Cuántas veces? : _____

4. PROBLEMA ACTUAL

Describa con sus propias palabras ¿en qué consiste el problema principal?

¿En qué áreas de su vida afecta?: Familiar () Relaciones Personales ()

Rendimiento Académico () Salud () Trabajo () Otros: _____

Describa brevemente el inicio y desarrollo del problema:

5. ANTECEDENTES PERSONALES

a. Prenatales

Edad de la madre: _____ Edad del padre: _____

Enfermedades durante el embarazo: Si () No () _____

Medicamentos durante el embarazo: Si () No () _____

Hospitalizaciones durante el embarazo: Si () No () _____

¿Cuál era su estado de ánimo más frecuente cuando esperaba a su hijo?

Triste () Alegre () Preocupado () Otros: _____

b. Natales

Duración del embarazo: _____ Tipo de parto: _____

Asistencia médica: _____ Lugar: _____

Dificultades en el momento del parto: _____

Se quedó hospitalizada: Si () No () Motivo: _____

c. Posnatales

Desarrollo Psicomotor: _____ Irguió la cabeza: _____

Se sentó sola: _____ Caminó sin ayuda: _____

Otros: _____

d. Alimentación

¿Qué tipo de lactancia recibía?: Materna () Artificial () _____

¿A qué edad empezó comer alimentos sólidos?: _____

Actualmente tiene alguna dificultad en la ingesta de alimentos: Si () No ()

¿Cuál?: _____

Antecedente de alguna enfermedad y/o problemas en cuanto a la ingesta de alimentos: Si () No () ¿Cuál?: _____

e. Patológicos

Enfermedades congénitas: Si () No () ¿Cuál?: _____

Enfermedades eruptivas: Si () No () ¿Cuál?: _____

Operaciones y/o hospitalizaciones: Si () No () Motivo: _____

Otros: _____

f. Socioeconómicos

Vivienda: _____ Material: _____ N° de hab.: _____

Cuenta con: Agua () Luz () Desagüe () Otros: _____

6. ADOLESCENCIA

Enliste alguno de los temores que tenga: _____

Si usted tiene algunos de los pensamientos que se le va a dictar, especifique su frecuencia de ocurrencia:

_____	Casi nunca	Ocasional	Frecuente
-------	------------	-----------	-----------

La vida no tiene esperanza			
Me siento sola			
El futuro no tiene esperanza			
A nadie le importo			
No me gusta quien soy			
Deseo quitarme la vida			
Soy un fracaso			
Intelectualmente soy inferior			
No le agrado a las personas			
Otros _____ _____			

¿Cuándo fue la última vez que se sintió bien física y emocionalmente durante largo tiempo?: _____

¿Cuál es el mejor recuerdo que tiene de su infancia?: _____

¿Cuáles fueron sus juegos e intereses durante la infancia y ahora en la adolescencia?: _____

¿Tiene o ha tenido enamorado?: Si () No () ¿Qué edad tenía?: _____

¿Cuántos ha tenido?: _____ La ultima relación, ¿cuánto tiempo duro?: _____

¿Ha tenido relaciones sexuales? Si () No () ¿Qué edad tenía?: _____

Existió algún:

Abuso sexual previo: Si () No ()

Edad _____ Parentesco con el agresor _____

Abuso físico previo: Si () No ()

Edad _____ Parentesco con el agresor _____

Abuso psicológico previo: Si () No ()

Edad _____ Parentesco con el agresor _____

¿Se realizó algún aborto?: Si () No () ¿Qué edad tenía?: _____

¿Se realizó cortes?: Si () No () ¿Desde hace cuánto tiempo?: _____

Frecuencia: _____ ¿Qué siente?: _____

¿Consume alcohol?: Si () No () ¿Cada cuánto tiempo?: _____

Bebida preferida: _____

¿Consume tabaco?: Si () No () ¿Cada cuánto tiempo?: _____

¿Consume drogas?: Si () No () ¿Cada cuánto tiempo?: _____

¿Consume medicamentos?: Si () No () Motivo: _____

Hobbies e intereses actuales: _____

7. REFERENCIA Y TRATAMIENTOS PREVIOS

¿Qué es lo que piensa usted que está causando estos comportamientos?: _____

¿Cómo se calma y/o maneja estas situaciones?: _____

¿Ha buscado tratamiento antes?: Si () No () ¿Cuántas veces?: _____

Si su respuesta es afirmativa, por favor enliste en orden cronológico en qué lugar se hizo ver:

Nombre de la Institución	Fecha	¿Por qué lo dejó?

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por alguna enfermedad mental?: Si () No ()

¿Cuántas veces? _____

Si su respuesta es afirmativa, por favor enliste en orden cronológico en qué lugar se hizo atender:

Nombre de la Institución	Fecha	Motivo de hospitalización

8. FAMILIAR

¿Con quién vive actualmente?

Parentesco	Edad	Ocupación	¿Cómo es la relación que tienen?

Si sus padres se han separado, responda: ¿Hace cuánto? _____ ¿Cómo cree que le ha afectado la separación?: _____

¿Cómo considera que es el soporte familiar que le brindan?:

Muy bueno () Bueno () Regular () Malo () Pésimo ()

¿A qué cree que se debe?: _____

¿Qué tipo de castigos y estímulos positivos le brindan? _____

¿Sientes que eres valiosa e importante para tu familia?: Si () No () ¿Por qué?:

A. PADRE

Nombre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____ Vive: _____

¿Qué enfermedades padece o ha padecido?: _____

¿Ha tenido problemas con el consumo de alcohol o drogas?: Si () No ()

¿Ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico?: Si () No ()

¿Existió algún antecedente de intento de suicidio?: Si () No ()

¿Tiene confianza en él?: Si () No ()

¿Acude a él en caso de problemas?: Si () No ()

¿Cuál es su mayor recuerdo con él durante su infancia?: _____

Describa, ¿qué relación tiene actualmente con su papá?: _____

B. MADRE

Nombre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____ Vive: _____

¿Qué enfermedades padece o ha padecido?: _____

¿Ha tenido problemas con el consumo de alcohol o drogas?: Si () No ()

¿Ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico?: Si () No ()

¿Existió algún antecedente de intento de suicidio?: Si () No ()

¿Tiene confianza en ella?: Si () No ()

¿Acude a ella en caso de problemas?: Si () No ()

¿Cuál es su mayor recuerdo con ella durante su infancia?: _____

Describa, ¿qué relación tiene actualmente con su mamá?: _____

C. HERMANOS

Nº	Edad	Estado civil	Ocupación	¿Viven juntos?	¿Cómo es la relación que tiene?

¿Su papá o mamá favorece a alguno de ellos?: Si () No ()

Si su respuesta es afirmativa, ¿a quién?: _____

Describa una situación: _____

¿Cuida a alguno de sus hermanos?: Si () No () ¿Por qué?: _____

En el último año, ¿se ha dado el deceso del algún familiar o persona cercana a ti?: Si () No () ¿Quién?: _____ Parentesco: _____ Tipo de relación: _____

Si pudieras modificar tu entorno familiar y social, ¿qué sería?: _____

Describe a tu familia: _____

9. EDUCACIÓN

Nivel	Nombre de la I.E.	Ubicación	Notas
Primaria			
Secundaria			
Otros			

¿Ha repetido algún año escolar?: Si () No () ¿Qué año fue?: _____

¿Cuál fue el motivo?: _____

¿Abandono la escuela en algún momento?: Si () No () ¿Qué año fue?: _____

¿Cuál fue el motivo?: _____

¿Qué también se ajustó a las situaciones escolares?:

Muy bueno () Bueno () Regular () Malo () Pésimo ()

¿Se te dificulta acatar reglas y situaciones estrictas?: Si () No () ¿Cuáles?: _____

¿Ha tenido algún problema?: Profesores () Compañeros () Otros _____

Describe la situación (Peleas físicas, verbales): _____

Actualmente, ¿tiene algún tipo de trabajo?: Si () No () ¿Dónde?: _____

¿En qué horario?: _____

10. CONCLUSIONES DEL CASO POR DIVERSAS ESPECIALIDADES

Especialidad	Diagnostico	Tratamiento y/o Indicaciones
Psicología		

Psiquiatría		
Adolescentología		
Servicio Social		
Otros		

¿El caso fue referido a la Unidad de Protección Especial de Menores (U.P.E.)?:

Si () No () ¿Por qué?: _____

Observaciones Adicionales: _____

Arequipa, ____ de _____ del 201__

Anexo F. Formato de validación del instrumento según el Criterio de Expertos

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO SEGÚN EL CRITERIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO:

Devario Bonifaz Juan

2. CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA:

Medico Psiquiatra Hospital Gageviche.

3. ESPECIALIDAD DEL EXPERTO:

Psiquiatra

4. TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL:

22 años

5. NOMBRE DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: Entrevista para adolescentes con Intento de Suicidio

6. VARIABLE DE MEDIDA: Conocer los diversos aspectos de la vida de los adolescentes con Intento de Suicidio

7. AUTORAS DEL INSTRUMENTO: Maryori Condori Mejía y Wendy Del Carpio Motta

II. INDICADORES Y CRITERIOS A EVALUAR

Indicadores	Criterios	Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
		0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado				X	
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables				X	
ACTUALIDAD	Adecuado al desarrollo de los acontecimientos psicológicos actuales				X	
ORGANIZACIÓN	Exige una organización lógica				X	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos de cantidad y calidad				X	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de la vida de las adolescentes				X	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos, científicos de evaluación psicológica				X	
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y dimensiones				X	

METODOLOGIA	Las estrategias responden al propósito del diagnóstico				X	
-------------	--	--	--	--	---	--

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplicable

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

Firma y sello del Especialista
DNI: 75605067

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL EL COMENDANTE
Dr. Juan Manuel Zavalaga Rodríguez
Médico Pediatra
COP 12503 RUC 13301

Indicadores	Criterios	Indicador	Valor	Nota	Mejor	Indicador
CIARIDAD	Este documento es claro y comprensible	21-01-01	21-01-01	21-01-01	21-01-01	21-01-01
OBJETIVIDAD	Este documento es objetivo y no contiene opiniones personales				X	
ACTUALIDAD	Este documento es actualizado y refleja la realidad actual				X	
ORGANIZACIÓN	Este documento está bien organizado y es fácil de leer				X	
PRECISIÓN	Este documento es preciso y no contiene errores				X	
INTERPRETACIÓN	Este documento es fácil de interpretar y no contiene ambigüedades				X	
CONSISTENCIA	Este documento es consistente y no contiene contradicciones				X	
COHERENCIA	Este documento es coherente y no contiene incongruencias				X	

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO SEGÚN EL CRITERIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO: Benavente Liza
Mauricio Eddy
2. CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Médico Staff Hospital
Nivel III Guayaquil - Servicio Psiquiátrico
3. ESPECIALIDAD DEL EXPERTO: Psiquiatras - Adicciones
4. TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL: 18 años
5. NOMBRE DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: Entrevista para adolescentes con Intento de Suicidio
6. VARIABLE DE MEDIDA: Conocer los diversos aspectos de la vida de los adolescentes con Intento de Suicidio
7. AUTORAS DEL INSTRUMENTO: Maryori Condori Mejia y Wendy Del Carpio Motta

II. INDICADORES Y CRITERIOS A EVALUAR

Indicadores	Criterios	Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
		0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado			50 ✓		
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables			50 ✓		
ACTUALIDAD	Adecuado al desarrollo de los acontecimientos psicológicos actuales			60 ✓		
ORGANIZACIÓN	Exige una organización lógica			55 ✓		
SUFICIENCIA	Comprende aspectos de cantidad y calidad				70 ✓	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de la vida de las adolescentes			45 ✓		
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos, científicos de evaluación psicológica			50 ✓		
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y dimensiones			55 ✓		

