

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

"ANALISIS DE LA CONDUCTA SUICIDA ADOLESCENTES  
QUE ASISTEN AL HOSPITAL HERMANO PEDRO  
DE ANTIGUA GUATEMALA"

ANA LUCIA DE LEÓN CUSTODIO



GUATEMALA OCTUBRE DE 2,006

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

"ANÁLISIS DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES QUE  
ASISTEN AL HOSPITAL HERMANO PEDRO DE ANTIGUA GUATEMALA"

INFORME FINAL DE INVESTIGACION  
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

POR

ANA LUCIA DE LEON CUSTODIO

PREVIO A OPTAR EL TITULO DE

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADEMICO DE

LICENCIATURA

GUATEMALA, OCTUBRE DEL 2,006



## **MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO**

Licenciada **MIRNA MARILENA SOSA MARROQUIN**  
**DIRECTORA**  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Licenciado **HELVIN VELASQUEZ RAMOS; M.A.**  
**SECRETARIO**  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Licenciado **LUIS MARIANO CODONER CASTILLO**  
Doctor **RENE VLADIMIR LOPEZ RAMIREZ**  
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRATICOS  
CONSEJO DIRECTIVO ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Licenciada **LORIS PEREZ SINGER**  
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS  
CONSEJO DIRECTIVO ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Estudiante **BRENDA JULISSA CHAMAM PACAY**  
Estudiante **EDGAR RAMIRO ARROYAVE SAGASTUME**  
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES  
CONSEJO DIRECTIVO ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

**PADRINOS DE GRADUACION**

**ZOILA AURORA NÚÑEZ DE JAUREGUI**  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

**MARIO ENRIQUE DE LEON**  
MEDICO CIRUJANO  
CON ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA  
COLEGIADO No. 1716

**JOSE RAFAEL ANTONIO MORALES PELLECCER**  
INGENIERO CIVIL  
COLEGIADO No.7202

**JORGE MENALDO BARRIOS**  
INGENIERO CIVIL  
COLEGIADO No.1240

## **DEDICO A**

**MI DIOS, MI PADRE** (ABBA SHELI, TODA RABBA!!)

**GRACIAS!!!** Por tus Bendiciones y por permitirme este **ÉXITO**.

### **MIS PADRES**

VICTOR MANUEL DE LEON MERIDA

GLORIA TERESA CUSTODIO CONTRERAS DE DE LEON (+)

DIOS me premio en darme excelentes padres, ahora este éxito es de ustedes. **ESTE ÉXITO ES GRACIAS A USTED Y PARA USTED...PAPA**

### **MIS HERMANOS**

VIRNA GIOVANNA Y PABLO ROSENDO. **GRACIAS!!!** Por permitirme ser su seguidora, son un buen ejemplo y guía en cada momento de mi vida. Gracias por estar siempre conmigo... y por permitirme alcanzar este éxito. **LOS AMO MUCHO!!!**

### **MIS SOBRINO**

ALEJANDRO JOSE, ANA SOFIA, DIEGO ANDRES, ANA TERESA

Quienes vinieron a llenar mi vida de Alegría y Bellos momentos. Son mi mayor motivación. Gracias por su amor. Juntos lograremos más éxitos.

### **MI CUÑADO**

MARCO DUARTE Y FAMILIA

Con cariño fraternal, muchas Gracias!!!

### **MIS ABUELITOS Y FAMILIA (tíos, tías, primos y primas)**

DE LEON-MERIDA, CUSTODIO-CONTRERAS

Con mucho amor para todos, siempre en mi corazón los momentos que hemos compartidos juntos. Y a cada uno **GRACIAS!!!** Porque me han ayudado alcanzar este éxito.

### **MIS AMIGAS**

BEVERLY SANDOVAL (+), EDNA TZUN, MARTHA DE PAZ, INGRID DIEGUEZ, ANA LUCIA LEIVA, ELSA MARIA ACEITUNO, LISBETH CARDENAS Y LICDA. KARLA ALDANA. La amiga verdadera ama en todo tiempo... Gracias por este triunfo y por los que vienen!!!

## **AGRADECIMIENTO ESPECIAL**

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

### A LOS PROFESIONALES

- LIC. **CARLOS ORANTES TROCCOLI**
  - LICDA. **EDITH DE MALDONADO**
  - DOCTOR **ERICK VON ANN RODAS**
  - LICDA. **SOFIA MAZARIEGOS**
  - LICDA. **MIREYA GULARTE**
  - LIC. **ESTUARDO ESPINOZA**
  - LIC. **MIGUEL LOPEZ**
- GRACIAS POR SU COLABORACION Y APOYO.**

**Deseo agradecer a cada catedrática del Departamento del Área  
Educativa, en especial a**

**LICDA. ZOILA AURORA NÚÑEZ DE JAUREGUI**

**Por su amor y ser mi ejemplo profesional, digno de imitar GRACIAS!!!**

**Agradezco a cada SECRETARIA que desinteresadamente me brindo su ayuda  
para culminar mi carrera... A TODAS MUCHAS GRACIAS!!!**

**A TOD@S DIOS L@S BENDIGA!!!**

# INDICE DEL CONTENIDO

"ANÁLISIS DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL HERMANO PEDRO DE ANTIGUA GUATEMALA"

<b><u>PROLOGO</u></b>	.....	<b>1</b>
<b><u>CAPITULO I</u></b>		
Introducción	.....	2
<b><u>Marco Teórico</u></b>		
El suicidio y la conducta suicida en los adolescentes	.....	5
Suicidio en Adolescentes	.....	6
Las advertencias de la Conducta Suicida en los Adolescentes.....		8
El Impacto del Suicidio en los demás,	.....	9
"DEPRESIÓN" Principal síntoma de la Conducta Suicida en los Adolescentes.....		10
La posibilidad de la Tendencia Suicida	.....	12
Intervenciones Psicoterapéuticas en la Conducta Suicida. Plan de tx.....		12
<b><u>CAPITULO II</u></b>		
TÉCNICAS	.....	17
INSTRUMENTOS	.....	20
<b><u>CAPITULO III</u></b>		
PRESENTACIÓN DE CASOS	.....	22
<b><u>CAPITULO IV</u></b>		
CONCLUSIONES	.....	84
RECOMENTACIONES	.....	85
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	.....	<b>89</b>
<b>ANEXOS</b>	.....	<b>90</b>
<b>RESUMEN</b>	.....	<b>100</b>

## PROLOGO

El ser humano se ha preguntado y buscado un significado a la vida. Hemos pasado por crisis en las cuales no encontramos una solución rápida, que responda a nuestra necesidad o deseo. A veces preguntamos si hay alguien a quién le importamos verdaderamente?, ¿qué sucede si dejamos de existir?, ¿qué sucederá si me muero? Estas y muchas preguntas, son las que en nuestra adolescencia probablemente las hicimos y los adolescente continúan haciéndolas. Decimos, que podemos comprender como un joven puede creer que el suicidio es el único camino que puede tomar. Pero la mayoría ni siquiera piensa que puede suceder ---hasta que es demasiado tarde---. Es necesario saber el cómo reaccionar para impedir que ocurra. El incremento en el suicidio de adolescentes es un problema. Siendo importante reconocer las señales de advertencia de un suicidio. Qué tipo de intervención podría disminuir su incidencia, de manera que la conducta suicida pueda ser evitada en el futuro. Es de esta manera que queremos dejar en claro, el por qué el adolescente atenta en contra de su vida, el por qué del pensamiento autodestructivo. Determinar la conducta suicida, cuáles son las situaciones que pasan el adolescente llevándolo a actuar y tomar esta decisión de autodestrucción con resultados mortales.

Este estudio ayuda a prevenir la conducta suicida y no sólo a tratar de salvar vidas hoy, sino que sean personas útiles a la sociedad y parte fundamental de una familia logrando integrarse a la sociedad evitando una claudicación en la elaboración adaptativa a nuevas circunstancias.

Con el desarrollo de este estudio se garantiza que se beneficie a la sociedad en general, al adolescente en crisis de intento de suicidio, a estudiantes y practicantes de la Escuela de Psicología. Seguramente contribuiremos con los profesionales al proporcionarles una guía que contiene procesos psicoterapéuticos. El Psicólogo Clínico se sitúa en un lugar de suma importancia para evitar estas conductas suicidas. Así evitar una muerte, una autodestrucción.



## CAPITULO I

- INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo se definió con base al título "ANÁLISIS DE LA CONDUCTA SUICIDIA EN ADOLESCENTES" que asistieron al Hospital Nacional Pedro de Betancourt de Antigua Guatemala. Se realizó un estudio de casos de adolescentes con conductas suicidas, comprendidos en edades de 15 y 24 años.

El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas, en las distintas clases sociales, La conducta suicida surge cuando hay una rápida oscilación de sentimientos que llevan a la desorganización de la personalidad. El amor y el odio pueden aparecer en sucesión rápida. Se postula como fuerza de energía paralela. Una necesidad compulsiva de alivio a la tensión. Se desarrolla en la temprana infancia, donde su estilo de vida ha sido mimado. Cuando depende en exceso del apoyo de otras personas. En la adolescencia no serán capaces de asumir las responsabilidades que impone nuestra sociedad, esperan y exigen que los demás cumplan sus deseos. Experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas de sí mismo, con presión de lograr el éxito, incertidumbre financiera, soledad, vacío existencial y otros miedos que se van desarrollando durante su crecimiento. Un divorcio de los padres, la nueva familia con padrastros y hermanastros, las mudanzas a otras nuevas comunidades, pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. Tienen una pseudoconciencia de su valor para los demás. Esperan siempre resultados favorables, son malos perdedores e incapaces de participar en el juego parejo de los compañeros. Generalmente son mal adaptados, con auto acusación y el forzarlos a enfrentarse podría desencadenar la Conducta Suicida, por perder el sentido de vida y no encuentran un deseo para vivir, viven sin ganas de vivir, desencadenando pensamientos suicidas, que los llevan a las conductas suicidas, con actos vergonzosos y extremadamente dolorosos. Crean efectos psicológicos y secuelas imborrables en quienes sobreviven en el intento suicida. El suicidio en adolescentes es una de las causas importantes de muerte en muchos países, y varían las tasas de suicidio, según los informes de la Organización Mundial de la Salud. "En América Latina son inferiores a las de Estados Unidos. Los países con más altas tasas de mortalidad por suicidio

en adolescentes y adultos jóvenes serían Dinamarca, donde el suicidio ocupa la primera causa de muerte, y en Hungría, Canadá, Sri Lanka, Austria, Finlandia y Suiza donde el suicidio en adolescentes ha tenido un aumento en los años recientes. Siendo la tercera causa de muerte más frecuente para los jóvenes entre 15 y 24 años de edad, la cuarta causa de muerte entre jóvenes adultos de edades comprendidas entre 25 y 34 años y la sexta causa de muerte para los 5 y 14 años".<sup>1</sup>

Las tasas más elevadas suelen presentarse en mujeres adolescentes y jóvenes, tanto solteras como divorciadas. Es mayor en personas que han sufrido la pérdida de su pareja o de un familiar, por abandono o muerte, independientemente de su estado civil.