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO SEGÚN EL CRITERIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO: Velazco Morales, Julio César
2. CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Médico Psiquiatra - Hosp. General de
3. ESPECIALIDAD DEL EXPERTO: Médico Psiquiatra
4. TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL: 9 años
5. NOMBRE DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: Entrevista para adolescentes con Intento de Suicidio
6. VARIABLE DE MEDIDA: Conocer los diversos aspectos de la vida de los adolescentes con Intento de Suicidio
7. AUTORAS DEL INSTRUMENTO: Maryori Condori Mejía y Wendy Del Carpio Motta

II. INDICADORES Y CRITERIOS A EVALUAR

Indicadores	Criterios	Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
		0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado				✓	
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables				✓	
ACTUALIDAD	Adecuado al desarrollo de los acontecimientos psicológicos actuales				✓	
ORGANIZACIÓN	Exige una organización lógica			✓	✓	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos de cantidad y calidad				✓	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de la vida de las adolescentes				✓	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos, científicos de evaluación psicológica				✓	
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y dimensiones				✓	

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO SEGÚN EL CRITERIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO: Samero Carpio Aldo David
2. CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Psicólogo, Hospital III Goyeneche
3. ESPECIALIDAD DEL EXPERTO: Psicoterapeuta
4. TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL: 15 años
5. NOMBRE DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: Entrevista para adolescentes con Intento de Suicidio
6. VARIABLE DE MEDIDA: Conocer los diversos aspectos de la vida de los adolescentes con Intento de Suicidio
7. AUTORAS DEL INSTRUMENTO: Maryori Condori Mejía y Wendy Del Carpio Motta

II. INDICADORES Y CRITERIOS A EVALUAR

Indicadores	Criterios	Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
		0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					95%
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables					95%
ACTUALIDAD	Adecuado al desarrollo de los acontecimientos psicológicos actuales					90%
ORGANIZACIÓN	Exige una organización lógica					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos de cantidad y calidad					95%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de la vida de las adolescentes				80%	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos, científicos de evaluación psicológica					95%
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y dimensiones					85%

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO SEGÚN EL CRITERIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO: Zigara Chavez
Marcelina Yolanda
2. CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Hospital III
Proveniente
3. ESPECIALIDAD DEL EXPERTO: Maestra y candidata a Doctora
4. TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL: 10 años
5. NOMBRE DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: Entrevista para adolescentes con Intento de Suicidio
6. VARIABLE DE MEDIDA: Conocer los diversos aspectos de la vida de los adolescentes con Intento de Suicidio
7. AUTORAS DEL INSTRUMENTO: Maryori Condori Mejia y Wendy Del Carpio Motta

II. INDICADORES Y CRITERIOS A EVALUAR

Indicadores	Criterios	Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
		0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					✓ 100.
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables					✓ 90.
ACTUALIDAD	Adecuado al desarrollo de los acontecimientos psicológicos actuales					✓ 95
ORGANIZACIÓN	Exige una organización lógica					✓ 98
SUFICIENCIA	Comprende aspectos de cantidad y calidad					✓ 91
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de la vida de las adolescentes					✓ 98
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos, científicos de evaluación psicológica					✓ 90
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y dimensiones					✓ 91

METODOLOGIA	Las estrategias responden al propósito del diagnóstico					100.
-------------	--	--	--	--	--	------

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Insuficiente en lenguaje sencillo y cubre los objetivos de la investigación.

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 95

[Firma manuscrita]

Firma y sello del Especialista

DNI: 43041051

CPR 13874

Indicadores	Criterios	Indicadores	Indicadores	Indicadores	Indicadores	Indicadores	Indicadores
CLARIDAD	El lenguaje utilizado es claro y preciso	100					
OBJETIVIDAD	El lenguaje utilizado es objetivo y no contiene juicios de valor	100					
ACTUALIDAD	El lenguaje utilizado es actual y refleja la realidad	100					
ORGANIZACIÓN	El lenguaje utilizado es organizado y coherente	100					
PRECISIÓN	El lenguaje utilizado es preciso y no contiene ambigüedades	100					
INTENCIONALIDAD	El lenguaje utilizado es intencional y refleja el propósito de la investigación	100					
COORDINACIÓN	El lenguaje utilizado es coordinado y refleja la relación entre los indicadores	100					
CONCORDANCIA	El lenguaje utilizado es concordante y refleja la relación entre los indicadores	100					

**FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO SEGÚN EL CRITERIO DE
EXPERTOS**

I. DATOS GENERALES

1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO: Riveros Boeda
Franklin Eduardo
2. CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Psicólogo - Hospital.
Goyeneche III - Maguipa.
3. ESPECIALIDAD DEL EXPERTO: Psicólogo - Segunda Especialidad Psicofarmacología
4. TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL: 9 años.
5. NOMBRE DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: Entrevista para adolescentes con Intento de Suicidio
6. VARIABLE DE MEDIDA: Conocer los diversos aspectos de la vida de los adolescentes con Intento de Suicidio
7. AUTORAS DEL INSTRUMENTO: Maryori Condori Mejia y Wendy Del Carpio Motta

II. INDICADORES Y CRITERIOS A EVALUAR

Indicadores	Criterios	Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
		0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					100%
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables					95%
ACTUALIDAD	Adecuado al desarrollo de los acontecimientos psicológicos actuales					95%
ORGANIZACIÓN	Exige una organización lógica					100%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos de cantidad y calidad					95%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de la vida de las adolescentes					100%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos, científicos de evaluación psicológica					98%
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y dimensiones					95%

CASOS CLÍNICOS

CASO 1

ESTUDIO DE CASO

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

I. ANAMNESIS

1. Datos de Filiación:

- Nombres y Apellidos : S.A. Q
- Edad : 39 años
- Fecha de Nacimiento : 29/08/1979
- Lugar de Nacimiento : Ica
- Grado de Instrucción : Secundaria Completa
- Estado Civil : Conviviente
- Procedencia : Ica
- Ocupación : Ama de Casa
- Religión : Católica
- Referente : Servicio de Psicología
- Informantes : Paciente
- Lugar de Evaluación : Puesto de Salud de “Caminos del Inca”
- Fechas de Evaluación : 26/11/2018 – 28/11/2018 - 05/12/2018
- Examinador (a) : Maryori Gianella Condori Mejía

2. Motivo de Consulta:

Paciente refiere sentirse muy triste, sin ganas de hacer sus actividades diarias, que su apetito está bajando, se siente sola esto debido a que presenta problemas familiares (Violencia Familiar).

3. Historia de la Enfermedad o del problema actual:

Sonia narra que desde hace unos tres meses se siente muy triste, con cansancio excesivo, muchas ganas de llorar, aumento del sueño y falta de apetito e interés por actividades recreativas, lo que está dificultando la realización de sus labores cotidianas y su relación con su menor hijo, esto a raíz de los diversos problemas (violencia física y psicológica), que ha tenido por parte del padre de su menor hijo, ya que la golpea e insulta, lo que desencadenó su estado emocional actual.

4. Antecedentes Personales:

Periodo del Desarrollo:

- Etapa Pre-natal: No refiere
- Etapa Natal: No refiere
- Etapa Post-Natal: No refiere
- Etapa Escolar: Realizo sus primeros años académicos en su natal Ica, así como su educación secundaria, pero debido a la escasa situación económica de sus padres tuvo que trasladarse a Arequipa a trabajar.
- Desarrollo y Función Sexual: No recibió ningún tipo de información de sexualidad por parte de sus padres y su centro de estudios de nivel primario y secundario.
- Aspectos Fisiológicos: Comenzó a notar las diferencias sexuales a los 15 años con su menarquia, la aparición del vello púbico cambios en el timbre de voz y en la forma de su cuerpo. su primera experiencia sexual la presento a los 24 años. No describe a ver vislumbrada pornografía.
- Historia de la Recreación y de la vida: Relata haber tenido vivencias recreativas con sus hermanos cuando eran niños con juegos tradicionales en el aire libre.
- Actividad Laboral: A partir de los 17 años empieza a trabajar como auxiliar de cocina, realizo este tipo de trabajo hasta los 29 años que contrae matrimonio y se dedica por completo a su familia, actualmente no trabaja.
- Servicio Militar: no realizo
- Religión: Pertenece a la religión católica que fue inculcada por sus padres, actualmente asiste a misa, pero no con gran frecuencia.
- Hábitos e influencias nocivas o tóxicas.

5. Antecedentes Mórbidos personales:

- Enfermedades y accidentes. Padeció en la niñez de varicela, a los 23 años fue operada de la vesícula, a los 34 años sufrió un aborto (7 meses de embarazo)
- Personalidad Pre mórbida: Presenta cambios de humor con facilidad, tiende a llorar y a estar decaída.

6. Antecedentes Familiares:

- Composición Familiar: Presenta una familia nuclear conformada por su padre quien se llamaba Pedro Acha, su madre Ana Quintanilla y sus 5 hermanos con los

cuales compartió hasta los 17 años. Actualmente no comparte con ninguno de sus hermanos ya que ellos y su madre radican en Ica. Su padre falleció cuando ella tenía 25 años. Hace diez años contrajo matrimonio con el padre de su hijo, estableciendo su familia en la ciudad de Arequipa.

- **Dinámica Familiar:** Refiere haber tenido una infancia y adolescencia tranquila junto a sus padres y hermanos, con quienes mantiene una relación cercana y de apoyo, por la dificultad económica, toma la decisión de buscar nuevas oportunidades, es por eso que se dirige a Arequipa con el fin de estudiar y trabajar, por recomendación de una amiga. Manteniendo comunicación cercana con sus familiares. Tras su matrimonio, se traslada a vivir junto a su suegra y cuñada, manteniendo una relación cordial con ellas, el último año, se empezaron a presentar diversas discusiones con su esposo, a causa de sus constantes viajes y malos tratos que él empezó a tener con ella, se dio inicio con gritos e insultos como respuesta a determinadas acciones que desempeñaba dentro del hogar y cuidados que brindaba a su menor hijo, progresivamente estas conductas se fueron agudizando e incluso llegando a darse golpes físicos.
- **Condición Socioeconómica:** No cuenta con casa propia de concreto, ya que reside en la casa de su suegra, donde reside con el padre de su hijo de 6 años. Actualmente no labora por indicaciones del padre de su hijo.
- **Antecedentes Patológicos:** No refiere.

7. Resumen:

Refiere no recordar datos pre- natales, natales y post- natales. Realizó sus primeros años académicos y su secundaria en Ica, pero debido a la escasa situación económica de sus padres tuvo que trasladarse a Arequipa a trabajar. No recibió ningún tipo de información de sexualidad, comenzó a notar las diferencias sexuales a los 15 años con su menarquía, la aparición del vello púbico, cambios en el timbre de voz y en la forma de su cuerpo. Su primera experiencia sexual fue a los 24 años. A partir de los 17 años empezó a trabajar como auxiliar de cocina, realizó este tipo de trabajo hasta los 29 años que contrae matrimonio y se dedicó por completo a su familia, actualmente no trabaja.

Tuvo una familia nuclear conformada por su padre quien se llamaba Pedro A., su madre Ana Q. y sus 5 hermanos con los cuales compartió hasta los 17 años. Actualmente, no comparte contantemente con ninguno ya que ellos y su madre radican

en Ica. Su padre falleció cuando ella tenía 25 años. Hace diez años se casó con el padre de su hijo, Tras su matrimonio, se traslada a vivir junto a su suegra y cuñada, manteniendo una relación cordial con ellas, el último año, se empezaron a presentar diversas discusiones con su esposo, a causa de sus constantes viajes y malos tratos que él empezó a tener con ella, se dio inicio con gritos e insultos como respuesta a determinadas acciones que desempeñaba dentro del hogar y cuidados que brindaba a su menor hijo, progresivamente estas conductas se fueron agudizando e incluso llegando a darse golpes físicos. Actualmente no labora por indicaciones del padre de su hijo.

Arequipa, 11 de diciembre de 2018

Maryori Condori Mejía
Bachiller de Psicología

EXAMEN CLÍNICO MENTAL

- **Porte, Comportamiento y Actitud:**

Paciente de 39 años de edad aparenta su edad cronológica, es de tez trigueña, cabellos negros lacios, ojos negros, contextura delgada, estatura conforme a su edad, denotaba limpieza y aseo personal, de apariencia sana, la postura que adopto dejo ver su disposición para colaborar, su vestimenta era de acuerdo a la estación y al lugar en donde se encontraba. Se le pudo percibir en algún momento intranquila, con ganas de llorar y se evidenciaba nerviosa ante algunas preguntas, lo cual se reflejaba con algunos movimientos y gestos durante la entrevista.

- **Atención, Conciencia y orientación:**

Demostro cierta habilidad para entender y responder adecuadamente a algunas órdenes dadas, se da cuenta del tiempo y el espacio en el que se encuentra, responde de manera espontánea y acertada frente a preguntas sencillas como nombre, día y lugar donde se encuentra. El conocimiento que tiene acerca de sus aspectos personales evidencia una vez más el estado lúcido en el que se encuentra.

- **Lenguaje:**

La evaluada hace uso de un lenguaje coherente, coloquial y espontaneo, reactivo a las indicaciones del entrevistador. Su discurso es normal y su tono de voz era adecuado.

- **Funcionamiento Intelectual:**

Establece diferencia y similitudes entre los objetos reconoce sus funciones y propiedades comunes, sin embargo, en la resolución de problemas mayores no las ejecuta con acierto, realiza ejercicios de cálculo básico como suma, resta, multiplicación y división, en general la calidad de los resultados obtenidos a través de exploración nos permite estimar una categoría mental dentro del promedio.

- **Memoria:**

La examinada responde sin ninguna dificultad, ante hechos personales como su fecha de nacimiento, fechas memorables, cuestiones personales y también tiene facilidad para recordar hechos recientes que están sucediendo en nuestro país. Sin embargo, evidencia una leve dificultad para recordar hechos inmediatos como repetir dígitos o palabras en sucesión.

- Pensamiento:

Presenta un buen número de ideas relacionándolas correctamente, además responde adecuadamente a las preguntas planteadas y su capacidad de pensamiento dirigido a un objetivo es buena. Asocia correctamente los términos utilizados y su pensamiento es lógico.

Es capaz de comprender adecuadamente las semejanzas y diferencias entre elementos mostrados, además da una muy buena interpretación a los refranes simples presentados.

- Estado de Ánimo y Afectos:

La evaluada presenta problemas emocionales que han repercutido en su comportamiento, manifiesta tristeza y un profundo desgano hacia su entorno. Muestra cambios bruscos en su estado de ánimo, de temperamento, se entristece con facilidad ante cualquier evento, manifiesta sentirse intranquila tanto dentro o fuera de casa.

- Comprensión y Grado de Incapacidad del problema o enfermedad:

La evaluada es consciente de que presenta un problema emocional, y se muestra interesada en recibir ayuda psicológica y de su entorno familiar.

- Resumen:

La paciente aparenta la edad cronológica que refiere de tez trigueña, cabellos lacios, ojos negros de contextura delgada, estatura normal para su edad, no presenta descuido en su arreglo y aseo personal, denotando una expresión facial de confianza frente al entrevistador, colabora frente a las preguntas de su comportamiento y referencia familiar, de lenguaje coherente. La evaluada se encuentra orientada en espacio, tiempo y persona, su memoria se encuentra conservada, su percepción y pensamiento es adecuada, presenta problemas emocionales que están afectando su comportamiento.

Arequipa, 11 de diciembre de 2018

Maryori Condori Mejía
Bachiller de Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

1) Datos de Filiación:

- Nombres y Apellidos : S.A. Q
- Edad : 39 años
- Fecha de Nacimiento : 29/08/1979
- Lugar de Nacimiento : Ica
- Grado de Instrucción : Secundaria Completa
- Estado Civil : Conviviente
- Procedencia : Ica
- Ocupación : Ama de Casa
- Religión : Católica
- Referente : Servicio de Psicología
- Informantes : Paciente
- Lugar de Evaluación : Puesto de Salud de “Caminos del Inca”
- Fechas de Evaluación : 26/11/2018 – 28/11/2018 - 05/12/2018
- Examinador(a) : Maryori Gianella Condori Mejía

2) Observaciones Generales:

Durante la evaluación, la conducta de la evaluada se caracterizó por mostrarse relajada en ciertos momentos luego se mostraba ansiosa por los movimientos que ejecutaba con las manos, se mostraba con disposición para responder todas las preguntas realizadas, esta conducta la mantuvo durante toda la evaluación.

3) Instrumentos Utilizados:

- Test Proyectivo de Karen Machover La Figura Humana
- Test de Matrices Progresivas RAVEN – forma G
- Inventario de la Personalidad Eysenck
- Tamizaje de depresión

4) Interpretación de los instrumentos:

- Test de Matrices Progresivas RAVEN – forma G

Percentil 55

Calificación término medio

Lo que expone que la evaluada presenta la capacidad almacenar, reproducir y dar solución a situaciones complejas, así como también de reconocer, discriminar e interpretar diferentes estímulos.

- Test Proyectivo de Karen Machover La Figura Humana:

Se puede evidenciar falta de confianza en los contactos sociales, nivel de energía baja, sentimientos de inseguridad e inferioridad, con rasgos depresivos, tensión y dependencia emocional.

- Tamizaje de Depresión:

Puntaje: 62 Depresión Moderada

En la escala luego de realizar el conteo se obtuvo un puntaje de sesenta y dos lo que lo ubica en el estado de: Depresión Moderada. Lo que evidencia la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima y trastornos del sueño.

- Inventario de la Personalidad de Eysenck:

ESCALA	PUNTUACION
E (extraversión – introversión)	11
N (neuroticismo: estabilidad – inestabilidad)	13
L (veracidad)	3

Según las combinaciones de las escalas, la evaluada presenta un temperamento flemática, donde se caracteriza por sus procesos neurodinámicos son fuertes, equilibrados y lentos, son personas pacíficas, cuidadosas y tercas, pasivas, controladas y formales, uniformes, calmadas, se fijan a una rutina y hábitos de vida bien estructurados, de ánimo estabilizado, grandemente productivo, reflexivo capaz de volver a sus objetivos, a pesar de las dificultades que se le presentan, vuelve a reestructurar este aspecto, una alta tasa de introversión puede determinar cierta pereza y desapego al ambiente.

5) Resumen:

Evaluada presenta un coeficiente intelectual de 55 la cual se ubica en un término medio. Se podría evidenciar falta de confianza en los contactos sociales, nivel de energía baja, sentimientos de inseguridad e inferioridad, rasgos depresivos, tensión y

dependencia. Presenta rutinas y hábitos bien estructurados, cuidadosa, pasiva, calmada, controlada y formal. Puede presentar cierta pereza y desapego al ambiente.

Arequipa, 11 de diciembre de 2018

Maryori Condori Mejía
Bachiller de Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

1. Datos Generales:

- Nombres y Apellidos : S.A. Q
- Edad : 39 años
- Fecha de Nacimiento : 29/08/1979
- Lugar de Nacimiento : Ica
- Grado de Instrucción : Secundaria Completa
- Estado Civil : Conviviente
- Procedencia : Ica
- Ocupación : Ama de Casa
- Religión : Católica
- Referente : Servicio de Psicología
- Informantes : Paciente
- Lugar de Evaluación : Puesto de Salud de “Caminos del Inca”
- Fechas de Evaluación : 26/11/2018 – 28/11/2018 - 05/12/2018
- Examinador (a) : Maryori Gianella Condori Mejía

2. Motivo de Consulta:

Paciente refiere sentirse muy triste sin ganas de hacer sus actividades diarias, que su apetito está bajando, se siente sola esto debido a que presenta problemas familiares (Violencia Familiar).

3. Antecedentes Personales y Familiares:

Refiere no recordar datos pre- natales, natales y post- natales. Realizó sus primeros años académicos y su secundaria en Ica, pero debido a la escasa situación económica de sus padres tuvo que trasladarse a Arequipa a trabajar. No recibió ningún tipo de información de sexualidad, comenzó a notar las diferencias sexuales a los 15 años con su menarquia, la aparición del vello púbico, cambios en el timbre de voz y en la forma de su cuerpo. Su primera experiencia sexual fue a los 24 años. A partir de los 17 años empezó a trabajar como auxiliar de cocina, realizó este tipo de trabajo hasta los 29 años que contrae matrimonio y se dedicó por completo a su familia, actualmente no trabaja.

Tuvo una familia nuclear conformada por su padre quien se llamaba Pedro A., su

madre Ana Q. y sus 5 hermanos con los cuales compartió hasta los 17 años. Actualmente, no comparte contantemente con ninguno ya que ellos y su madre radican en Ica. Su padre falleció cuando ella tenía 25 años. Hace diez años se casó con el padre de su hijo, Tras su matrimonio, se traslada a vivir junto a su suegra y cuñada, manteniendo una relación cordial con ellas, el último año, se empezaron a presentar diversas discusiones con su esposo, a causa de sus constantes viajes y malos tratos que él empezó a tener con ella, se dio inicio con gritos e insultos como respuesta a determinadas acciones que desempeñaba dentro del hogar y cuidados que brindaba a su menor hijo, progresivamente estas conductas se fueron agudizando e incluso llegando a darse golpes físicos. Actualmente no labora por indicaciones del padre de su hijo.

4. Observaciones Conductuales:

La paciente aparenta la edad cronológica que refiere de tez trigueña, cabellos lacios, ojos negros de contextura delgada, estatura normal para su edad, no presenta descuido en su arreglo y aseo personal, denotando una expresión facial de confianza frente al entrevistador, colabora frente a las preguntas de su comportamiento y referencia familiar, de lenguaje coherente.

La evaluada se encuentra orientada en espacio, tiempo y persona, su memoria se encuentra conservada, su percepción y pensamiento es adecuada, presenta problemas emocionales que están afectando su comportamiento.

5. Técnicas e instrumentos Utilizados:

- Observación.
- Entrevista.
- Pruebas Psicométricas.
 - ✓ Test Proyectivo de Karen Machover La Figura Humana
 - ✓ Test de Matrices Progresivas RAVEN – forma G
 - ✓ Inventario de la Personalidad Eysenck
 - ✓ Tamizaje de depresión

6. Análisis e Interpretación de los resultados:

S.A.Q, evidencia capacidad para enfrentar situaciones, sin embargo, su actitud pasiva y de dependencia demuestra su inseguridad por lo que, puede ser fácilmente

influenciable o puede dejar que los demás tomen decisiones por ella, el temor a la desaprobación social hace que actúe de manera perfeccionista pero esta búsqueda puede más bien, aumentar el malestar de inutilidad y perder interés por sus actividades o por el futuro. Anhela ser reconocida y aceptada por lo que, se motiva por seguir rutinas fijas y hábitos bien estructurados, con buen nivel de productividad. Presenta un ánimo de apatía y negativo, el mismo que persistente y no varía con las circunstancias ambientales, ha perdido interés por actividades anteriormente placenteras, se evidencia fatiga, sentimientos de culpa, descenso del apetito y alteraciones del sueño. Como fatiga, sentimientos de culpa, descenso del apetito y alteraciones del sueño.

7. Diagnóstico:

La paciente posee un nivel de inteligencia promedio, evidencia un ánimo apático y de desgano, se manifiesta en sus interacciones sociales, dependiente e insegura, expresa sentimientos de inferioridad y búsqueda de aceptación. De acuerdo a las características sintomáticas y de personalidad según el DSM V, le corresponde un diagnóstico F 32.1 Episodio Depresivo moderado.

8. Pronóstico:

Reservado debido a que tanto la paciente como su entorno familiar (madre – hermanos) están dispuestos a colaborar para obtener los mejores resultados.

9. Recomendaciones:

- Realizar psicoterapia individual, familiar y de apoyo.