Para introducirnos en el estudio del Análisis de la Conducta Suicida en Adolescentes con Atención Hospitalaria Departamental, empezaremos por definir cómo lo realizamos. Comenzamos por identificar la psicodinamia de la conducta suicida: impulsos o fuerzas de la psiquis, manejados por los procesos de voluntad, que los adolescentes experimentan. Deseos en su mente que les impulsan conscientemente hacia actos autodestructivos y autoagresivos sabiendo que se va a producir un resultado.

Decimos que la adolescencia es la transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta, a lo largo de ese desarrollo van teniendo cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales, muy importantes que forman parte de su personalidad, los cuales van a ser esenciales para su adecuada evolución. El adolescente experimenta fuertes sentimientos de confusión, que pueden perturbarle e intensificarle dudas acerca de sí mismo, una sobrecarga emocional e influyen los sentimientos que los jóvenes tienen para que en algunos casos, el propósito común es el suicidio. El buscar una solución; la acción del suicidio aparenta ser una "solución". Es el escape, a sus necesidades psicológicas frustradas, volviéndose un problema grave a la sociedad "Suicidio en la Adolescencia". Fue necesario diagnosticar la presencia de condiciones que le estén afectando para eliminar las conductas suicidas.

Muchos de los síntomas de las conductas suicidas son similares a los de la depresión.

En el curso de este estudio fue necesario reconocer y diagnosticar la presencia de esas condiciones en los adolescentes para desarrollar un plan de tratamiento lo antes posible.

---

<sup>1</sup> Bobes García, Julio. Prevención de las Conductas Suicidas y parasuicidas. Ed. Masson. España. pp.23

A continuación encontrará el estudio de casos, que pretende ser una guía de ayuda, para aprender a reconocer las señales que un adolescente evidencia, previo a un intento de suicidio. El estudio comprende también, un plan de tratamiento específico a cada caso, abordando la Terapia Cognitiva-Conductual. Podemos mencionar que en todos los casos se trabajó la Depresión, la Culpa y en algunos el Duelo. Presentando sugerencias para manejar cada uno de ellos, que ayudó a eliminar la Conducta Suicida al Adolescente y comprender su problemática a través del proceso psicoterapéutico.

## • MARCO TEORICO

- I.- El Suicidio y la Conducta Suicida en los Adolescentes.
- II.- Suicidio en Adolescentes.
- III.- Las Advertencias de la Conducta Suicida en los Adolescentes.
- IV.- Psicodinamia familiar y suicidio. El impacto del Suicidio en los demás
- V.- "Depresión". Principal síntoma de la Conducta Suicida de en los Adolescentes.
- VI.- La posibilidad del intento suicida en adolescentes debe ser vista como Grave emergencia médica.
- VII.- Intervenciones psicoterapéuticas en la conducta suicida. Plan integral de Tratamiento.

### I. EL SUICIDIO Y LA CONDUCTA SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES.

¿Qué es el suicidio?

"Procede del latín, y se compone de dos términos:

Sui = de sí mismo y caedere = matar. Es decir que significa "matarse a sí mismo".

Suicidio es todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima, sabiendo ella que debía producir este resultado"<sup>2</sup>

La organización Mundial de la salud considera el suicidio, como la auto producción de daños con distintos grados de intento letal y con conciencia de ello.

"Es un problema de salud pública el cual ha ido cobrado matices muy importantes en nuestra sociedad y que incapacita no solamente a la persona que padece este tipo de problema psicológico sino también al grupo social al cual el perteneció".<sup>3</sup>

Para Kant: "El suicidio es una muestra de desprecio por la humanidad. Es descortés. Es un insulto que se hace a la humanidad en uno mismo. Este acto, el más individualista de todos, perturba profundamente a la sociedad. Al ver a un hombre que aparentemente desprecia las cosas que los otros aprecian, la sociedad se ve obligada a dudar de todo lo que ha pensado que es deseable. El suicida tira por la borda todo lo bueno que tiene su vida. La sociedad se siente

---

<sup>2</sup> Emile Durkeim, El Suicidio. Ed. Coayacan. México. 14pp.

<sup>3</sup> Gutiérrez, Francisco, Director del Centro de Intervención en Crisis en el estado de Jalisco, México.

turbada, y la reacción natural y nerviosa es condenar el suicidio. Así, refuerza de nuevo sus propios valores."<sup>4</sup>

## II. SUICIDIO EN ADOLESCENTES

El suicidio entre los adolescentes de este país ha tenido un aumento dramático en los años recientes. El suicidio es la tercera causa de muerte mas frecuente para los jóvenes, entre 15 y 24 años de edad y la sexta causa de muerte entre 5 y 14 años.<sup>5-7</sup>

"La tentativa de suicidio debe ser comprendida como un grito último de restablecer una relación con los demás, frecuentemente mal llevadas hasta entonces"<sup>6</sup>

Es importante tomar en cuenta una vez que el adolescente falló en su primer intento de suicidio, que está en alto riesgo de volver a repetirlo si no ha resuelto su crisis.

Se ha observado que el 75% de los que se suicidan dan advertencia definida de lo que se proponen. Sin embargo, algunos de ellos no desean acabar con su vida, pero hay que atender sus amenazas, por lo que la persona necesita ayuda. Amenazan con matarse para atraer simpatía y atención, por estar descontento/a con su vida. La posibilidad de un intento suicida es más real, el individuo padece un grave trastorno emocional y necesita psicoterapia de inmediato. El problema del suicidio y los intentos suicidas varían en su gravedad desde la amenaza de matarse para atraer la atención, hasta el intento suicida casi consumado.

El suicidio indica la importancia del problema y la necesidad de un enfoque psicológico y social a la vez, ya que se han observado intentos en niños de 6 a 12 años, de 13 a 15 años, la frecuencia aumenta, pero de 18 a 24 años la tasa de mortalidad es más alta, el inquietante aumento en relación a los adolescentes es un motivo de preocupación social, ellos aportan un 15% del total de intentos suicidas.<sup>5-7</sup>

Es necesario que los familiares, maestros, amigos y compañeros tomen en serio tales alusiones, ya que los suicidas mencionan su propósito con anterioridad.

---

<sup>4</sup> Farberow, Norma. ¡Necesito Ayuda! 4pp. Ed. Fournier. México

<sup>5-7</sup> Bobes García, Julio. Prevención de las Conductas Suicidas y parasuicidas. Ed. Masson. España. pp.23

<sup>6</sup> Mitchel, Anthony. Suicidio. Cómo saber cuando su adolescente esta en peligro. Colombia. pp.79

## LA CONDUCTA SUICIDIA EN LOS ADOLESCENTES

Entre los trastornos que aparecen en los adolescentes con intento de suicidio tenemos, de manera especial, discordancias en su conducta y carácter, reacciones depresivas o desajustadas. Es importante identificar los signos y síntomas de la conducta:

- Cambios en los hábitos de dormir y de comer.
- Retraimiento de sus amigos, amigas, de su familia o de actividades habituales.
- Actuaciones violentas, comportamiento rebelde o el escaparse de la casa.
- Uso de drogas o del alcohol.
- Abandono poco usual en su apariencia personal.
- Cambios pronunciados en su personalidad.
- Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo escolar.
- Quejas frecuentes de dolores físicos tales como los dolores de cabeza, de estomago y fatiga, que están por lo general, asociados con el estado emocional del joven.
- Pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones.
- Poca tolerancia de los elogios o los premios.
- El adolescente que está contemplando el suicidio
- También puede quejarse de ser "malo" o de sentirse "abominable".
- Lanzar indirectas como "no les seguiré siendo un problema", "nada me importa", "para que molestarse" o "no te veré otra vez".
- Poner en orden sus asuntos, por ejemplo, regalar sus posesiones favoritas, limpiar su cuarto, botar papeles o cosas importantes, etc.
- Ponerse muy contento después de un periodo de depresión.

Si el adolescente dice "yo me quiero matar" o "yo me voy a suicidar" debe atenderse, con la ayuda de la familia y con tratamiento profesional, los adolescentes con conductas suicidas se pueden recuperar y regresar a un camino más saludable de desarrollo.

### III. LAS ADVERTENCIAS DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES

Es rara la vez que alguien decide suicidarse sin pensarlo de antemano. Durante las horas y los días antes de que una persona se quite la vida, generalmente hay signos y advertencias.

Los signos más fuertes e inquietantes son verbales "no puedo seguir adelante", "ya nada me importa" o incluso "estoy pensando en acabar con todo". Los comentarios de esta índole hay que tomarlos siempre en serio.

Otras advertencias comunes incluyen:

- Estado de depresión o abandono. Temerario.
- Comportamiento, Poner orden en los asuntos y regalar posesiones de valor.
- Un cambio radical en el comportamiento, actitud o apariencia.
- Abuso de drogas o alcohol.
- Sufrir una pérdida importante o cambio de vida.

La lista siguiente expone más ejemplos que pueden dar señal de que alguien este contemplando el suicidio. Naturalmente, en la mayoría de los casos esta situaciones no terminan con el suicidio. Sin embargo, generalmente, cuanto más señales da una persona, mayor es el riesgo del suicidio.

Situaciones:

- Abuso sexual o físico
- Historia familiar de suicidio o violencia.
- Fallecimiento de un amigo íntimo o miembro de la familia.
- Divorcio o separación marcando. El fin de una relación.
- Pobres resultados académicos, o resultados de exámenes
- Pérdida del trabajo, problemas en el trabajo
- Procesos legales inminentes
- Encarcelamiento reciente o próxima excarcelación
- Desordenes de conducta
- Llantos, peleas
- Infracciones a la ley, irreflexiones, auto herirse
- Escritos acerca de la muerte y suicidio
- Comportamiento previo de suicidio, cambios en el comportamiento.
- Cambios físicos
- Falta de energía, desequilibrio en el sueño. Dormir demasiado o poco.
- Falta de apetito, pérdida o aumento repentinos de peso.
- Aumento en las enfermedades sin importancia
- Cambio en el interés sexual.

- Cambio repentino y falta de interés en la apariencia.
- Pensamientos y emociones
- Pensamientos hacia el suicidio, soledad
- Falta de apoyo de la familia y amigos, rechazo, sentirse marginado
- Profunda tristeza o culpabilidad
- Incapacidad de enfocar las cosas, soñar despierto
- Ansiedad, estrés y depresión
- Inutilidad y pérdida de auto estimación.

#### IV. EL IMPACTO DEL SUICIDIO EN LOS DEMÁS, GRUPO PRIMARIO Y SECUNDARIO

Si ocurre el suicidio de un adolescente, son necesarias determinadas medidas a tener en cuenta para el manejo de la familia y de los compañeros de estudio o amigos de la víctima. Se consideran sobrevivientes, es el término que se designa a aquellas personas muy vinculadas afectivamente a una persona que fallece por suicidio.