Arequipa, 11 de diciembre de 2018

Maryori Condori Mejía
Bachiller de Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

1. Datos de filiación:

- Nombres y Apellidos : S.A. Q
- Edad : 39 años
- Fecha de Nacimiento : 29/08/1979
- Lugar de Nacimiento : Ica
- Grado de Instrucción : Secundaria Completa
- Estado Civil : Divorciada
- Procedencia : Ica
- Ocupación : Ama de Casa
- Religión : Católica
- Referente : Servicio de Psicología
- Informantes : Paciente
- Lugar de Evaluación : Puesto de Salud de “Caminos del Inca”
- Fechas de Evaluación : 26/11/2018 – 28/11/2018 - 05/12/2018
- Examinador (a) : Maryori Gianella Condori Mejía

2. Diagnóstico psicológico:

La paciente posee un nivel de inteligencia promedio, evidencia un ánimo apático y de desgano, se manifiesta en sus interacciones sociales, dependiente e insegura, expresa sentimientos de inferioridad y búsqueda de aceptación. De acuerdo a las características sintomáticas y de personalidad según el DSM V, le corresponde un diagnóstico (F 32.1) Episodio Depresivo moderado.

3. Objetivo general:

- Elaborar estrategias de afrontamiento ante situaciones que generen inestabilidad emocional.

4. Objetivos específicos:

- Modificar conductas inadecuadas de la paciente
- Elevar y fortalecer el nivel de autoestima
- Mejorar la dinámica familiar, favoreciendo la comunicación y vínculos afectivos entre la paciente y su entorno familiar (madre – hermanos)

5. Descripción del plan terapéutico:

Para la intervención de la paciente, se empleara técnicas y herramientas de terapia cognitiva conductual, terapia positiva y terapia sistémica. Abordando los siguientes aspectos: síntomas depresivos, estrategias de afrontamiento y mejora de la autoestima.

6. Técnica terapéutica a utilizar:

- Psicoterapia Individual:

Para cambiar conductas inadecuadas, problemas emocionales que perturban a la paciente se basará en las siguientes técnicas:

Se aplicará modificación de conducta, para reestructurar el comportamiento de la paciente por medio de aprendizajes nuevos que sean incompatibles con la agresión, tales como; conductas pro sociales, habilidades de comunicación, autocontrol, expresión de sentimientos con el fin de que la paciente aprenda nuevas formas de resolver situaciones generadoras de estrés.

- Psicoterapia Familiar:

La terapia racional emotiva ayudará a la paciente a desterrar pensamientos, sentimientos inadecuados que causaban en ella sentimientos de culpa.

7. Técnica a utilizar:

- Psicoterapia Individual
- Psicoterapia Familiar

8. Objetivo de la sesión:

- Potenciar las actividades agradables

9. Descripción de la sesiones:

SESIÓN N° 1	
Objetivo	Lograr conciencia de la enfermedad
Técnica	Técnica de resolución de problemas y conductuales. Darle control al paciente sobre el contenido de las sesiones. Reforzar el compromiso y la alianza terapéutica.
Descripción	A continuación, se analizará junto a ella las alteraciones del estado de ánimo actuales y pasadas incluyendo sus características, frecuencia, intensidad y duración. Se pedirá al paciente que elabore una lista de aquello que le hace sentirse deprimido así como también de las actividades que más disfruta realizar; para que pueda analizar el contenido de la lista, animándolo a compartir sus sentimientos de depresión para aclararlos y comprender mejor sus causas. Como también resaltar las actividades agradables.
Tiempo	45 minutos
Materiales	Papel Lapicero

SESIÓN N° 2	
Objetivo	Detectar los pensamientos automáticos y comprobar como estos influyen en sus emociones para entender y enfrentar mejor el problema, y finalmente mejorar el estado de ánimo.
Técnica	Terapia Cognitiva Psicoeducación
Descripción	Una vez comenzada la sesión se proporcionará al cliente más información sobre la depresión y enseñarle a aceptar que sentir tristeza es una variación normal en los sentimientos. Se continuará con la explicación acerca de cómo los pensamientos pueden afectar o influir en nuestro cuerpo, estado de ánimo y acciones. Seguidamente se le presenta el siguiente ejemplo: <i>“Vas caminando por una calle solitaria y ves a una persona que viene caminando bien rápido detrás de ti. Luce seria y te</i>

	<p><i>está mirando y piensas que te va a asaltar. Inmediatamente, tu cuerpo, tus acciones y tu estado de ánimo reaccionan ante ese pensamiento. Empiezas a sudar, se te acelera el corazón y sientes un nudo en el estómago. Comienzas a mirar sobre el hombro y a caminar más rápido. Te sientes nerviosa, temerosa. La persona te alcanza y te pasa por el lado y continúa caminando con su paso acelerado mientras se aleja de ti. Piensas que quizás tiene prisa.”</i></p> <p>Luego para comprender mejor, se hará una discusión sobre una experiencia real de la paciente con las siguientes preguntas: ¿Qué tipos de pensamientos te pasan por la mente cuando te sientes deprimida o triste? ¿Qué es lo que haces cuando te sientes deprimida? ¿Cómo te llevas con la gente cuando estás deprimida? Una vez que la paciente haya interiorizado mejor, se le dejara el siguiente ejercicio:</p> <p>Este ejercicio se llama el “Termómetro del ánimo” y lo vas a completar todas las semanas. Queremos ver cómo te sientes cada día de la semana y cómo va cambiando tu estado de ánimo a lo largo de la terapia. Para completarlo, al final del día vas a marcar cómo te sentiste o cómo estuvo tu ánimo en general durante ese día. Por ejemplo, si fue “el peor” circularías el número 1, si fue “regular” circularías el número 5, y si fue “el mejor” circularías el número 9.</p> <p>Se sugiere completar uno de práctica usando su estado de ánimo durante el día anterior.</p>
Tiempo	45 minutos
Materiales	Manual o cuaderno Lapicero

SESIÓN N° 3	
Objetivo	Asociar los síntomas y situaciones con los pensamientos automáticos que los provocan.
Técnica	Sondeos cognitivos

	<p>Tarjetas educativas</p> <p>Diario de emociones</p>
Descripción	<p>Una vez iniciada la sesión, el terapeuta deberá guiar al paciente a identificar las situaciones que padece y que generen malestar, centrándonos en las bases cognitivas de las mismas.</p> <p>Se deberá llevar un “diario” de emociones, pensamientos y conductas para poder comprenderlos y aumentar la conciencia del paciente acerca de este estilo de pensamiento y sus implicancias negativas y luego realizar ejercicios estructurados para desarrollar un estilo de pensamiento más adaptativo.</p> <p>Tarjetas educativas. En una cara se describirá el razonamiento patógeno y el esquema activado, lo que causa determinada emoción. En la otra, la visión sana, junto con una manera funcional de manejar los problemas.</p>
Tiempo	45 minutos
Materiales	<p>Papel</p> <p>Lapicero</p>

SESIÓN N° 4	
Objetivo	Abordar las creencias irracionales relacionadas a los sentimientos de desesperanza, culpa para modificarlas.
Técnica	<p>Técnica de cambio de esquemas.</p> <p>Descubrimiento guiado.</p>
Descripción	<p>Iniciamos la sesión ayudando al paciente a elaborar una lista de situaciones donde siente depresión, una vez identificadas las situaciones o el agente desencadenante de las emociones depresivas podremos comenzar a focalizar el abordaje que daremos y la forma como minimizar los efectos.</p> <p>Seguidamente se realizará experimentos conductuales para modificar la respuesta e identificar las creencias subyacentes, continuaremos revisando la historia de las creencias y paralelamente evaluar las ventajas y desventajas que han tenido.</p>

	Finalizaremos comprobando mediante ejercicios imaginados la posible utilidad de estas creencias en determinadas situaciones.
Tiempo	45 minutos
Materiales	Papel Lapicero

SESIÓN N° 5	
Objetivo	Promover e identificar los puntos fuertes y débiles de sí misma.
Técnica	Aprendizaje auto dirigido
Descripción	<p><i>Descubrimiento del yo ideal</i>, al iniciar se preguntará y brindará una hoja a la paciente para que escriba en el lado derecho como le gustaría ser y en el lado izquierdo como puede ser, dándole un tiempo prudente para la realización de dicha actividad. Una vez terminado, se procederá a modificar expectativas no realistas y cambiar las exigencias por preferencias.</p> <p>A continuación, se <i>clarificará el yo real</i> solicitando a la paciente que identifique y escriba en otra hoja las fortalezas y debilidades que posee; es decir, incluirá aspectos positivos y negativos. Finalizado ello, se leerá en voz alta lo escrito por la paciente, con la finalidad de explicar la importancia de reconocer y/o mejorar el concepto del <i>yo real</i> y en lo posible acercarlo al <i>yo ideal</i>.</p> <p>Entonces, a partir de los ejercicios mencionados se pretende que la paciente experimente y practique nuevas conductas, pensamientos, sentimientos y habilidades; desarrollando relaciones de apoyo y confianza que favorezcan el cambio.</p> <p>Para la próxima sesión, se pedirá a la paciente que durante la semana identifique en que situaciones realizó la técnica del aprendizaje auto dirigido.</p>
Tiempo	45 minutos
Materiales	Lapicero Papel bond

SESIÓN N° 6	
Objetivo	Regular actividades de riesgo y enfatizar el soporte familiar en el proceso terapéutico.
Técnica	Técnicas de preguntas circulares Psicoeducación
Descripción	<p>Se iniciara con la invitación a que pase el resto de la familia, una vez todos se presenten se continuara con la formulación de ciertas analogías y/o preguntas que convenientemente contestaran determinados miembros del familia, por ejemplo; se establecerá diferencias en las relaciones familiares, con preguntas como ¿Quién está más cerca de usted? ¿En quién confía más usted? Esto no tiene que generar rivalidad si no servirá para encuadrar de forma realista las posteriores labores que tendrá cada miembro de la familia para apoyar en la regulación de actividades de la paciente, en cuanto a la normativa que se llevara a cabo, se brindara algunas hojas de colores diferentes a cada miembro de familia donde colocaran en primera instancia las posibles amenazas que podría tener la paciente y puedan generar situaciones depresivas, cada uno debería plantear al menos dos o tres opciones; ante esta situación en combinación con el terapeuta se plantaran actividades específicas que contrarrestaran los postulados anteriormente trabajados. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La compañía de uno de los familiares serán esencial. • Se debe estimular a salidas recreativas en familia. • Los miembros turnaran su tiempo para conocer a los otros miembros de familia. • Incentivar a la paciente a realizar tareas diarias en casa. • Apropiar en familia que la mejor manera de conectarse es escuchar activamente

	Todas las postulaciones que se presenten deberán ser fortalecidas por dirección psicoeducativa del terapeuta. La sesión no debe acabar sin antes realizar una conexión emocional mediante un abrazo entre todos los miembros de la familia mientras todos se comprometen a lograr los objetivos planteados en unión de esfuerzos.
Tiempo	45 minutos
Materiales	Hojas de colores Lapiceros

10. Tiempo aproximado de la sesión:

Las sesiones se realizarán en un tiempo aproximado de 30 a 40 minutos, según lo requiera las actividades determinadas.

11. Materiales a utilizar:

- Hojas bond
- Materiales de escritorio

12. Tiempo de ejecución del plan:

El tiempo de ejecución está programado para tres meses aproximadamente según se evalué los avances de la paciente con el plan psicoterapéutico impuesto.

13. Avances Terapéuticos o Logros obtenidos:

- El plan psicoterapéutico está en un avance del 10% dando como resultados el cumplimiento de los objetivos de las dos primeras sesiones.

14. Cambio de actitudes y/o comportamientos:

- Presenta mejora en la voluntad de realizar actividades cotidianas.
- Incremento en las relaciones sociales positivas.

15. Seguimiento:

La evaluada acude a las sesiones pactadas, donde se puede reflejar que hay una leve mejora del 10% ya que, a causa de limitaciones como el horario de atención y actividades del paciente, se avanza de forma pausada el plan psicoterapéutico pactado

para la paciente. Se puede resaltar que, como avance, presenta una revaloración de su autoestima como mujer e incentivación para salir adelante junto con su menor hijo, es por eso que su apetito, energía y ánimo han incrementado, así como también ha dejado de tener sentimientos de culpa por la problemática familiar que ella padece en la actualidad (violencia Familiar).

Arequipa, 11 de noviembre del 2018

Maryori Condori Mejía
Bachiller de Psicología

ANEXOS

Anexo A. Tamizaje de depresión

ROQUE CON UN CIRCULO EL NUMERO QUE SE AJUSTA A SU RESPUESTA.

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
ME SIENTO TRISTE Y DECAIDO	1	2	3	4
POR LAS MAÑANAS ME SIENTO MEJOR	4	3	2	1
TENGO GANAS DE LLORAR Y AVECES LLORO	1	2	3	4
ME GUSTA MUCHO DORMIR POR LAS NOCHES	1	2	3	4
COMO IGUAL QUE ANTES	4	3	2	1
AUN TENGO DESEOS SEXUALES	4	3	2	1
NOTO QUE ESTOY ADELGAZANDO	1	2	3	4
ESTOY ESTREÑIDO	1	2	3	4
EL CORAZÓN ME LATE MÁS RÁPIDO QUE ANTES	1	2	3	4
ME CANSO SIN MOTIVO	1	2	3	4
MI MENTE ESTÁ TÁN DESPEJADA COMO ANTES	4	3	2	1
HAGO LAS COSAS CON LA MISMA FACILIDAD QUE ANTES	4	3	2	1
ME SIENTO INTRANQUIL Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO	1	2	3	4
TENGO CONFIANZA EN EL FUTURO	4	3	2	1
ESTOY MAS IRRITABLE QUE ANTES	1	2	3	4
ENCUENTRO FACIL TOMAR DECISIONES	4	3	2	1
IENTO QUE SOY UTIL Y NECESARIO	1	2	3	4
ENCUENTRO AGRADABLE VIVIR	4	3	2	1
CREO QUE SERIA MEJOR PARA LOS DEMAS SI ESTUVIERA MUERTO	1	2	3	4
ME GUSTAN LAS MISMAS COSAS QUE ANTES	4	3	2	1

Anexo B. Test Proyectivo de Karen Machover La Figura Humana



Anexo C. Inventario Multifásico de la Personalidad

INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK

NOMBRE: S. A. Q.
FECHA DE APLICACIÓN: 28-11-2018 EDAD: 39

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1		X	20		X	39	X	
2	X		21		X	40		X
3		X	22	X		41		X
4		X	23		X	42		X
5		X	24		X	43		X
6	X		25		X	44	X	
7	X		26	X		45	X	
8		X	27	X		46		X
9	X		28		X	47		X
10		X	29		X	48	X	
11	X		30		X	49		X
12		X	31	X		50	X	
13		X	32	X		51	X	
14	X		33		X	52	X	
15	X		34	X		53	X	
16		X	35	X		54	X	
17	X		36	X		55	X	
18	X		37	X		56	X	
19		X	38	X		57		X

E	11	T. Introversión
N	13	Inestabilidad
L	5	Veloz

INTERPRETACIÓN:

.....

.....

.....

CASO 2

ESTUDIO DE CASO
HISTORIA CLINICA PSICOLÓGICA - ANAMNESIS

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres : M.N.V.
Edad Cronológica : 14 años, 07 meses
Fecha de Nacimiento : 29 de octubre del 2003
Lugar de Nacimiento : Arequipa
Año de Escolaridad : 1ro de Secundaria
Distrito Actual : Socabaya
N° Historia Clínica : 785357
Referido por : Consultorio externo de Psicología
Informantes : El paciente y su Bisabuela
Lugar de evaluación : Hospital III Goyeneche
Fecha de Consulta : 09, 15, 23 y 30 de mayo del 2018
Examinado por : Wendy Del Carpio Motta

II. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es acompañado a la consulta por su bisabuela, la señora J., quien refiere que su nieto “habla mucho, interrumpe en clases, no escucha, es inquieto, no obedece, no cumple con actividades, es flojo y le contesta”. El rendimiento escolar de M. es bajo, tiene dificultades para leer, realizar operaciones matemáticas y cumplir con deberes escolares, lo que ha ocasionado burlas entre sus compañeros y llamadas de atención por parte de los profesores.

III. PROBLEMA ACTUAL

M. narra que desde hace algunos años tiene dificultades para desenvolverse en el colegio, no realiza sus tareas, además que en reiteradas oportunidades ha faltado a clases, ha repetido un año académico. Su bisabuela refiere que sus compañeros se burlan de él, por sus faltas de ortografía, sus equivocaciones en operaciones matemáticas. En el ámbito familiar, Maicol vive con su papá, su bisabuela cuenta que no cumple con sus deberes, en algunos momentos le contesta, siente que su nieto “esta solo”, ya que el padre trabaja todo el día y no hay quien “lo controle” en casa.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

No se pudo obtener datos de los antecedentes personales (Etapa Pre-Natal, Etapa Natal, Desarrollo Psicomotor, Lenguaje) de Maicol, ya que en el proceso de evaluación solo asistió con su bisabuela, quien no pudo brindar los datos necesarios del desarrollo del menor.

ETAPA ESCOLAR

Asiste a la Institución Educativa Néstor Cáceres Velásquez, cursa el 1er año de secundaria, tiene bajo rendimiento escolar, sus notas son de regular a bajo (menor a 13). Ha repetido un año académico (1ro de secundaria), lo han cambiado de Institución Educativa dos veces, según refiere Maicol por problemas económicos.

HÁBITOS E INFLUENCIAS NOCIVAS

No tiene deberes fijos en casa, ni ningún horario en cuanto a estudios y cumplimiento de tareas, su bisabuela refiere que no cumple con órdenes “limpiar la cocina”, “recoger los platos”, “enseñarle sus cuadernos”, “a veces miente”, “no tengo tareas”. Convive con “primos mayores” (mayores a 17años), con los que suele ir a diversas “reuniones”, en una ocasión no llegó a dormir a casa. Niega consumo de alcohol, tabaco y drogas.

ACTIVIDADES DE OCIO

El adolescente asiste a un grupo de baile Caporal dos veces por semana, le agrada ver televisión y entretenerse con su celular.

V. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

Su bisabuela refiere que cuando era niño, M. era tranquilo, obedecía, cumplía con sus deberes tanto en casa como en el colegio.

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES

El adolescente proviene de una familia disintegrada, hace dos años su madre (M.Á.) decide establecerse en la ciudad de Lima con su nueva pareja, desde ese momento la relación con ella es “negativa”, según refiere su bisabuela, el adolescente “insulta” por mensajes de WhatsApp a su madre. Desde que la M.Á. viaja a Lima, el menor se queda a vivir con su papá (P., 50 años), junto con sus tíos, tías y primos. La vivienda que habitan es propia, de material noble, cuenta con tres pisos, con los servicios de agua, luz y desagüe. Su papá trabaja en una empresa de entrega a domicilio en el horario de 7:00 am. A 7:00 pm., lo que imposibilita que tenga control para imponer

su autoridad, cumplimiento de reglas y/o normas dentro del hogar, la relación que mantienen es “buena”, según refiere M. Por las mañanas suele ir a la casa de su bisabuela (J., 85 años), para almorzar y luego se va al colegio. Por último, su hermana menor (A., 8 años) vive con una tía materna, no mantienen contacto, su relación es “distante y conflictiva”, ya que cuando se juntan llegan a “pegarse e insultarse”, por tal motivo decidieron (la tía y la bisabuela) que no se frecuenten. Según refiere la Sra. J., su nieta se encuentra en tratamiento psiquiátrico en Centro de Salud Mental Moisés Heresi con diagnóstico de Trastorno de Conducta, también relata que la madre de M. se distraía con facilidad cuando era niña, no le agradaba hacer sus quehaceres, ni asistir al colegio, al ver a su nieto le hace recordar el comportamiento de la Sra. M.Á.

VII. RESUMEN

M. es una adolescente de 14 años 07 meses que es acompañado a la consulta por su bisabuela, la señora J., quien refiere que su nieto “habla mucho, interrumpe en clases, no escucha, es inquieto, no obedece, no cumple con actividades, es flojo y le contesta”. No se obtuvieron datos de los antecedentes personales, ya que a la entrevista asistió con su bisabuela, quien no pudo brindar datos exactos del menor. Asiste a la Institución Educativa Néstor Cáceres Velásquez, cursa el 1er año de secundaria, tiene bajo rendimiento escolar, ha repetido un año académico. No tiene deberes fijos en casa, ni ningún horario en cuanto a estudios y cumplimiento de tareas, su bisabuela refiere que no cumple con órdenes “limpiar la cocina”, “recoger los platos”, “enseñarle sus cuadernos”, “a veces miente”, “no tengo tareas”. Convive con “primos mayores” (mayores a 17años), con los que suele ir a diversas “reuniones”, en una ocasión no llegó a dormir a casa. Niega consumo de alcohol, tabaco y drogas, asiste a un grupo de baile Caporal dos veces por semana, le agrada ver televisión y entretenerse con su celular. El adolescente proviene de una familia desintegrada, hace dos años su madre (M. Á.) decide establecerse en la ciudad de Lima con su nueva pareja, desde ese momento la relación con ella es “negativa”, según refiere su bisabuela, el adolescente “insulta” por mensajes de WhatsApp a su madre. Desde que la M.Á. viaja a Lima, el menor se queda a vivir con su papá (P., 50 años), junto con sus tíos, tías y primos. La vivienda que habitan es propia, de material noble, cuenta con tres pisos, con los servicios de agua, luz y desagüe. Su papá trabaja en una empresa de entrega a domicilio en el horario de 7:00 am. A 7:00

pm., lo que imposibilita que tenga control para imponer su autoridad, cumplimiento de reglas y/o normas dentro del hogar, la relación que mantienen es “buena”, según refiere M. Por las mañanas suele ir a la casa de su bisabuela (J., 85 años), para almorzar y luego se va al colegio. Por último, su hermana menor (A., 8 años) vive con una tía materna, no mantienen contacto, su relación es “distante y conflictiva”, ya que cuando se juntan llegan a “pegarse e insultarse”, por tal motivo decidieron (la tía y la bisabuela) que no se frecuenten. Según refiere la Sra. J., su nieta se encuentra en tratamiento psiquiátrico en Centro de Salud Mental Moisés Heresi con diagnóstico de Trastorno de Conducta, también relata que la madre de M. se distraía con facilidad cuando era niña, no le agradaba hacer sus quehaceres, ni asistir al colegio, al ver a su nieto le hace recordar el comportamiento de la Sra. M.Á.

Arequipa, 31 de mayo del 2018

Wendy Del Carpio Motta
Bachiller de Psicología

EXAMEN CLÍNICO MENTAL

I. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

M. aparenta su edad cronológica, es de contextura delgada, con peso y estatura promedio; de tez blanca, cabello ondeado y ojos marrones claros. Presenta un adecuado arreglo e higiene personal; mostrándose colaborador e inquieto ante la entrevista y evaluación. Postura ligeramente encorvada, y marcha adecuada. Su expresión corporal denota vitalidad, expresa emociones acorde a la situación vivida, muestra rasgos de ansiedad, negativismo, angustia e irritabilidad. Tono de voz es alta, por momentos “habla gritando” e interrumpe constantemente, realiza preguntas sobre el objetivo y proceso de la evaluación. La actitud hacia la evaluadora es adecuada, brinda información de manera espontánea, detallista en cuanto al relato.

II. EXPLORACIÓN DE PROCESOS COGNITIVOS

ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

Su atención selectiva se encuentra disminuida, se distrae con facilidad ante estímulos irrelevantes. En cuanto a su atención sostenida le cuesta retomar actividades después de dejarlas, se observó deficiente el control atencional. En el momento de la evaluación se le encontró lucido, sus niveles de vigilia y alerta son adecuados, orientado en cuanto a su persona, espacio y tiempo.