El suicidio es un suceso traumático para sus padres, hermanos y miembros de su familia, los amigos, compañeros de estudio y grupo social al cual pertenecía. Cuando un miembro de un grupo comete un intento de suicidio, en ocasiones puede ser útil la conversación y la intervención, que se conoce como posvención. Esta puede ayudar a los sobrevivientes a manejar su aflicción y posibles sentimientos de responsabilidad y culpa, además de que sirve como una forma de evitar que otras personas centren su atención en la utilidad del suicidio como una manera de controlar las diferencias personales. Se describe como análisis de las estrategias de prevención.

Otra forma es de concentrarse, de manera más específica, en las emociones de los sobrevivientes y en ayudarles a expresar su aflicción. El suicidio puede tener un impacto devastador en los sobrevivientes, pueden sentir aflicción y culpabilidad por no haber evitado la muerte. La oportunidad para que los sobrevivientes expresen sus sentimientos en un escenario de grupo o individual puede ayudar a su recuperación. El suicidio tiene un fuerte impacto en la familia de aquellos que lo cometen y en otras personas que los conocieron. Es más doloroso para la familia esta muerte que otros tipos de muerte y, con frecuencia, más difícil de aceptar o reconocer. Los padres quizá consideren que el suicidio de su hijo adolescente fue una muerte accidental. Tal vez experimenten fuertes sentimientos de culpabilidad y vergüenza que hacen que sea imposible un duelo normal. Con frecuencia se acompaña a la negación, como



su nombre lo indica es aquella reacción mediante la cual el sujeto no acepta la realidad, la niega, no reconoce cómo ha sucedido y las frases como "no puedo creerlo", "no puede ser", "no me digas que ha muerto", "es imposible" y otras similares. Siente que el adolescente aún permanece con vida, que lo ocurrido no es cierto, evitando relaciones interpersonales, prefiriendo estar solo, aislado, se niega a tener que dialogar o recibir visitas. La rabia es la etapa que continúa a la negación y en ella los familiares del adolescente fallecido experimentan diversas emociones desagradables como el odio, irritabilidad, que puede llegar a la agresividad física o verbal hacia los otros familiares, Los hijos pequeños de un padre o bien el hermano mayor que comete suicidio también son propensos a sufrir graves desequilibrios. Es probable que el padre que sobrevive asegure que el suicidio, fue un accidente. Entonces, el niño empieza a desconfiar del padre, duda de la realidad, de lo que observó de ambas situaciones. Muy seguido los niños se sienten responsables del suicidio de uno de los padres o piensan que debieron evitarlo. El resultado de estas percepciones erróneas es un niño deprimido, pasivo y autodestructivos. Debido al estigma social que rodea al suicidio, con frecuencia los sobrevivientes también pueden tener conductas repetitivas, por lo que el suicidio es un pensamiento accesible para cada uno de ellos. El duelo por un adolescente suicida o un suicida presenta determinadas características que lo diferencia del resto de los duelos. Los sobrevivientes experimentan un conjunto de emociones que no se encuentra con la misma frecuencia en otras causas de muerte y están expuestos al desarrollo de psicopatologías.

## V. "DEPRESIÓN" PRINCIPAL SÍNTOMA DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES

La mayoría de los adolescentes se sienten deprimidos en algún período de su vida, pero para algunos estos decaimientos son más intensos y duran más tiempo. Este tipo de depresión no desaparece por su cuenta y el decir al adolescente "ánimate" o "serénate" no sirve de nada. No es tan sencillo, pero hay esperanza. La depresión es una condición médica que por regla general puede ser tratada. Un médico puede prescribir medicamentos o psicoterapia. Lo mejor es una combinación de los tratamientos. Lo importante es buscar ayuda. Estar atentos a los síntomas: cambios de temperamento -alegre un minuto, triste el siguiente.

Son síntomas de la depresión, la falta de energía y de interés por la vida. Irritabilidad y agitación. Temperamento deprimido -la mayor parte del día, todos los días. Desequilibrio en el sueño -dormir demasiado o demasiado poco. Importante pérdida de un ser amado, trastornos alimenticios como anorexia o bulimia. Creencias de inutilidad y culpabilidad. Ocasionados por el fracaso escolar. Dificultad en concentración y en pensar con claridad. Inestabilidad hacia el sexo. Pensar en la muerte y la opción al suicidio.

Los síntomas pueden afectar el funcionamiento cotidiano y son persistentes.

La depresión no tiene porque perdurar eternamente. Cuando los síntomas, tales como tristeza es continua y se da la pérdida de interés en actividades normales, se deben a la depresión clínica, su tratamiento por un médico puede ayudar a obtener alivio seguro y efectivo. Y es necesario recibir psicoterapia.

Qué causa la depresión?

Muchos médicos creen que una de las causas de la depresión es el desequilibrio de una sustancia química que ocurre naturalmente en el cuerpo, llamada: Serotonina.

La depresión puede causarla por varios factores por sí solos o en combinación entre ellos. La tensión severa, tal como la producida por un divorcio, o el fallecimiento de un pariente o un amigo íntimo. También es posible que la depresión no tenga causa aparente, sino simplemente aparece repentinamente.

El adolescente con riesgo de presentar esta reacción depresiva puede haber sufrido el rechazo de los padres, pérdida o fallecimiento de algunos o ambos padres, falta de afecto, padres demasiado castrantes que crean sentimientos de inferioridad y dependencia. En algunos casos se refiere al abuso físico o experiencias traumáticas como "fallecimiento del ser amado", abuso sexual y violación. Todos estos factores dan origen a sentimientos hostiles inaceptables socialmente, por lo que al reprimirlos provocan ansiedad y depresión.

La depresión endógena / psicógena es de criterio etiológico, como factores biológicos originados dentro del organismo e independientes de factores ambientales. La depresión psicógena pura es cuando no encontramos factores biológicos que la originan, ya que su etiología sólo posee caracteres psicológicos.

Una depresión con esta etiología que dure más de seis meses, que es el período normal de duelo o una melancolía que está fuera de las proporciones de la pérdida o al fracaso, por lo general se considera anormal.

## VI.- LA POSIBILIDAD DE LA TENDENCIA SUICIDA EN ADOLESCENTES DEBE SER VISTA COMO GRAVE EMERGENCIA MÉDICA

En el hospital nacional Pedro de Betancourt los médicos atienden a los adolescentes por abuso de medicamentos de distintos componentes químicos, intoxicaciones con drogas, algunas sustancias como el alcohol hasta las que son consumidas por distintas formas como tomadas, inyectadas o inhaladas, gas domestico, venenos que son para uso de la casa y/o en la agricultura, como por ejemplo el tamaron, que es usado en las siembras. El adolescente busca diferentes formas para poder realizar su cometido. El médico hoy en día no se ha preocupado por darle una atención emocional adecuada al adolescente con intento suicida, ya que cuando se presentan estos casos, el médico solamente se preocupa por salvarles la vida y no por saber las causas que originaron esta situación en la cual el adolescente se encuentra. Es necesario que el médico lo refiera de inmediato al departamento de Psicología; para que ambos trabajen conjuntamente con el paciente adolescente y cuando le dé dealto pueda el adolescente continuar con un tratamiento psicoterapéutico, ya que si no resuelve su crisis de nuevo intentará realizarlo. Al mismo tiempo, es necesario que el médico le haga saber la importancia de lo que en su cuerpo sucedió y el adolescente pueda concientizar lo que ocurrió en su cuerpo y el cuidado que le debe de dar al mismo, y trabajar conjuntamente con el Psicólogo clínico. Al mismo tiempo evaluar su depresión, para ser medicado.

Mientras más informados se encuentren los médicos sobre estos casos, que es de dar tratamiento médico inmediato y psicológico, podrán brindar ayuda cuando se presente la oportunidad.

## VII.- INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN LA CONDUCTA SUICIDA. PLAN INTEGRAL DE TRATAMIENTO.

En el tratamiento del paciente suicida los distintos enfoques psicoterapéuticos coinciden en la inexistencia de una psicoterapia específica para el suicidio. Orientan generalmente a un tratamiento del aquí y ahora del paciente y proponen posteriores intervenciones específicas de los problemas psiquiátricos, psicológicos, como la psicoterapia de apoyo y las psicoterapias individuales. El terapeuta busca una actitud intervencionista y activa, incluso directiva, respecto al problema que pueda enfrentar el paciente o

respecto a tomar parte por la vida. Hace uso de todo el recurso comunitario, como asistencia médica, enfermería, a todo tipo de agencias sociales que puedan ayudar a resolver el problema. Este estudio de la psicodinamia de la conducta suicida se centra en la orientación dinámica, el psicoanálisis, la psicoterapia dinámica "busca trabajar las motivaciones psicológicas, conscientes o inconscientes, del paciente suicida, teniendo en cuenta tres aspectos básicos del mismo como son: La transitoriedad de la intencionalidad suicida grave, la ambivalencia frente a la muerte y la presencia del conflicto con otras personas."<sup>8</sup>

"Las causas de la conducta y la actividad consciente son, para Freud, Jung y Murray, principalmente internas: las fuerzas motivacionales dinámicas y emocionales que impulsan al organismo a tomar una acción. El enfoque interactivo se ocupa de la motivación, el conflicto y las estructuras de la personalidad."<sup>9</sup>

**La teoría Psicodinámica** actualmente se le da el nombre de Psicología Psicodinámica, de Sigmund Freud, esta despertó tantas polémicas a fines del siglo XIX, no sólo por la importancia que concedía a la sexualidad, sino también por la idea de que a menudo no estamos conscientes de nuestros verdaderos motivos y de que, por tanto, no tenemos control absoluto sobre nuestros pensamientos, nuestros deseos y nuestra conducta. Es la teoría que afirma: la conducta es el resultado de fuerzas psicológicas que interactúan dentro del individuo y los conflictos inconscientes influyen mucho en el pensamiento y en la acción del ser humano.

Sentando las bases del estudio de la personalidad y de los trastornos psicológicos, las cuales la conducta proviene de la dinámica psicológica que interactúa en el interior del individuo, a menudo fuera del conocimiento consciente.

---

<sup>8</sup> Díaz Suárez, Jorge, Prevención de las Conductas Suicidas, Masson 2000. pp. 113

<sup>9</sup> DiCaprio, Nicholas, Teorías de la Personalidad, McGraw-Hill. pp. 79

## TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

### Terapia Cognitiva Conductual (T.C.C)

Otro modelo teórico muy utilizado para psicoterapia con conductas suicidas es la terapia Cognitiva Conductual. Dedicada al estudio de los procesos y estructuras mentales en el sentido más amplio, pensamiento, sentimiento, aprendizaje, recuerdos, toma de decisiones y juicios. Cómo se adquiere la información, cómo se procesa o se transforma y cómo la empleamos para resolver problemas. Depende de identificar y modificar los patrones de pensamiento que son inapropiadamente negativos y autocríticos. Este tipo de terapia opera principalmente en dos áreas:

#### a. Cognitiva(Ideas)

Aborda una multiplicidad de "distorsiones" del pensamiento intervinientes en la aparición de la conducta suicida, encontramos modos de pensar y de procesar las experiencias que perpetúan su problemática. Los procesos cognitivos determinan lo que es prominente, lo que se recordará y que conductas ocurrirán. Este estudio consiste en descubrir y reorganizar esos mecanismos, logrando así la recuperación sea sólida y duradera. Los métodos cognitivos ayudaran a mejorar su estado emocional y a tener más facilidad para resolver los problemas ante lo que se encuentre. Modificar su conducta.

#### b. Conductual (Conductas)

Estudia exclusivamente el comportamiento observable, Los componentes de la conducta son interdependientes. Incluyen los cognitivos los afectivos, los motivacionales y los ambientales. La conducta no procede directamente de los estímulos, sino que es resultado de diversas variables cognoscitivas. Enfoques terapéuticos que se basan en la creencia de toda la conducta, normal y anormal, es aprendida y que el objetivo de la terapia es enseñar a las pacientes formas nuevas y más satisfactorias de comportarse.

La terapia cognitiva conductual se ocupa de ayudar en forma operativa a el adolescente recupere la posibilidad de desenvolverse en forma normal en su vida cotidiana. Se utilizan tareas programadas de exposición progresiva, cuyo diseño debe ser a medida de acuerdo al tipo y gravedad del trastorno y a las características de personalidad del adolescente.

Se plantea su estrategia terapéutica como una mezcla de técnicas verbales y de modificación de conducta. Las conductas suicidas son desesperados impulsos, psicóticos y racionales. El pensamiento suicida estaría en relación con alto nivel de desesperanza, con una alteración cognitiva y con una dificultad para la resolución de problemas por una gran carga emocional.

Esta terapia TCC enseña a los adolescentes a anticiparse y a auto prepararse para hacer frente a las situaciones y sensaciones corporales que podrían desencadenar un ataque de pánico.

La TCC aporta cada vez más a las propuestas psicoterapéuticas y su eficacia en la práctica clínica es reconocida en las investigaciones sobre diversos trastornos, tales como: depresión, adicciones, ansiedad, trastorno de angustia, fobia social, disfunciones sexuales, así como en muchos problemas, tales como la violencia, la ira, las inhibiciones, los conflictos de pareja y la conducta suicida.

Las estructuras cognitivas, generalmente denominadas esquemas, que dan lugar a las evaluaciones y a las respuestas, son el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje generado a través de las experiencias vividas, propias de cada persona. Por lo tanto la terapia implicará una modificación de estas estructuras aporta al proceso de cambio el concepto de reaprendizaje.

Algunas de las características prácticas más destacadas de este modelo psicoterapéutico son:

Se destaca de otras terapias por su brevedad.

Su carácter preventivo de futuros trastornos.

Va directamente a la resolución del problema, a la forma de lograr los resultados deseados.

En la gran mayoría de los casos no es necesario investigar el pasado ni en los "orígenes" para lograr los resultados. Por eso, pueden omitirse tales incursiones.

Paciente y terapeuta hablan, se comunican y colaboran activamente (estilo de cooperación) y por igual en el proceso.

El proceso incluye tareas de auto-ayuda que se realizan entre sesiones.

Si el paciente realiza las actividades acordadas entre las sesiones, el proceso es notoriamente más breve que lo habitual en otras corrientes.

Pese a lo breve y sencillo del método, resulta realmente profundo y logra modificaciones importantes y perdurables.

El enfoque es altamente didáctico, por lo cual el paciente queda entrenado para resolver futuros problemas o trastornos por sus propios medios, sin tener que recurrir nuevamente al terapeuta.

Contrariamente a lo supuesto por algunos, este enfoque apunta al acceso a estructuras muy profundas y a su modificación, con resultados comprobados y perdurables.

## CAPITULO II

- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para la elaboración del presente trabajo se realizó una investigación de Estudio de casos, con el fin de tener mayores conocimientos sobre la Conducta Suicida en los Adolescentes. Para determinar las causas que lo llevó a tomar la decisión de atentar contra su vida.

### POBLACIÓN

Adolescentes de ambos sexos, indígenas y ladinos, diferentes creencias religiosas y de nivel educativo, de 1º. a 3ero. Básico, hasta Educación Media. Los cuales fueron 10 casos registrados en las salas de emergencia y medicina interna, así como en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, en el departamento de Antigua Guatemala.

### DESCRIPCION LA MUESTRA

Se tomaron 10 casos, los cuales fueron 4 de género masculino y 6 de género femenino que presentaron Intento de Suicidio.

### TECNICA DE MUESTREO

Intencional o de juicio. Adolescentes entre 14 y 24 años, que asistieron a consulta en el Hospital Nacional Pedro de Betancourt de Antigua Guatemala, quienes presentaron Intento de Suicidio.



- TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO

1. **ANAMNESIS:** Se realizó al paciente para establecer una comunicación suficiente por considerar la posibilidad de un suicidio, importante para una exploración sistemática de su estado
2. **ENTREVISTA A PROFUNDIDAD:** Se realizó a pacientes con intento de suicidio una entrevista a profundidad. Está es una herramienta básica para evaluar la personalidad teniendo un orden y contenidos fijos de interrogatorio, que permitió obtener información para realizar una historia clínica completa, para conocer la psicodinamia de la conducta suicida con objetivos principales como la elaboración de una lista de problemas. Se determinó factores de riesgo de suicidio. Se evaluó la ideación, planes o intentos suicidas. Valorar los recursos internos y externos. (Actitud cultural y religiosa a la muerte). Antecedentes familiares de suicidio o depresión. Se avanzó desde lo general hacia lo específico.
3. **ENTREVISTA CON FAMILIARES O AMIGOS:** Se realizó con el fin de poder obtener alguna otra información que ayudó a conocer la dinámica suicida del paciente. Cuando el paciente no colaboró o se negó a hablar, fue necesario preguntar a los familiares del paciente sobre su conducta para detectar expresiones verbales o conductas que puedan estar relacionadas directa o indirectamente. Antecedentes familiares de suicidio, dificultades familiares. El objetivo principal de la entrevista fue: Establecer una comunicación suficiente para evaluar la ideación, planes o intentos de suicidio, así se determinó factores de riesgo del suicidio.
4. **ESTUDIO DE CASOS:** Se trabajó el estudio de 10 pacientes con el intento de suicidio. Adolescentes de ambos géneros internados en el Hospital Hermano Pedro del Departamento de Antigua Guatemala.

5. **TERAPIA CONGNITIVA CONDUCTUAL:** Considera que la conducta suicida en adolescentes es consecuencia de una disfunción de procesos cognitivos, de pensamientos irracionales o pensamientos negativos sobre sí mismo, el entorno y sus posibilidades para la realización de proyectos. La conducta suicida en adolescentes está relacionada con alto nivel de desesperanza y la visión del suicidio como solución deseable. La terapia CC trabaja con la desesperanza, las creencias erróneas y por otra la dificultad particular de resolver los problemas debido a una gran carga emocional. Son varias las técnicas cognitivas, un elemento habitual es la clara importancia que otorgan a la necesidad de reestructurar la mente para corregir la conducta: eliminar creencias y pensamientos irracionales o pensamientos negativos sobre uno mismo, el entorno y sus posibilidades para la realización de proyectos, mejorar en el paciente su capacidad para la resolución de problemas. De manera que el principal objetivo de la terapia es que el paciente adolescente aprenda a dirigir y controlar sus respuestas mentales, emocionales y conductuales, es un tratamiento psicoeducativo, y el terapeuta permite ayudar a los pacientes adolescentes a que descubran sus estructuras disfuncionales, comprueben en la realidad su pensamiento, conducta, y construyan técnicas mas adaptativas y funcionales de respuesta.

El procedimiento consiste en elaborar las razones de la conducta suicida como medio para resolver problemas, con los reforzadores internos y externos que mantienen los pensamientos y la conducta suicida.

Para corregir las conductas desadaptativas, distorsiones cognoscitivas y los errores habituales y específicos, la **Terapia Cognitivo Conductual** utiliza una mezcla de técnicas de modificación de conducta y de procedimientos verbales. Estas técnicas están diseñadas para ayudar al paciente en la identificación y corrección, asumiendo que si se piensa y se actúa en forma más realista y adaptativa. Estimulando ejercicios de un esfuerzo sistemático, a corto plazo, activo, directivo, estructurado y dinámico, con una practica diligente, que plantea una nueva manera de conceputar, para dar un estilo de vida diferente. Mejorando su capacidad para resolución de problemas. La meta esta en curar al paciente adolescente enseñándole como desarrollar mejores estrategias de afrontamiento para ayudarle a manejar sus circunstancias de vida. Lo importante que el paciente adolescente aprenda a hacerlo por si mismo.

### Cómo se abordó al paciente adolescente con conducta suicida:

- Se estableció una relación con el paciente (los pacientes suicidas, por lo general desesperanzados y con sentimientos de desamparo, no proporcionan información adecuada sin una mínima confianza con el psicoterapeuta). Se ayudó al paciente a abordar sus ideas suicidas, suele ayudarlo a verlas de manera más objetiva y ofrece un cierto grado de alivio.
- Detectar la ideación suicida y valorarla. Utilización de métodos de elevada letalidad (ahorcamiento, etc.) indica una mayor gravedad que los de baja letalidad (ingestión de fármacos en dosis bajas, cortes superficiales en antebrazos, etc)
- Se estableció una cita de seguimiento para el día siguiente.
- Fue evaluado el grado de desesperanza. Incapaces de encontrar soluciones o alternativas, Es posible que realice expresiones verbales directas.
- Se Logró que el paciente acceda a "un contrato no suicida".
- Se evaluó el grado de planificación: el potencial suicida será mayor en pacientes que han planificado de forma meticulosa, el cómo, el dónde y el cuándo de su acto suicida.
- Fue realizado un seguimiento del tratamiento indicado, puede o no requerir terapia a largo plazo.
- Se recomienda una estrategia de intervención en siete pasos para ayudar al paciente durante una crisis suicida.

- **INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

#### INSTRUMENTOS

1. **BIBLIOGRAFICOS:** Se recopiló mediante libros, vademécum e Internet.
2. **OBSERVACION:** Se observó a los pacientes internos y en sala de emergencia para estudiar la personalidad y sus conductas ante sus familiares o amigos.
3. **ENTREVISTAS:** Con los pacientes adolescentes, familiares y amigos cercanos, quienes realizaron su visita al hospital.

## CAPITULO III

### • PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El siguiente trabajo de Investigación presenta los resultados de los Estudios de Casos atendidos en el Hospital Hermano Pedro de Betancourt del Departamento de Antigua Guatemala.

Se trabajó atendiendo a los pacientes adolescentes por seis meses, referidos por Intento de Suicidio.

Los principales aportes de la Terapia Cognitiva-Conductual. Con todos los casos Psicoterapia Individual y en algunos Psicoterapia Familiar, de la Terapia Cognitiva-Conductual. Según las necesidades de cada caso con las siguientes técnicas de la Terapia Cognitiva-Conductual:

- Metas Conductuales
- Identificar los pensamientos negativos
- Calificar el grado de creencia en el pensamiento y emoción
- Categorizar el pensamiento negativo
- Agenda de Actividades
- Actividades Graduadas
- Análisis funcional o lógico
- Entrenamiento en comunicación
- Entrenamiento en escuchar activamente
- Entrenamiento en Relajación
- Entrenamiento en el control de las preocupaciones
- Ejercicios de Reflexión
- Resolución de Problemas
- Aceptación
- Redeclarar
- Retroalimentación
- El proceso del abuso de sustancias
- Pensamientos permisivos. Manejo de recaídas
- Dar la oportunidad de comprobar la realidad

Hemos obtenido los siguientes resultados en el proceso psicoterapéutico.