LENGUAJE

Su lenguaje expresivo es fluido, en relación al ritmo del habla se encuentra acelerado, no presenta dificultades para la articulación y pronunciación de las palabras, se expresa claramente, su tono de voz es elevado; en el contenido y la buena utilización de palabras no tiene mayor problema, utiliza jergas propias de su edad. Su lenguaje comprensivo es adecuado, el dialogo es coherente, entiende indicaciones.

PENSAMIENTO

El curso del pensamiento es fluido, no presenta ideas perseverantes. En cuanto al contenido del pensamiento se denota negativismo en algunos temas: la presencia de su padre a la consulta “no va a venir”, “no tiene tiempo para venir”, “no va a querer”, de igual manera a su asistencia continua al colegio, “si voy me van a gritar”, “para que voy”, “mejor me quedo en mi casa”, “mañana iré”, “hoy no, porque no me dejaran entrar”.

PERCEPCIÓN

Sus sentidos se encuentran preservados. Al momento de la evaluación no presento alteraciones perceptivas, ilusiones o alucinaciones.

MEMORIA

Recuerda episodios de su vida a corto y largo plazo, su memoria no se ha visto afectada, ni con alteraciones al momento de la entrevista y evaluación. Su memoria de trabajo se encuentra conservada, logra fijar información.

FUNCIONES COGNITIVAS

Presenta dificultades para concretar algunas actividades. Su escritura es en letra imprenta, combina letras mayúsculas y minúsculas, tiene dificultades en cuanto a su ortografía, su velocidad al escribir es lenta. Lectura pausada, falta de comprensión al procesar información. Lateralidad izquierda, pinza inadecuada para su edad.

III. EXPLORACIÓN DE LA VIDA AFECTIVA, CARÁCTER Y APTITUDES ESTADOS DE ÁNIMO

En cuanto a su estado afectivo M. muestra sentimientos de frustración e irritabilidad por no poder realizar lo que desea. Se observó concordancia entre su expresión verbal y afectiva, al momento de la evaluación presenta signos de ansiedad, angustia e irritabilidad.

AFECTOS Y SENTIMIENTOS

En el momento de la evaluación se mostró extrovertido, mostraba sus sentimientos y emociones con facilidad de acuerdo al contexto y momentos al contestar algunas preguntas.

ACTITUDES

Se mostró colaborador durante la entrevista, se involucraba por momentos en el examen. Acepta que tiene bajo rendimiento escolar, así como problemas conductuales, se observa falta de decisión para llevar tratamiento.

IV. RESUMEN

M. aparenta su edad cronológica, es de contextura delgada, con peso y estatura promedio; de tez blanca, cabello ondeado y ojos marrones claros. Presenta un adecuado arreglo e higiene personal; mostrándose colaborador e inquieto ante la entrevista y evaluación. Postura ligeramente encorvada, y marcha adecuada. Su expresión corporal denota vitalidad, expresa emociones acorde a la situación vivida,

muestra rasgos de ansiedad, negativismo, angustia e irritabilidad. Tono de voz es alta, por momentos “habla gritando” e interrumpe constantemente, realiza preguntas sobre el objetivo y proceso de la evaluación. La actitud hacia la evaluadora es adecuada, brinda información de manera espontánea, detallista en cuanto al relato. Su atención selectiva se encuentra disminuida, se distrae con facilidad ante estímulos irrelevantes. En cuanto a su atención sostenida le cuesta retomar actividades después de dejarlas, se observó deficiente el control atencional. En el momento de la evaluación se le encontró lucido, sus niveles de vigilia y alerta son adecuados, orientado en cuanto a su persona, espacio y tiempo. Su lenguaje expresivo es fluido, en relación al ritmo del habla se encuentra acelerado, no presenta dificultades para la articulación y pronunciación de las palabras, se expresa claramente, su tono de voz es elevado; en el contenido y la buena utilización de palabras no tiene mayor problema, utiliza jergas. Su lenguaje comprensivo es adecuado, el dialogo es coherente y entiende indicaciones. El curso del pensamiento es fluido, no presenta ideas perseverantes. En cuanto al contenido del pensamiento se denota negativismo en algunos temas: la presencia de su padre a la consulta “no va a venir”, “no tiene tiempo para venir”, “no va a querer”, de igual manera a su asistencia continua al colegio “si voy me van a gritar”, “para que voy”, “mejor me quedo en mi casa”, “mañana iré”, “hoy no, porque no me dejen entrar”. Sus sentidos se encuentran preservados. Al momento de la evaluación no presento alteraciones perceptivas, ilusiones o alucinaciones. Recuerda episodios de su vida a corto y largo plazo, su memoria no se ha visto afectada, ni con alteraciones al momento de la entrevista y evaluación. Su memoria de trabajo se encuentra conservada, logra fijar información. Presenta dificultades para concretar algunas actividades. Su escritura es en letra imprenta, combina letras mayúsculas y minúsculas, tiene dificultades en cuanto a su ortografía, su velocidad al escribir es lenta. Lectura pausada, falta de comprensión al procesar información. Lateralidad izquierda, pinza inadecuada para su edad. En cuanto a su estado afectivo el adolescente muestra sentimientos de frustración e irritabilidad por no poder realizar lo que desea. Se observó concordancia entre su expresión verbal y afectiva, al momento de la evaluación presenta signos de ansiedad, angustia e irritabilidad. En el momento de la evaluación se mostró extrovertido, mostraba sus sentimientos y emociones con facilidad de acuerdo al contexto y momentos que contestaba algunas preguntas. Por último, Se mostró colaborador durante la entrevista, se involucraba

por momentos en el examen. Acepta tener bajo rendimiento escolar, así como problemas conductuales, se observa falta de compromiso para llevar tratamiento.

Arequipa, 31 de mayo del 2018

Wendy Del Carpio Motta
Bachiller de Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos y Nombres : M.N.V.
Edad Cronológica : 14 años, 07 meses
Fecha de Nacimiento : 29 de octubre del 2003
Lugar de Nacimiento : Arequipa
Año de Escolaridad : 1ro de Secundaria
Distrito Actual : Socabaya
N° Historia Clínica : 785357
Referido por : Consultorio Externo de Psicología
Lugar de evaluación : Hospital III Goyeneche
Fecha de Consulta : 09, 15, 23 y 30 de mayo del 2018
Examinado por : Wendy Del Carpio Motta

II. OBSERVACIONES GENERALES

M. aparenta su edad cronológica, es de contextura delgada, con peso y estatura promedio; de tez blanca, cabello ondeado y ojos marrones claros. Presenta un adecuado arreglo e higiene personal; mostrándose intranquilo y colaborador ante la entrevista y evaluación. Postura ligeramente encorvada, y marcha adecuada. Su expresión denota vitalidad, logra expresar emociones acorde a las preguntas realizadas. Tono de voz es alto, por momentos habla gritando e interrumpe constantemente, realiza preguntas sobre la evaluación. La actitud hacia la evaluadora es adecuada, brinda información de manera espontánea, detallista en cuanto al relato. En los tamizajes resueltos con el paciente se observó que cambio varias respuestas, respondiendo en su mayoría impulsivamente. Suele llegar tarde a las citas acordadas, en la última sesión su bisabuela refirió que un día anterior tuvo reacciones impulsivas y “agresivas” en su casa “arrojó y rompió el control remoto”, “comenzó a sacar mi ropa y la botaba por la habitación”, “se puso a gritar y a llorar”, no quiere asistir al colegio.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista

- Pruebas Psicológicas Aplicadas
 - ✦ Test Psicométrico Escala de Inteligencia para niños WISC-V de D. Wechsler
 - ✦ Test Psicométrico de Inteligencia No Verbal – Tony 2 Forma A
 - ✦ Test Psicométrico Desarrollo de Koppitz para el Test Gestáltico de Bender
 - ✦ Test Proyectivo del Dibujo de la prueba de Goodenough de Dale Harris
 - ✦ Evaluación de Habilidades Sociales – MINSA
 - ✦ Cuestionario de Cólera, Irritabilidad y Agresión – MINSA
 - ✦ Pruebas no estandarizadas de escritura, lectura y calculo

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

1. TEST PSICOMÉTRICO ESCALA DE INTELIGENCIA PARA NIÑOS WISC-V

A. Análisis Cuantitativo

ÁREA	SUBTEST	PUNTAJE DIRECTO	INDICE	CATEGORÍA
Comprensión Verbal	Semejanzas	31	8	Alto
	Vocabulario	20	3	Bajo
Viso espacial	Cubos	14	3	Bajo
Razonamiento Fluido	Matrices	12	4	Promedio
	Balanzas	15	5	Promedio
Memoria de Trabajo	Dígitos	13	2	Bajo
Velocidad de Procesamiento	Claves	32	4	Promedio

B. Análisis Cualitativo

Al evaluar el Test Psicométrico Escala de Inteligencia para niños Wisc-V, sus respuestas fueron impulsivas, por tal motivo los resultados no se consideraron para obtener el CI, sino las áreas de posible dificultad para el menor. M. obtiene puntajes promedio en la Áreas de Comprensión Verbal, Razonamiento Fluido y Velocidad de Procesamiento. Puntajes bajos en las Áreas de Viso-espaciales y

Memoria de Trabajo; lo que quiere decir que tiene dificultades para analizar y sintetizar información, y retención de la misma.

2. TEST PSICOMÉTRICO DE INTELIGENCIA NO VERBAL – TONY 2 FORMA A

A. Análisis Cuantitativo

PUNTAJE DIRECTO	C.I.	CATEGORÍA
13	83	Por debajo del Promedio

B. Análisis Cualitativo

En el Test Psicométrico de Inteligencia No Verbal TONI-2, Maicol obtiene una categoría *Por debajo del promedio*, por consiguiente muestra dificultades para resolver problemas, retención de información, análisis y síntesis de la información.

3. TEST PSICOMÉTRICO DESARROLLO DE KOPPITZ PARA EL TEST GESTÁLTICO

A. Análisis Cuantitativo

REGISTRO DE PUNTAJES	PUNTAJE DIRECTO
Puntaje Bruto	18
Índice Viso Motor	85
Rango Percentilar	16
Edad Equivalente	8 - 8
CATEGORÍA	Por Debajo del Promedio

B. Análisis Cualitativo

En el Test psicométrico Desarrollo de Koppitz para el Test gestáltico, Maicol obtiene Puntaje Bruto de 18, lo que corresponde a un Índice Viso Motor de 85, con categoría de *Por Debajo del Promedio*, y una edad equivalente de 8-8, lo cual no corresponde a su edad cronológica, por consiguiente puede presentar falta de maduración para el aprendizaje.

4. TEST PROYECTIVO DEL DIBUJO DE LA PUEBA DE GOODENOUGH

A. Análisis Cuantitativo

PUNTAJE DIRECTO	C.I.	CATEGORÍA
31	80	Por debajo del Promedio

B. Análisis Cualitativo

En el Test Proyectivo del Dibujo de la Prueba de Goodenough, el adolescente obtiene puntaje directo de 31, corresponde a puntaje estándar de 80, categoría *Por Debajo del Promedio*, lo que concuerda con los Test descritos anteriormente.

5. EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES

A. Análisis Cuantitativo

ÁREA	PUNTAJE DIRECTO	CATEGORÍA
Asertividad	40	Promedio
Comunicación	36	Promedio Alto
Autoestima	44	Promedio
Toma de Decisiones	36	Promedio Alto
TOTAL	144	Promedio Alto

B. Análisis Cualitativo

En cuanto a sus Habilidades Sociales, el área de Autoestima y Asertividad mantiene categoría Promedio, y en la Áreas Comunicación y Toma de Decisiones mantienen categoría Promedio Alto.