Caso no.	Ocupación	diagnostico	tratamiento	obstáculos	Avances y beneficios %
1	estudiante	Inestabilidad emocional depresión	TCC Terapia cognitiva-conductual		100%
2	Perito contador	Conducta dependiente Timidez Depresión	TCC Terapia cognitiva-conductual	Internado por emergencia tuberculosis	25%
3	estudiante	Conducta dependiente Timidez Depresión	TCC Terapia cognitiva-conductual		100%
4	lustrador	Inestabilidad emocional Inseguridad Depresión	TCC Terapia cognitiva-conductual	Carece de apoyo familiar por ambos padres.	15%
5	Cultora de Belleza	Ansiedad Inestabilidad emocional Depresión	TCC Terapia cognitiva-conductual		100%
6	Agricultor	Ansiedad Depresión	TCC Terapia cognitiva-conductual	Carece de apoyo familiar por ambos padre.	15%
7	Estudiante Secretaria Bilingüe	Ansiedad Inestabilidad emocional depresión	TCC Terapia cognitiva-conductual		100%
8	estudiante	Ansiedad Trastorno de carácter (agresivo) Depresión	TCC Terapia cognitiva-conductual		100%
9	estudiante	Trastorno de carácter (agresivo) Depresión	TCC Terapia cognitiva-conductual		100%
10	estudiante	Ansiedad Inestabilidad emocional Dependencia materna Depresión	TCC Terapia cognitiva-conductual		100%

A continuación nos permitimos presentar los casos en mención.

## CASO No. 1

### I. DATOS GENERALES

Edad:	16 años
Género:	Femenino
Estado Civil:	Soltera
Lugar y Fecha de Nacimiento:	16 de Octubre de 1,990. Antigua Guatemala.
Dirección:	San Felipe, Antigua Guatemala
Escolaridad:	Segundo Básico
Religión:	Católica
Ocupación:	Estudiante
Etnia:	Ladina

### II. MOTIVO DE CONSULTA

Refiere el Doctor "Intentó suicidarse cortándose las venas de las muñecas".

### III. HISTORIA DEL PROBLEMA

El problema que la adolescente presenta es porque se siente sola y rechazada, por ambos padres y abandonada por el novio, prefiere estar muerta, constantemente piensa en el cómo quitarse la vida, debido a ello se cortó las venas de las muñecas, pero no resultó. Actualmente sigue pensando que fue un error que la salvaran hubiera sido mejor que la dejaran morir por que se avergüenza que sepan que trató de matarse, no sabe exactamente que decirles a la familia y amigos.

El problema inicia cuando el padre se va a trabajar a los Estados Unidos y la madre decide irse donde él está, sintiéndose la paciente abandonada y rechazada, principalmente por la madre, por seguir al esposo, y dejarla. Piensa que la madre prefirió al esposo que a las hijas. Siente la falta del cariño y amor del padre. Recientemente se enteraron que el padre tiene otra mujer con un hijo varón.

La paciente manifestó estar enamorada de su novio, pero la abandonó por irse con su mejor amiga, "es lo más importante que tengo en mi vida, yo le

entregue todo a él, él me pidió la prueba de amor y se la di, tener relaciones sexuales fue fácil porque yo creía que nunca me iba a dejar, si yo lo hacía era lo mejor para que nunca se fuera de mi lado y me dejó así muy fácil, por mi mejor amiga, yo los vi juntos se estaban besando, fue lo más doloroso para mí". "Siento que no valgo nada, nadie me quiere, ni nadie me va a querer, más ahora por lo que hice. Y mi novio no va a querer casarse conmigo". "Lo único que deseo es estar muerta".

La paciente expresa que esa fue la causa por lo que intentó contra su vida, cortándose las venas con una navaja de afeitar. El intento de suicidio lo realizó en el baño del colegio.

La hermana de 15 años refiere que estudian en el mismo colegio y que le dejó una nota donde decía que deseaba morir, y que eso era lo mejor. No vivir. La hermana refiere que nunca se imaginó que trataría de realizar eso y que fuera cierto. Trató de estar pendiente. Porque sabía lo que había pasado con el novio. Comento muy triste: "La vi, yo la vi". "Tirada en el baño del colegio, llena de sangre, pensé que se había muerto".

#### **IV. HISTORIA FAMILIAR**

Según refiere la madre, la familia fue completa y unida hasta que el padre decide irse a trabajar a los Estados Unidos, eso hace ya 9 años.

"Se necesitaba dinero para sostener a la familia y aquí el padre no tenía trabajo y la situación se estaba volviendo difícil, para todos". El padre de 40 años, trabaja y vive en los Estados Unidos, la madre de 39 años, aproximadamente hace un año que regresó de los Estados Unidos. Actualmente es ama de casa, la paciente ocupa el primer lugar, de 16 años, el segundo lugar es de una hermana de sexo femenino de 15 años, y una última hermana de sexo femenino de 14 años. Viven en casa de los abuelos paternos, ya que cuando se fueron, ahí dejaron a las hijas. La paciente tenía 7 años de edad. Las otras hermanas eran de 6 y 5 años. Para la madre fue algo difícil tomar esa decisión, pero si no lo hacía, sentía que el esposo las iba a dejar y no les mandaría dinero, ella necesitaba sentirse segura. También, fue a trabajar y les mandaban más a sus hijas, lo que eso se está volviendo un problema porque sólo cuentan con lo que el padre les está enviando de 300 a 350 dólares. Ahora se queja que no es buena la situación, pero también es porque recientemente se enteraron que tiene otra mujer con un hijo varón. La situación es más difícil y dolorosa.

## **V. HISTORIA PERSONAL**

INFANCIA: Refiere la madre que fue un embarazo no planificado y muy difícil ya que no estaban casados, comenzaron a vivir juntos pero siempre con problemas, tuvo control prenatal, su parto fue normal y sin complicaciones.

NIÑEZ: Refiere la madre que fue la etapa más difícil para la paciente, porque la dejó al cuidado de los abuelos paternos. Sólo se recuerda que era un niña muy dulce y pegada a ellos, siempre que discutían se acercaba al padre y le decía ya "no pelees con mi mami", no le gustaba dormir solita siempre quería dormir con ellos. No le gustaba estar sin ellos. Fue difícil la separación.

ADOLESCENCIA: Refiere la paciente "ha sido una época difícil, porque mi padre me abandonó y ahora mi novio me deja, no tengo interés en vivir, nada me hace feliz". Se siente sola, lamenta haber defraudado a sus abuelos porque ellos sí la quieren, pero mejor sería estar muerta. Ha perdido el interés de vivir. No tiene ningún objetivo para seguir viviendo. Refiere la madre que ha cambiado ya no es la niña a quien ella dejó. A veces se pregunta ¿Dónde está la niña que ella conocía?

## **VI. HISTORIA ESCOLAR**

Refiere la madre: Empezó el colegio a los 7 años, sus notas fueron excelentes, en los actos fue abanderada llevó la bandera del colegio. Aprendió a leer rápido, pero al siguiente mes su padre decide irse a los Estados Unidos y la madre se fue al siguiente año en el mes de febrero, y según le comentaban los abuelos ya no estaba estudiando sólo triste se la pasaba y lloraba mucho. Todas las noches se acostaba llorando por sus padres y eso le afectó en el colegio. Ganó todos sus grados, pero ya no con excelentes notas. La relación con sus compañeros es buena, al igual con las maestras.



## **VII. IMPRESIÓN CLÍNICA**

En el aspecto físico, la adolescente es: delgada, morena, mide aproximadamente 1.65 metros, por lo que se considera alta de estatura respecto a su edad. Es accesible, franca, su arreglo personal es adecuado a su edad, limpia, peinada sin extravagancias. Su expresión verbal es coherente, lógica, su memoria es remota: recuerda constantemente lo feliz que fue de pequeña cuando vivía con sus padres y sobrevalora la tristeza que le causaron cuando la abandonaron. Encubre la relación con su novio. Su actividad Psicomotriz se observa disminuida, su estado de ánimo es triste. Se encuentra deprimida.

Se pudo observar:

- Profundo sentimiento de culpa, esto se hace manifiesto cuando habla de lo que le han hecho sufrir sus padres, deseando crear en la madre este sentimiento, situación que menciona en todas las sesiones realizadas con la paciente.
- Sentimiento de abandono afectivo por parte de los padres y del novio, lo hace al expresar que se siente sola, con necesidad de efecto. Reafirmado por el deseo de querer hacer una vida independiente con el novio que la dejó.
- Sentimiento de minusvalía, esto lo expresa cuando dice que no vale nada y ella no es nada. Se disminuye, se desvaloriza.
- La autoestima: se encuentra deteriorada. Es baja.
- Sentimiento de venganza y de agresividad. Esto lo expresa cuando dice que no le importa lo que los padres sientan, que sólo desea que sientan, el dolor que a ella le hicieron sentir. Busca intencionalmente agredir a los padres y creer que es lo único que se merecen.
- Depresión Profunda, demostrada al llorar constantemente desea la muerte, como única solución y no tiene metas en la vida.

## **DIAGNOSTICO**

\*INESTABILIDAD EMOCIONAL

\*DEPRESIÓN POR ABANDONO DE LOS PADRES Y NOVIO.

## PLAN DE TRATAMIENTO

### Tratamiento inicial

#### Psicoterapia Cognitiva-Conductual

**Manejo de Culpa.** La mejor manera de manejar la culpa fue explicarle que existe la culpa no real, en la cual la paciente atribuye la responsabilidad aunque no tenga relación del acto, corrigiendo la distorsión de su pensamiento. Siendo importante que la paciente la pueda reparar si existe verdaderamente, como por ejemplo comenzó a sentirse culpable por ofender a sus padres y abuelos, por haberlos insultado fuertemente y se llegó a la conclusión que era necesario el pedirles perdón por las ofensas que ella causó, al mismo tiempo se le habló a la madre para que pudiera aceptar ese perdón y fuera ella la mediadora con la demás familia, sin ser impuesto. Siendo la paciente dirigiendo el momento.

**Manejo de la depresión por el sentimiento de abandono,** se le ayudó a descubrir sus patrones de pensamientos que la llevaban a reaccionar de una forma emocional que determinan su conducta. En el momento de pensar: -si no obtengo afecto constante, entonces me siento que me han abandonado. -me van a dejar sola, siempre estaré sola, es horrible estar sola, no puedo hacer nada bien si estoy sola. -no me quieren, me siento más triste al pensar que nadie me quiere, ni me van a querer. Importante fue lograr la conciencia de sus pensamientos negativos, que pueden estar interfiriendo para desarrollar y construir una mejor percepción de sí misma al modificar sus pensamientos y sentimientos, logrando ser una persona feliz.

#### Dar la oportunidad de comprobar la realidad

La paciente manifestó observar como sus pensamientos distorsionados de sí misma y de los demás la llevaban a compararse. Afectándole a su autoestima y las relaciones interpersonales, llevándola a tener una conducta suicida muy manifestada.

### **CIERRE DEL CASO**

Logró reflexionar y concientizar sus procesos de pensamientos, modificándolos para mejorar su ambiente familiar. Se logró una participación activa con la terapia, mostrándose atenta, comprensiva proporcionándole resultados más efectivos para restaurar su autoestima y su necesidad de afecto. También el encontrar una esperanza para adquirir experiencias nuevas y objetivos claros para seguir viviendo.

Hoy es una adolescente feliz y puede vivir su vida a plenitud, dándose la oportunidad de ser amada y de amar, por lo tanto se da por concluida la psicoterapia viendo los avances de la Terapia Cognitiva - Conductual.

**I. DATOS GENERALES**

Edad	20 años, 6 meses
Género	Masculino
Estado Civil	Soltero
Lugar y Fecha de Nacimiento	San Lucas Sacatepéquez, 26 de nov 1985
Dirección	San Lucas Sacatepéquez.
Escolaridad	Perito Contador
Religión	Católica
Ocupación	Perito Contador
Etnia	Ladino

**II. MOTIVO DE CONSULTA**

Refiere el Doctor "intentó suicidarse tomando unas pastillas de barbitúricos".

**III. HISTORIA DEL PROBLEMA**

Los antecedentes se obtuvieron del médico; después del paciente, ya que él se encontraba en un estado depresivo grave y hubo necesidad de sedarlo.

A los pocos días ya se pudo entrevistar al paciente y comentó que atentó contra su vida porque su novia lo dejó esperando en el altar. Ella no se comunicó con él para hacerle saber su decisión. El siguiente fin de semana él fue a la iglesia, día domingo, y se la encontró con otro hombre. Todos comentaban que eran novios, y que por él lo había abandonado.

El paciente trató de hablar con ella y lo evadió, el día lunes se la encontró de nuevo en la calle, donde hablaron y sí era cierto que por otro hombre lo había dejado plantado en el altar.

Para el paciente fue demasiado duro y no pudo soportar esta situación, atentando contra su vida, tomándose unas pastillas. La madre rápido lo encontró ya que vio que llegó a casa llorando, imaginándose que no soportaba el problema. Es así como la madre actuó rápido para salvar su vida, llamando a los bomberos. Lo trasladaron al hospital donde lo atendieron y le salvaron la vida.

El paciente padecía de fuertes depresiones y ya lo habían medicado con tranquilizantes para cuando lo necesitara. El médico no sabía exactamente cuántas tenía, el hecho es que le surtía la receta, de vez en cuando. El tenía las pastillas en su casa y decidió tomarlas porque no acepta la vida sin su novia, y más por lo que le hizo. Siente que "no vale nada y no hay nada más que hacer". "La mejor forma de resolver su problema es quitándose la vida". Con el sentimiento acerca de que la vida no merecía vivirse. El paciente de vez en cuando toma cervezas y algunas otras bebidas. Fuma, no sabe exactamente cuántos cigarrillos al día, pero sí cree que son varios.

Actualmente se encuentra hospitalizado porque sufre de tuberculosis. Ha bajado de peso, su estado de salud es delicado, no se le puede visitar, hasta que los médicos lo den de alta.

#### **IV. HISTORIA FAMILIAR**

Decidió vivir con su madre y padre, la madre de 57 años, el padre de 62 años. El paciente ocupa el cuarto lugar de hijo, tiene veintidós años, sus tres hermanos mayores ya están casados y viven aparte con su familia. El hermano mayor tiene treinta y siete años, género masculino, sigue una hermana de género femenino de treinta y seis años. La última hermana de treinta y cinco años. Las hermanas viven en la capital y el hermano vive cerca de la casa de los padres. Los padres viven de varias rentas y de un negocio que tienen en su casa. Es un pequeño almacén de regalos y de aparatos electrodomésticos. La situación económica parece ser estable.

El paciente vivía en la capital porque estaba estudiando su carrera, pero decidió irse a vivir con los padres porque la novia era del mismo pueblo. Como le propuso matrimonio decidieron casarse y vivir ahí cerca de la familia.

La familia del novio ya le había preparado un pequeño apartamento para que pudieran vivir, lo estaba equipando con pequeñas cosas que iba comprando poco a poco para que estuviera listo el día del matrimonio. El paciente estaba muy feliz y emocionado por su matrimonio.

Según refiere la madre, tenía miedo que la novia lo abandonara, presentía lo que podía pasar, últimamente estaba escuchando comentarios de las vecinas que la novia andaba con otro y que es, de la capital. La madre se lo comentó al paciente y éste dijo que era mentira.

## **V. HISTORIA PERSONAL**

**INFANCIA:** La madre refiere que el embarazo no fue planificado ni deseado, no se imaginaba que pudiera estar embarazada, fue de sorpresa para ambos padres, ella ya tenía 37 años y el padre 40 años. En el embarazo no hubo ningún problema tuvo su control prenatal y el parto fue normal sin complicaciones. Fue un niño sobreprotegido y consentido por las hermanas y madre.

**NIÑEZ:** La madre refiere que tuvo una niñez tranquila y bonita, se llevaba muy bien con las hermanas, ellas lo cuidaban y jugaban mucho con él como si fuera el bebé de cada una de ellas. Con el hermano mayor no se han llevado, se peleaban constantemente.

**ADOLESCENCIA:** La madre refiere que talvez ha sido una de las etapas más difíciles por la separación de las hermanas ya que decidieron casarse y lo dejaron. Al parecer le afectó. También se separaron porque decidió irse a estudiar a la capital, regresando algunos fines de semana.

"La relación con el padre no ha sido buena porque él como que ya esta viejito, no comparte con mi hijito para nada", indica la madre.

Según refiere el paciente, esta etapa es la que menos le ha gustado.

Le afecto mucho cuando sus hermanas tuvieron a sus hijos, le hicieron sentir desplazado. Al mismo tiempo sus hermanas le han enseñado y dado un buen ejemplo del realizarse con una pareja, el tener una familia, el poder ser padre, y ahora dice "que no tuvo éxito, y no lo tendrá". "No es lo suficientemente guapo para tener una relación de pareja". "Nadie se fijara, no es necesario seguir viviendo".

## **VI. HISTORIA ESCOLAR**

Según refiere la madre, que comenzó a estudiar a la edad de siete años en un colegio cerca de la casa, lo cual le gustó y siguió ahí hasta terminar la primaria. Los básicos y su carrera de contador lo fue hacer a un colegio de la capital, donde le fue muy bien. Obtuvo el título de Perito Contador.

## **VII. IMPRESIÓN CLINICA**

En el aspecto físico, es delgado, bajo, mide aproximadamente 1.60 metros. Por lo que se considera debajo de la estatura correspondiente, a su edad. Es accesible y franco. Su expresión verbal es coherente, su lenguaje es sencillo, con tono suave. Manifestó dificultad para solucionar y sobreponerse a su problema, debido a su inseguridad. Su autoestima es baja. Deterioro en sus relaciones sociales. Poca tolerancia al fracaso debido a la sobreprotección que recibió de parte de la madre y hermanas. Su actividad psicomotriz se le observa disminuida, su estado de ánimo es decaído y triste. Con tendencia al llanto. Sus pensamientos giran en torno a la muerte. Hipersensible y dependiente. Sufre de una depresión profunda.

Se pudo observar:

- Sentimiento de abandono afectivo por parte de la novia. Lo hace al expresar que se sintió solo, desplazado por el efecto de su novia, en el momento que lo dejó esperando en la iglesia, cuando estaban por casarse por lo civil y religioso. Reafirmado el deseo de querer hacer una vida de pareja, con la novia que lo abandona.
- Sentimiento de minusvalía, esto lo expresa cuando dice que "no vale nada". "No soy nadie". Su autoestima también se encuentra deteriorada. Situación reafirmada por él en las sesiones terapéuticas.
- Conducta dependiente, estando bajo control de la relación con otros. Sus hermanas, madre y novia.
- Depresión Profunda. Demostrada al llorar constantemente. Desea la muerte, como única solución y carece de metas en la vida, por pensar en que sólo el matrimonio lo hace feliz.

## **DIAGNOSTICO**

\*CONDUCTA DEPENDIENTE

\*TIMIDEZ

\*DEPRESIÓN

## PLAN DE TRATAMIENTO

### **Psicoterapia Cognitiva - Conductual**

#### **Tratamiento Inicial.**

Se trabajó con el paciente con varias dificultades. Se encontraba hospitalizado en el área de medicina interna de hombres, con suero y medicamentos que le producían sueño. El problema fue como poder trabajar con el paciente, para obtener la información de las circunstancias de su problema, que le presionaron para tomar la decisión de atentar contra su vida. Fue necesario preguntarle, el porqué? Para determinar su conducta suicida. Así mismo el determinar su problema para llegar a encontrar una solución. Se expresó la preocupación acerca del paciente y con ayuda del personal médico y de enfermería se logró establecer las sesiones donde se pudo obtener los datos de su Historia Clínica, por sus propias palabras, expresando sus sentimientos, pensamientos para llegar a actuar en contra de su vida. En confianza expresó "su deseo de morir, y que la vida no merecía vivirse", sin embargo el paciente mantenía un deseo de conversar y de recibir apoyo psicológico. Se logró identificar cuál fue su problema, qué fue lo que más le molesto, para tomar está decisión y el porqué se enojo tanto para actuar, quién le causo el problema, y qué puede hacer para remediar está situación. El paciente necesitaba examinar todas las posibles soluciones, en sesión psicoterapeuta, lamentablemente no hubo un seguimiento con la terapia.

#### **Cierre del caso**

Fue trasladado a cuidados intensivos de emergencia por tuberculosis. Después lo trasladaron al Hospital Antituberculoso San Vicente. Según comentó el médico sigue bajando de peso y su estado de salud es delicado. Tiene prohibidas las visitas, hasta que los médicos lo den de alta. Se ha establecido comunicación con el paciente por medio del teléfono celular. Se le ha hecho saber el interés para su pronta recuperación y el deseo que tiene la familia en verlo pronto. Se mostró agradecido y contento por preocuparnos por él. Se le ha recomendado al personal médico la importancia de seguir prestando atención a este caso y tratar de proporcionarle alguna relación duradera que le diera la oportunidad de conversar y de recibir apoyo psicológico y práctico para reorganizar su vida. Se ofreció a la madre, psicoterapia familiar, aceptando la ayuda hasta que a su hijo lo den de alta.



## CASO No. 3

### I. DATOS GENERALES

Edad	19 años
Género	Femenino
Estado Civil	Soltera
Lugar y Fecha de Nacimiento	San Marcos, 4 de Septiembre de 1987
Dirección	San Lucas Sacatepéquez
Escolaridad	5to. Bachillerato en Ciencias y Letras
Religión	Católica
Ocupación	Estudiante
Etnia	Ladina

### II. MOTIVO DE CONSULTA

Referida de medicina interna de mujeres, con antecedentes de varios intentos de suicidio. Madre refiere "varias veces a atentado contra su vida y Gracias a Dios no ha tenido otros resultados".