6. CUESTIONARIO DE CÓLERA, IRRITABILIDAD Y AGRESIÓN

A. Análisis Cuantitativo

ÁREA	PUNTAJE DIRECTO	CATEGORÍA
Irritabilidad	23	Bajo
Cólera	11	Bajo

Agresión	32	Muy Bajo
----------	----	----------

B. Análisis Cualitativo

Obtuvo puntajes bajos en las áreas de irritabilidad y cólera, y categoría muy bajo en el área de agresión.

7. PRUEBAS NO ESTANDARIZADAS DE ESCRITURA, LECTURA Y CÁLCULO

En la escritura presenta dificultades ortográficas y en expresión escrita. En cuanto a la lectura, es lenta y pausada, mantiene dificultad para comprender lo que lee. Por último, en el cálculo, se observó dificultad para dominar el sentido numérico, datos numéricos y razonamiento matemático.

V. RESUMEN

De acuerdo a la evaluación realizada para el Área de Coeficiente Intelectual tenemos, el Test Psicométrico Escala de Inteligencia para niños Wisc-V, sus respuestas fueron impulsivas, por tal motivo por tal motivo los resultados no se consideraron para obtener el CI, sino las áreas de posible dificultad para el menor. M. obtiene puntajes promedio en la Áreas de Comprensión Verbal, Razonamiento Fluido y Velocidad de Procesamiento. Puntajes bajos en las Áreas de Viso-espaciales y Memoria de Trabajo; lo que quiere decir que tiene dificultades para analizar y sintetizar información, retención de la misma. En el Test Psicométrico de Inteligencia No Verbal TONI-2, Maicol obtiene una categoría *Por debajo del promedio*, por consiguiente muestra dificultades para resolver problemas, retención de información, análisis y síntesis de la información. En la tercera prueba, el Test psicométrico Desarrollo de Koppitz para el Test gestáltico, el paciente obtiene Puntaje Bruto de 18, lo que corresponde a un Índice Viso Motor de 85, con categoría de *Por Debajo del Promedio*, y una edad equivalente de 8-8, lo cual no corresponde a su edad cronológica, por consiguiente puede presentar falta de maduración para el aprendizaje. En el Test Proyectivo del Dibujo de la Prueba de Goodenough, el adolescente obtiene puntaje directo de 31, corresponde a puntaje estándar de 80, categoría *Por Debajo del Promedio*, lo que concuerda con los Test descritos anteriormente. Por último, con relación a sus Habilidades Sociales, el área de

Autoestima y Asertividad mantiene categoría Promedio, y en la Áreas Comunicación y Toma de Decisiones mantienen categoría Promedio Alto. Obtuvo puntajes bajos en las áreas de irritabilidad y cólera, y muy bajo en el área de agresión. En la escritura presenta dificultades ortográficas y en expresión escrita. En cuanto a la lectura, es lenta y pausada, mantiene dificultad para comprender lo que lee. Por último, en el cálculo, se observó dificultad para dominar el sentido numérico, datos numéricos y razonamiento matemático.

Arequipa, 31 de mayo del 2018

Wendy Del Carpio Motta
Bachiller de Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres	: M.N.V.
Edad Cronológica	: 14 años, 07 meses
Fecha de Nacimiento	: 29 de octubre del 2003
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Año de Escolaridad	: 1ro de Secundaria
Distrito Actual	: Socabaya
Nº Historia Clínica	: 785357
Referido por	: Consultorio Externo de Psicología
Informante	: El paciente y su Bisabuela
Lugar de evaluación	: Hospital III Goyeneche
Fecha de Consulta	: 09, 15, 23 y 30 de mayo del 2018
Examinado por	: Wendy Del Carpio Motta

II. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es acompañado a la consulta por su bisabuela, la señora J., quien refiere que su nieto “habla mucho, interrumpe en clases, no escucha, es inquieto, no obedece, no cumple con actividades, es flojo y le contesta”. El rendimiento escolar de M. es bajo, tiene dificultades para leer, realizar operaciones matemáticas y cumplir con deberes escolares, lo que ha ocasionado burlas entre sus compañeros y llamadas de atención por parte de los profesores.

III. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

No se obtuvieron datos de los antecedentes personales del adolescente, ya que a la entrevista asistió con su bisabuela, quien no pudo brindar datos exactos del menor. Asiste a la Institución Educativa Néstor Cáceres Velásquez, cursa el 1er año de secundaria, tiene bajo rendimiento escolar, ha repetido un año académico. No tiene deberes fijos en casa, ni ningún horario en cuanto a estudios y cumplimiento de tareas, su bisabuela refiere que no cumple con órdenes “limpiar la cocina”, “recoger los platos”, “enseñarle sus cuadernos”, “a veces miente”, “no tengo tareas”. Convive con “primos mayores” (mayores a 17años), con los que suele ir a diversas “reuniones”, en una ocasión no llego a dormir a casa. Niega consumo de alcohol,

tabaco y drogas, asiste a un grupo de baile Caporal dos veces por semana, le agrada ver televisión y entretenerse con su celular. El adolescente proviene de una familia desintegrada, hace dos años su madre (M. Á.) decide establecerse en la ciudad de Lima con su nueva pareja, desde ese momento la relación con ella es “negativa”, según refiere su bisabuela, el adolescente “insulta” por mensajes de WhatsApp a su madre. Desde que la M.Á. viaja a Lima, el menor se queda a vivir con su papá (P., 50 años), junto con sus tíos, tías y primos. La vivienda que habitan es propia, de material noble, cuenta con tres pisos, con los servicios de agua, luz y desagüe. Su papá trabaja en una empresa de entrega a domicilio en el horario de 7:00 am. A 7:00 pm., lo que imposibilita que tenga control para imponer su autoridad, cumplimiento de reglas y/o normas dentro del hogar, la relación que mantienen es “buena”, según refiere M. Por las mañanas suele ir a la casa de su bisabuela (J., 85 años), para almorzar y luego se va al colegio. Por último, su hermana menor (A., 8 años) vive con una tía materna, no mantienen contacto, su relación es “distante y conflictiva”, ya que cuando se juntan llegan a “pegarse e insultarse”, por tal motivo decidieron (la tía y la bisabuela) que no se frecuenten. Según refiere la Sra. J., su nieta se encuentra en tratamiento psiquiátrico en Centro de Salud Mental Moisés Heresi con diagnóstico de Trastorno de Conducta, también relata que la madre de M. se distraía con facilidad cuando era niña, no le agradaba hacer sus quehaceres, ni asistir al colegio, al ver a su nieto le hace recordar el comportamiento de la Sra. M.Á.

IV. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

M. aparenta su edad cronológica, es de contextura delgada, con peso y estatura promedio; de tez blanca, cabello ondeado y ojos marrones claros. Presenta un adecuado arreglo e higiene personal; mostrándose intranquilo y colaborador ante la entrevista y evaluación. Postura ligeramente encorvada, y marcha adecuada. Su expresión denota vitalidad, logra expresar emociones acorde a las preguntas realizadas. Tono de voz es alto, por momentos habla gritando e interrumpe constantemente, realiza preguntas sobre la evaluación. La actitud hacia la evaluadora es adecuada, brinda información de manera espontánea, detallista en cuanto al relato. En los tamizajes resueltos con el paciente se observó que cambio varias respuestas, respondiendo en su mayoría impulsivamente. Suele llegar tarde a las citas acordadas, en la última sesión su bisabuela refirió que un

día anterior tuvo reacciones impulsivas y “agresivas” en su casa “arrojó y rompió el control remoto”, “comenzó a sacar mi ropa y la botaba por la habitación”, “se puso a gritar y a llorar”, no quiere asistir al colegio.

V. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas Psicológicas Aplicadas
 - Test Psicométrico Escala de Inteligencia para niños WISC-V de D. Wechsler
 - Test Psicométrico de Inteligencia No Verbal – Tony 2 Forma A
 - Test Psicométrico Desarrollo de Koppitz para el Test Gestáltico de Bender
 - Test Proyectivo del Dibujo de la prueba de Goodenough de Dale Harris
 - Evaluación de Habilidades Sociales – MINSA
 - Cuestionario de Cólera, Irritabilidad y Agresión – MINSA
 - Pruebas no estandarizadas de escritura, lectura y cálculo

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

De acuerdo a la evaluación realizada, su atención selectiva se encuentra disminuida, se distrae con facilidad ante estímulos irrelevantes. En cuanto a su atención sostenida le cuesta retomar actividades después de dejarlas, se observó deficiente el control atencional. En el momento de la evaluación se le encontró lucido, sus niveles de vigilia y alerta son adecuados, orientado en cuanto a su persona, espacio y tiempo. Su lenguaje expresivo es fluido, en relación al ritmo del habla se encuentra acelerado, no presenta dificultades para la articulación y pronunciación de las palabras, se expresa claramente, su tono de voz es elevado; en el contenido y la buena utilización de palabras no tiene mayor problema, utiliza jergas. Su lenguaje comprensivo es adecuado, el dialogo es coherente y entiende indicaciones. El curso del pensamiento es fluido, no presenta ideas perseverantes. En cuanto al contenido del pensamiento se denota negativismo en algunos temas: la presencia de su padre a la consulta “no va a venir”, “no tiene tiempo para venir”, “no va a querer”, de igual manera a su asistencia continua al colegio “si voy me van a gritar”, “para que voy”, “mejor me quedo en mi casa”, “mañana iré”, “hoy no, porque no me dejaran entrar”. Sus sentidos

se encuentran preservados. Al momento de la evaluación no presento alteraciones perceptivas, ilusiones o alucinaciones. Recuerda episodios de su vida a corto y largo plazo, su memoria no se ha visto afectada, ni con alteraciones al momento de la entrevista y evaluación. Su memoria de trabajo se encuentra conservada, logra fijar información. Presenta dificultades para concretar algunas actividades. Su escritura es en letra imprenta, combina letras mayúsculas y minúsculas, tiene dificultades en cuanto a su ortografía, su velocidad al escribir es lenta. Lectura pausada, falta de comprensión al procesar información. Lateralidad izquierda, pinza inadecuada para su edad. En cuanto a su estado afectivo Maicol muestra sentimientos de frustración e irritabilidad por no poder realizar lo que desea. Se observó concordancia entre su expresión verbal y afectiva, al momento de la evaluación presenta signos de ansiedad, angustia e irritabilidad. En el momento de la evaluación se mostró extrovertido, mostraba sus sentimientos y emociones con facilidad de acuerdo al contexto y momentos que contestaba algunas preguntas. Por último, Se mostró colaborador durante la entrevista, se involucraba por momentos en el examen. Acepta tener bajo rendimiento escolar, así como problemas conductuales, se observa falta de compromiso para llevar tratamiento.

En el Área de Inteligencia se obtuvo la categoría *Por debajo del promedio*, lo que quiere decir, que el Proceso de Aprendizaje en Maicol es lento en comparación a otros adolescentes de su edad, presenta dificultades con contenidos abstractos, lectoescritura, se distrae fácilmente y le cuesta mantener la atención, muestra dificultades para resolver problemas, para retención, análisis y síntesis de la información, de igual manera presenta baja tolerancia a la frustración y vulnerabilidad emocional. En relación a Madurez Visomotora, obtuvo categoría de *Por Debajo del Promedio*, y una edad equivalente de 8-8, lo cual no corresponde a su edad cronológica, por lo que se puede inferir que hay inmadurez para el Aprendizaje. Con relación a sus Habilidades Sociales, las áreas de autoestima y asertividad mantiene categoría *Promedio*, y en las Áreas comunicación y toma de decisiones mantienen categoría *Promedio Alto*. Presenta dificultades en el Aprendizaje tanto al escribir, realizar cálculos y en el procesamiento de la información. Obtuvo puntajes *bajos* en las áreas de irritabilidad y cólera, y *muy bajo* en el área de agresión. Por último, en la escritura presenta dificultades ortográficas y en expresión escrita; su lectura es lenta y pausada, mantiene dificultad para

comprender lo que lee; y en el cálculo, se observó dificultad para dominar el sentido numérico, datos numéricos y razonamiento matemático.