### III. HISTORIA DEL PROBLEMA

Según refiere la paciente adolescente: "El primer intento de suicidio fue cuando tenía catorce años de edad. Cuando es separada de la madre porque el padre decide mandarla a estudiar a la capital con la hermana mayor, sin preguntarle si está de acuerdo. Sintiéndose abandonada, rechazada por sus padres. Se cambio de casa y comienza a estudiar en la capital, sin su madre, todas las noches sentía temor de estar sola, sintiéndose incomoda y con imposibilidad de poder controlar esta situación. Teniendo sólo en su mente pensamientos de muerte. Con una profunda tristeza, incapaz de enfocarse con las cosas buenas que tenia a su alrededor. Sólo considera el suicidio como la mejor salida, porque se siente sola, que nadie la entiende, nadie la ama, y lo mejor será estar muerta porque no le haría falta a nadie". Llorando mucho dice: "Yo, no puedo más", "sólo tengo pensamientos de muerte". En otra ocasión teniendo aproximadamente 15 años, se tomó 30 pastillas que eran para los cólicos menstruales, pensando que con esa cantidad se podía morir y lo único que le causó fue que sintió que todo su cuerpo se le durmió,

comenzando desde sus pies hasta su cabeza. Fue llevada al hospital donde le realizaron un lavado, porque ya había vomitado demasiado en su casa. Según refiere la paciente los pensamientos de suicidio siempre están presentes. Todos los días, desde hace cinco años, lleva pensando, cómo atentar contra su vida, el cómo hacerlo, para realmente tener éxito y lograr el poderse quitar la vida. Con las cuchillas que usaba en el colegio, esas le servían para cortarse las venas de las muñecas. Nunca hubo necesidad de hospitalizarla porque no eran tan profundas. Siempre la atendían en casa. Informándole la hermana mayor a la madre de esas actitudes. La madre decidió ir unos días a la casa donde ellas viven. Encontró que la paciente estaba en un estado grave de depresión. Decidió llevarla con el médico, el cual la refirió a un psiquiatra. Y le prescribió tranquilizantes los cuales la madre se los estaba controlando, pero fue imposible y un día tomo más de la cuenta, y de nuevo fue llevada al hospital, donde rápidamente la atendieron y le salvaron de nuevo su vida. Actualmente la paciente esconde ambos brazos ya que los tiene con varias cicatrices, para evitar que se burle o bien le pregunten que le pasó. Le da vergüenza que otras personas se enteren de sus pensamientos de muerte. Y al mismo tiempo no le gusta hablar de ello.

#### **IV. HISTORIA FAMILIAR**

Fue una familia integrada aproximadamente por 16 años, hasta que el padre decide que sus hijas se vayan a estudiar a la capital. La paciente a la edad de catorce años y la hermana mayor de dieciséis años se van del hogar, para vivir en la capital.

Actualmente los padres viven en San Marcos, la madre de 43 años, el padre de 58 años, y ellas en San Lucas Sácatepequez. Hermana mayor de género femenino de 21 años, la paciente de 19 años de género femenino ocupa el segundo lugar. El padre les provee para que vivan y estudien en la capital. Ambas terminaron de estudiar en el colegio. La hermana mayor estudia en la Universidad, cursa el tercer año. La paciente se encuentra estudiando el Pre-Universitario.

Tiene dos hermanos mayores de parte del padre. La relación es buena por parte de la madre, ya que los ha recibido en su casa y parece que el padre recibe todas las atenciones de sus otros hijos, sin embargo a la paciente le molesta mucho esa relación. Manifestó que su padre a sido muy estricto y no le gusta la forma en que las trata, ya que siempre se tiene que hacer lo que el quiere sin importar lo que ellas deseen.

## **V. HISTORIA PERSONAL**

**INFANCIA:** Según refiere la madre, fue embarazo no fue planificado, no tuvo ninguna complicación. Siempre ha sido delgada y eso le preocupaba pero el doctor le decía que estaba bien para su edad. Fue una niña saludable.

**NIÑEZ:** Según refiere la madre fue un niña tímida, apenas contestaba cuando se le preguntaba, no se atrevía a acercarse a las niñas o niños de su edad, siempre muy apegada a ella y también con mucho miedo en las noches.

**ADOLESCENCIA:** Según refiere la paciente, está época ha sido difícil porque no estuvo con la madre, la necesitaba mucho, la desea ver y no podía, tenía frecuentes pesadillas, todas las noches se acostaba llorando. A veces habían días que no dormía, sufriendo de insomnio. Quedándose dormida con el televisor encendido, para evitar escuchar ruidos que le producían miedo, evitándole el dormir. Se siente sola, considera el suicidio como la mejor salida de todos sus miedos, angustias e inseguridades. Le gustaría compartir más con su mamá y también con el papá a pesar que él las separo. Los extraña mucho. Lloro mucho y dice "ya no puedo más", " con los pensamientos negativos de muerte y los constantes deseos de atentar contra mi vida". Presenta una baja autoestima, por ser demasiado delgada, se siente fea, horrible, se compara demasiado con las personas. Actualmente tiene sus dos brazos con varias cicatrices. De todos los intentos que ha tenido. Los cuales los esconde para que las demás personas no los miren. Produciendo esto en ella sentimientos de menosprecio y culpa.

## **VI. HISTORIA ESCOLAR**

Según refiere la paciente, "no le iba bien en el colegio, no le gustó el cambio, sintiéndose media tonta". "Se comparaba demasiado con las compañeras. No podía hacer amigos y amigas por su timidez". Eso le afectaba aún más porque no tenía amigos ni amigas, aislándose y comenzando a tener pensamientos de atentar contra su vida, "es mejor estar muerta que viva". Con las cuchillas de sus trabajos manuales se

comenzaba a cortar las venas de las muñecas, pero no le pasaba nada, y al día siguiente lo volvía a intentar, tratando siempre de ocultar sus brazos para que sus compañeras y compañeros no lo notaran para que no la molestaran. Nunca intentó atentar contra su vida, en el colegio porque le daba vergüenza que no se muriera ya que otras compañeras había intentado matarse en el baño del colegio y no les pasó nada. Todos hablaban de ello, lo cual no le agradaría que pasara con ella. A veces cuando iba en el bus del colegio, planeaba el cómo atentar contra su vida, dentro del colegio, a pesar de lo que había visto con algunas de las compañeras. Llegando a la conclusión que después todos se iban a burlar de ella como lo hacían con sus compañeras. Así que era mejor hacerlo siempre en casa.

Con sus maestros la relación fue a distancia ya que ella nunca les permitía que se le acercarán, no le daban deseos de compartir con ellos. Con sus compañeras y compañeros la relación fue siempre distante, no tuvo una mejor amiga dentro del colegio. Considera a su prima como mejor amiga. Actualmente ya se graduó de Bachiller en Ciencias y Letras, recordando que le costó mucho estudiar porque en su mente sólo tenía los pensamientos de muerte.

## **VII. IMPRESIÓN CLÍNICA**

El aspecto físico de la paciente es delgada, mide 1.75 metros, se le considera alta, su arreglo personal es adecuado a su edad. Limpia, muy bien peinada, sin extravagancias. Accesible, franca. Su expresión verbal es coherente, lógica, su memoria es remota (recuerda constantemente lo feliz que fue de pequeña al lado de su madre), carencia de afecto. Con una actitud negativa. Deterioro en sus relaciones sociales. Muchas veces dice: "no puedo hacerlo, es muy difícil". Tímida e insegura. Susceptible. Cuando se le dice algo que no le parece, se enoja o bien se pone a llorar. Dependiente. Con baja autoestima. Su actividad psicomotriz se le observa disminuida, su estado de ánimo es triste y deprimida, con tendencia al llanto.

Se pudo observar:

- Profundo sentimiento de culpa, esto se hace manifiesto cuando habla de lo que ha sufrido por su padre, cuando la separó de su madre. Se siente decepcionada. Situación que menciona en las sesiones.
- Sentimiento de abandono afectivo por parte de la madre. Lo hace al expresar que se sintió sola, desplazado por el efecto del padre. En el momento que la dejó que se fuera de la casa. La abandono.
- Sentimiento de minusvalía, esto lo expresa cuando dice que no vale nada, ella no es nada. Timidez. Permanece sola con frecuencia. Su autoestima también se encuentra deteriorada. Situación reafirmada por ella en las sesiones terapéuticas.
- Conducta dependiente, sobreprotección de la madre.
- Depresión Profunda, demostrada al llorar constantemente desea la muerte, como única solución y carece de metas en la vida, por pensar en atentar contra su vida constantemente.

## **DIAGNOSTICO**

\*CONDUCTA DEPENDIENTE

\*TIMIDEZ

\*DEPRESION

## PLAN DE TRATAMIENTO

### TRATAMIENTO INICIAL

#### PSICOTERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL

##### **Psicoterapia Individual**

- Manejo de la Depresión.
- Identificar los pensamientos negativos. Técnicas para la Timidez.
- Técnicas de Relajación
- Manejo de la Culpa
- Ejercicios de Reflexión
- Resolución de los problemas
- Aceptación de la realidad
- Motivación de las experiencias correctivas
- Dar la oportunidad de comprobar la realidad

#### Manejo de la Depresión. Concepto de Tríada Cognitiva. Esquemas del pensamiento depresivo. Distorsiones cognitivas predominantes.

Fue importante darle a conocer a la paciente, cómo funciona la depresión y sus pensamientos distorsionados controlan su emoción (tristeza y desánimo), conducta (aislamiento social, timidez) y su cuerpo (trastornos del sueño y el desorden alimenticio). Cómo los estados depresivos distorsionan las situaciones, teniendo efectos sobre procesos de pensamientos y control voluntario cambiando sus esquemas. La paciente logró entender todos estos procesos y como funcionan en ella. Permitted avanzar con la Terapia Cognitiva-Conductual

#### Identificar los pensamientos negativos. Técnicas para la Timidez.

Logró identificar los pensamientos negativos de sí misma, de las experiencias cuando interpretaba sentimientos de derrota y venían a su mente pensamientos de desaprobación y de minusvalía. Cuando se trabajó la desesperanza fue muy importante el preguntarle ¿Qué es lo que más le molesta de la persona y lo que más le duele de la situación? Al mismo tiempo el dividirle sus problemas grandes en unidades pequeñas, identificar las alternativas y medios para solución de cada uno de ellos.

### **Técnicas de Relajación**

Se trabajó varias técnicas de relajación. Relajación muscular y de respiraciones. Con el propósito que la paciente realice esta técnica para cualquier momento que necesite, no importando el lugar donde se encuentre. Quedando como tarea se logró el objetivo en sesión y entre sesiones.