VII. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

M. cuenta con capacidad intelectual por *Debajo del Promedio*, por lo cual su proceso de aprendizaje es lento, presenta dificultades en el aprendizaje: lectura, escritura y cálculos matemáticos. Tiene rasgos de impulsividad, manipula para obtener lo que desea, comportamiento desorganizado por momentos, suele intimidar, negativismo, tendencia a la irritabilidad, dificultades para seguir reglas y normas establecidas, tiende a mentir para obtener favores, baja tolerancia a la frustración, vulnerabilidad emocional, poca motivación y ánimo disminuido. En cuanto a su comportamiento se muestra vital, alegre, se compromete por actividades de su interés. Por último, se evidencia la ausencia de soporte familiar adecuado, por las condiciones en las que se desarrolla el menor.

VIII. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

Al realizar el análisis e interpretación de la evaluación de M., desde su historia clínica psicológica, examen clínico mental y la evaluación psicométrica, se concluye que según el DSM-V, presenta los diagnósticos: Trastorno Específico del Aprendizaje y Trastorno de Conducta.

IX. PRONOSTICO

Reservado debido a la falta de compromiso por parte del menor a llevar intervención psicológica, y la ausencia de soporte familiar.

X. RECOMENDACIONES

- Recibir Terapia Individual para mejorar conducta.
- Recibir Terapia Psicopedagógica.
- Recibir Terapia Familiar.

Arequipa, 31 de mayo del 2018

Wendy Del Carpio Motta
Bachiller de Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres	: M.N.V.
Edad Cronológica	: 14 años, 07 meses
Fecha de Nacimiento	: 29 de octubre del 2003
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Año de Escolaridad	: 1ro de Secundaria
Distrito Actual	: Socabaya
Nº Historia Clínica	: 785357
Referido por	: Consultorio Externo de Psicología
Informante	: El paciente y su bisabuela
Lugar de evaluación	: Hospital III Goyeneche
Fecha de Consulta	: 09, 15, 23 y 30 de mayo del 2018
Examinado por	: Wendy Del Carpio Motta

II. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

M. cuenta con capacidad intelectual por *Debajo del Promedio*, por lo cual su proceso de aprendizaje es lento, presenta dificultades en el aprendizaje: lectura, escritura y cálculos matemáticos. Tiene rasgos de impulsividad, manipula para obtener lo que desea, comportamiento desorganizado por momentos, suele intimidar, negativismo, tendencia a la irritabilidad, dificultades para seguir reglas y normas establecidas, tiende a mentir para obtener favores, baja tolerancia a la frustración, vulnerabilidad emocional, poca motivación y ánimo disminuido. En cuanto a su comportamiento se muestra vital, alegre, se compromete por actividades de su interés. Por último, se evidencia la ausencia de soporte familiar adecuado, por las condiciones en las que se desarrolla el menor.

III. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

Al realizar el análisis e interpretación de la evaluación de M., desde su historia clínica psicológica, examen clínico mental y la evaluación psicométrica, se concluye que según el DSM-V, presenta los diagnósticos:

- Trastorno Específico del Aprendizaje

- Trastorno de Conducta

IV. OBJETIVO GENERAL

Brindar nuevas estrategias para mejorar la autovaloración personal, desarrollar habilidades sociales, rendimiento académico y vínculos familiares positivos, para que M. desarrolle comprensión y aceptación de diversas situaciones, así como el respeto hacia sí mismo y las normas sociales.

V. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aumentar la motivación tanto para iniciar la intervención psicológica, como modificar comportamientos.
- Re-estructurar hábitos tanto en casa como en el colegio, lo que facilite el mejor desenvolvimiento del paciente.
- Brindar pautas psicoeducativas en lectura, lo que ayude a mejorar su rendimiento escolar.
- Detectar el tipo de situaciones que le hacen responder de forma impulsiva.
- Analizar los posibles desencadenantes de sus conductas inadaptadas (frustraciones, pensamientos negativos).
- Brindar pautas psicoeducativas en escritura, lo que ayude a mejorar su rendimiento escolar.
- Modificar los pensamientos, creencias y actitudes disfuncionales que refuerzan la impulsividad.
- Identificar las obligaciones y responsabilidades de cada miembro de la familia.
- Brindar pautas psicoeducativas en el cálculo, lo que ayude a mejorar su rendimiento escolar.
- Buscar la relación positiva entre los miembros de la familia, introduciendo a la familia en un mundo de reciprocidad.
- Desarrollar y fomentar el uso de habilidades sociales en el ámbito amical, desarrollar la comunicación asertiva, empatía y respeto con sus iguales.
- Facilitar la toma de decisiones y la elaboración de un proyecto de vida.

VI. DESCRIPCIÓN DEL PLAN PSICOTERAPÉUTICO

Nº de sesión	Enfoque	Técnica a utilizar	Objetivo a alcanzar	Tiempo
Sesión 1	Cognitivo-conductual	Reestructuración Cognitiva Psico-educación	Aumentar la motivación tanto para iniciar la intervención psicológica, como modificar comportamientos.	40 minutos
Sesión 2	Cognitivo-conductual	Reestructuración Cognitiva	Re-estructurar hábitos tanto en casa como en el colegio, lo que facilite el mejor desenvolvimiento del paciente.	40 minutos
Sesión 3	Cognitivo-conductual	Modelo Explicativo	Brindar pautas psicoeducativas en lectura, lo que ayude a mejorar su rendimiento escolar.	40 minutos
Sesión 4	Cognitivo-conductual	Modelo Explicativo	Detectar el tipo de situaciones que le hacen responder de forma impulsiva.	40 minutos
Sesión 5	Cognitivo-conductual	Reestructuración cognitiva	Analizar los posibles desencadenantes de sus conductas inadaptadas (frustraciones, pensamientos negativos).	40 minutos
Sesión 6	Cognitivo-conductual	Modelo Explicativo	Brindar pautas psicoeducativas en escritura, lo que ayude a mejorar su rendimiento escolar.	40 minutos
Sesión 7	Cognitivo-conductual	Reestructuración cognitiva	Modificar los pensamientos, creencias y actitudes disfuncionales que refuerzan la impulsividad.	45 minutos
Sesión 8	Sistémico Familiar	Transmisión de que la posibilidad de cambio y autonomía	Identificar las obligaciones y responsabilidades de cada miembro de la familia.	45 minutos
Sesión 9	Cognitivo-conductual	Modelo Explicativo	Brindar pautas psicoeducativas en el cálculo, lo que ayude a mejorar su rendimiento escolar.	30 minutos
Sesión 10	Sistémico Familiar	La confusión, el crecimiento y la experiencia	Buscar la relación positiva entre los miembros de la familia, introduciendo a la familia en un mundo de reciprocidad.	45 minutos

Sesión 11	Cognitivo-conductual	Entrenamiento de Habilidades Sociales con su entorno	Desarrollar y fomentar el uso de habilidades sociales en el ámbito amical, desarrollar la comunicación asertiva, empatía y respeto con sus iguales.	45 minutos
Sesión 12	Cognitivo-conductual	Solución de problemas	Facilitar la toma de decisiones y la elaboración de un proyecto de vida	45 minutos

VII. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS A UTILIZAR

Se utilizará las técnicas Cognitivo – Conductual y Familiar Sistémica.

VIII. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Las actividades del plan propuesto se realizarán en sesiones de 30 a 40 minutos, dos veces por semana. Todas las sesiones se realizarán dentro del Nosocomio.

IX. AVANCES TERAPÉUTICOS

No hubo avances psicoterapéuticos con M., ya que no regreso a consulta externa luego de explicar los resultados de la evaluación.

X. SEGUIMIENTO DEL CASO

En una primera ocasión, la bisabuela del menor acudió al Nosocomio, para “contar” que tuvo una discusión con el padre de M., y que a raíz de eso su nieto ya no va a su casa. Se le brindo orientación y consejería a la Sra. J., se le pidió que regresará, pero no volvió.

En una segunda ocasión, la Sra. M.Á., quien llegó de la ciudad de Lima, asistió con su hijo, sin previa cita, para “quejarse”, ya que se había enterado que M. estaba ingiriendo alcohol, tuvo relaciones sexuales con una compañera, dejó de estudiar Se le brindo orientación y consejería, otorgándole una cita para el día siguiente, pero no regresó.

Arequipa, 30 de mayo del 2018

Wendy Del Carpio Motta
Bachiller de Psicología

ANEXOS

Anexo A. Pruebas Psicométricas y Pruebas Proyectivas

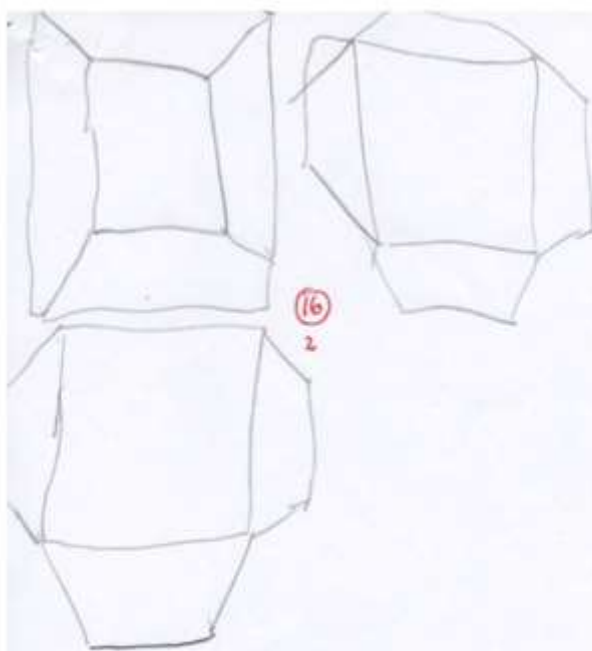
1- Pírcos	14	→ 3	
2- Semajanzas	31	→ 8	
3- Matrices	12	→ 4	CI: 61
4- Dígitos	13	→ 2	95%
5- Clavea	32	→ 4	57 - 69
6- Vocabulario	20	→ 3	
7- Balanzas	15	→ 5	
TOTAL			29

Claves

Parte B: Edad 8-16

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Σ	Λ	⌋	⌈	⌘	✓	○	⌌	~

Demostración	Ejemplo
2 4 1	9 5 7 3 8 6 3 5 7 2 8 4 6 9 1
Λ \ Σ ~	⌘ 0 ⌋ ⌌ ✓ ⌋ 2 0 Λ ⌌ \ ✓ ~ ⌌
3 2 6 1 9 8 4 7 5 6 3 2 7 1 8 9 5 4	
⌋ Λ ✓ ⌌ ~ ⌌ \ 0 2 ✓ ⌋ Λ 0 ⌌ ⌌ ⌌ \	
6 9 2 5 4 1 7 3 8 2 4 6 9 5 7 1 8 3	
✓ ~ Λ 2	
5 3 8 7 2 6 1 9 4 5 1 8 3 7 6 2 4 9	



TONI: 13: 83 \Rightarrow Proyecto del Proyecto.

Proyecto: 13: 83



- EL coche esta reguendo al camion
Al general de natu de soldado
- el perro lo esta modelando al mono
- el lobo esta engañado al caperucita
- el papá riño al niño
- Los niños van ^{a la} al ^{al} Jugar al parque

$$\begin{array}{r} 8 + \\ 2 \\ \hline 10 \end{array} \quad \begin{array}{r} 18 + \\ 7 \\ \hline 25 \end{array} \quad \begin{array}{r} 382 + \\ 29 \\ \hline 411 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 5 - 340 \\ 340 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 8 - \\ 5 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 10 - \\ 7 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 29 - \\ 18 \\ \hline \end{array}$$

- Me acuerdo abrazar a mi amigo cuando cumplí años

- ya tengo = 14 años i vivo con mi papá Tíos y primos y tías