### **Manejo de la Culpa**

Se trabajó con el sentimiento de culpa. Con la distorsión del concepto de culpa. Explicando las dos clases de culpa. La culpa real, es cuando existe una relación verdadera con los hechos. La responsabilidad verdadera. La culpa no real, es donde atribuye una responsabilidad que no le corresponde. No hay relación en los actos. Después de haber explicado se trató que la paciente aceptara el sentirse culpable, aceptar sus imperfecciones y perdonarse. Liberarse de la culpa. Identificando cual de las dos predominan. Fue necesario ayudarlo a mostrar el camino para reparar la culpa. Sin necesidad de ser impuesto. La paciente debe manejar el momento. Ejemplo: la paciente sentía culpa en haber ofendido a su madre y padre, se le dejó de tarea pedir perdón, en el momento que ella creyera conveniente. Lo realizó y sintió el liberarse y al mismo tiempo mejoró la relación de padres e hija. La historia de los varios intentos, donde atentó contra su vida, los llegó a reparar tratando de interesarse por otros jóvenes para prevenir los suicidios en adolescentes. Trabajando como voluntaria en un grupo de jóvenes.

### **Ejercicio de Reflexión**

Se trabajó una técnica de Reentrenamiento cognitivo-conductual para lograr el hacer conciente sus estados emocionales (tristeza, desanimo), y acciones distorsionadas acerca de ella misma (aislamiento social, abandono del cuidado de sí misma). Se analizó la visión negativa acerca de cómo ella se visualiza a sí misma y a las personas que le rodean, ello le permitió restaurar su autoestima y sus habilidades. Pudo llegar a darse cuenta que estaba tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas. Estableciendo una visión adecuada, evitando el atentar contra su vida. Y como los intentos anteriores podían ayudarlo para prevenir otros. Se trabajó una técnica de información acerca de la personalidad dependiente, donde la paciente llegó a reflexionar y concluir que ella

necesita corregir ese tipo de personalidad para mejorar sus relaciones interpersonales. Se enfatizó que se alcanza el éxito, gracias a esfuerzos propios.

### **Resolución de los problemas**

Fue necesario con la paciente determinar sus problemas, para la realización de un plan para resolver el problema, tomando en cuenta los medios, sus habilidades y las acciones que necesita para llegar a resolverlos.

### **Aceptación de la Realidad**

Fue importante concluir con la paciente, el aceptar más a las personas o situaciones que se le presentaran. Que tratar de cambiar y negar la realidad.

### **Motivación de las experiencias correctivas**

Aquí es cuando a la paciente, se le ofrece la oportunidad de experimentar las nuevas formas de pensar, sentir y actuar, para que pueda experimentar la ausencia de consecuencias negativas. Se llegó al acuerdo realizarlo en las sesiones y entre las sesiones. Fue necesario para el proceso de cambio. Evitando los pensamientos de frustración, fracaso y el principal atentar contra su vida.

### **Dar la oportunidad de comprobar la realidad**

La paciente manifestó observar cómo sus pensamientos distorsionados de sí misma y de los demás la llevaban a compararse. Afectándole a su autoestima y las relaciones interpersonales, llevándola a tener una conducta suicida muy manifestada. Concluyó que necesita darse la oportunidad para realizar el proceso del cambio, y desaparecer su conducta suicida.



## Cierre del Caso

Se trabajó con la paciente de manera muy efectiva con la Terapia Cognitiva-Conducta en forma individual. Logró expresar sus sentimientos, pensamientos y sus diferentes formas de actuar. Reconoció cuando se siente triste y desesperada. Durante la sesión y entre las sesiones logró identificar qué es lo que más le duele o molesta de la situación o persona. Reconoció razones para vivir y que las razones para morir son pocas. Aprendió a dividir los problemas grandes en unidades más pequeñas, identificando alternativas con las ventajas y desventajas, tomando en cuenta que a cada una, tendrá las consecuencias negativas o positivas. Logrando así el generar procesos de cambio. Empezó a tomar acciones sobre sus problemas, que le provocan la conducta suicida, luego inició la resolución de los mismos a corto y largo plazo. Desarrollando un plan de manejo y defensa, describiendo cada actividad para que las realice cada vez que siente el deseo de atentar contra su vida. Se pudo incluir el realizar llamadas por teléfono a las amigas, a su prima y a su terapeuta. Realizar actividades sociales para interactuar con jóvenes de la misma edad.

## CASO No. 4

### I. DATOS GENERALES

Edad	20 años
Género	Masculino
Estado Civil	Soltero
Lugar y Fecha de Nacimiento	Mixco, 2 de Junio de 1,986
Dirección	Mixco
Escolaridad	No tiene
Religión	Testigo de Jehová
Ocupación	Lustrador
Etnia	Indígena

### II. MOTIVO DE CONSULTA

Referido por el Doctor de medicina de hombres. "Intentó suicidarse tomando 24 pastillas de Levadura de Cerveza". "Por haberse enojado. Necesita psicoterapia".

### III. HISTORIA DEL PROBLEMA

Ingresó al hospital por intentó de suicidio al tomarse 24 tabletas de Levadura de Cerveza. Estuvo interno por tres días. Refieren los médicos y la madre que intentó suicidarse porque se enojó con su mejor amiga. En la entrevista el paciente refirió que se había enojado demasiado porque él quería a su amiga de novia y ella le dijo que no quería ser su novia, porque "lo miraba feo, moreno y gordo, también por su trabajo de lustrador". Es así como decidió atentar contra su vida, porque "sin ella la vida no será igual" además se sintió muy mal con todo lo que ella le dijo. Y "si es así como ella lo mira, entonces ninguna mujer lo va ha ver guapo".

Las pastillas que tomó las encontró en su casa, se las llevó al parque y ahí se las tomó, cuando vieron sus amigos lo trasladaron al hospital, inmediatamente lo atendieron.

## **V. HISTORIA PERSONAL**

**INFANCIA:** Según refiere la madre: Fue un embarazo no planificado, ni deseado, quedó embarazada de un amigo, él no se hizo responsable. El embarazo fue normal, sin ninguna complicación.

**NIÑEZ:** Según refiere la madre: Tuvo una niñez sana, no se enfermaba, conoció a su padre, sabe quién es y de vez en cuando se miran. No tienen una relación de padre e hijo. Comenzó a trabajar a la edad de siete años, en los parques como lustrador. Para poder comer porque su madre ya estaba cansada de lavar y planchar ropa.

**ADOLESCENCIA:** Según refiere la madre, el paciente siempre se la pasa en los parques, más en el de la Antigua Guatemala, porque ahí conoce más personas y también puede hacer más dinero. Según refiere el paciente su vida era bonita, hasta que su amiga le dijo que "no". "Ahora será muy difícil vivir porque nadie se va a enamorar de él". "Y no va a poder tener una familia", eso es lo que más quiere. Tener una esposa e hijos. Su madre le dice que no se ponga triste y que piense bien, porque hay muchas más mujeres. Pero el paciente dice "no hay otra como mi amiga". Y con todo lo feo que le dijo "es más seguro que no encuentre a nadie, así que es mejor morir", "porque a nadie le importa y a nadie le va a gustar".

## **VI. HISTORIA FAMILIAR**

Según refiere su madre, es hijo único, su padre fue un amigo. Con quien tienen poca relación porque se fue a la capital a trabajar. Nunca les pasó dinero ni les ayuda en nada. Viven en una casa alquilada, de vez en cuando miran a la abuela materna, antes ella ayudaba a cuidarlo. Ahora vive con la otra hermana porque está ayudando a cuidar a sus nietos. Siempre han estado los dos solos. La madre ha tenido más amigos (novios), pero ya no pudo tener más hijos. No sabe el por qué. El paciente dice sentirse feliz hasta que su amiga le dijo que no. Ahora no sabe qué hacer. No quiere ver a nadie porque puede ser que sus amigos se burlen de él. El paciente ayuda al sostenimiento económico, a la madre quien tiene 37 años, no trabaja. Se queda en casa. Ellos viven en Mixco.

## **VII. HISTORIA ESCOLAR**

No tiene escolaridad, la madre no le proporcionó estudios. Parece no interesarle en que estudiara. Ella también carece de estudios. Según refiere la madre: "no es importante estudiar, y para nosotros era más importante el trabajar para poder comprar alimentos y pagar donde se vive". El paciente refiere que es cierto no es necesario el estudiar. Sólo el trabajo es importante.

## **VII. IMPRESIÓN CLINICA**

En el aspecto físico, el adolescente es: moreno, con sobrepeso, mide aproximadamente 1.55 metros, se considera debajo de la estatura correspondiente, a su edad. Se observa que tiene descuido en su persona. La apariencia de su cabello es grasosa y sucia. Con un peinado extravagante. Se presentó poco accesible con su expresión verbal. Estando con la madre el paciente no habla o bien afirma lo que ella dice. Se observó que la madre ejerce demasiada autoridad sobre él. Baja Autoestima. Su estado de ánimo es triste. Carece de metas y de confianza en sí mismo; con tendencia al auto castigo. Desinterés por la vida y deprimido.

Se pudo observar:

- Sentimiento de minusvalía, esto lo expresa cuando dice que no vale nada, él no es nada. No tiene deseos de superación, ni de aprender algo nuevo.
- Baja Autoestima, su autoestima también se encuentra deteriorada. Al igual que su auto confianza. Situación reafirmada en las sesiones psicoterapéuticas.
- Dependiente, inseguridad al estar solo.
- Depresión, demostrada al deseo constantemente de la muerte, como única solución y no tener metas en la vida. No hay ilusión de vivir.

## **DIAGNOSTICO**

- \*INSEGURIDAD
- \*INESTABILIDAD EMOCIONAL
- \*DEPRESIÓN

## PLAN DE TRATAMIENTO

### Tratamiento Inicial

#### Psicoterapia Cognitiva-Conductual

##### Psicoterapia Individual

Se le presentó un plan de trabajo, al paciente adolescente, quién estaba muy interesado en cooperar con la psicoterapia. Se le dio seguimiento estando internado en medicina de hombres. Le dieron de alta en el hospital y se le asignó el día y la hora para asistir a la psicoterapia. El paciente se presentó en consulta externa, con la madre. La que expresó no tener deseos que su hijo continuara en tratamiento psicológico. Ella pensaba que no le iba a servir. Lo único que su hijo "necesita es trabajar." Se le explicó el plan de tratamiento, la importancia de la psicoterapia y el modelo cognitivo de las emociones y posteriormente de la depresión. Se identificó pensamientos propios del paciente y la visión negativa de sí mismo y del futuro. Especificando el problema que llevó al paciente a desesperarse, para tomar la decisión de atentarse contra su vida. Lamentablemente la madre no autorizó continuar con el tratamiento psicoterapéutico.

##### Cierre de Caso

El paciente no se presentó a las siguientes sesiones. Dado por concluido el caso.

## CASO No. 5

### I. DATOS GENERALES

Edad	22 años
Género	Femenina
Estado Civil	Unida
Lugar y Fecha de Nacimiento	11 de agosto de 1984
Dirección	Pastores, Antigua Guatemala
Escolaridad	6to. Primaria
Religión	Católica
Ocupación	Cultora de Belleza
Etnia	Indígena

### II. MOTIVO DE CONSULTA

Refiere el Doctor "Intentó suicidarse con tranquilizantes".

### III. HISTORIA DEL PROBLEMA

Según refiere su esposo "tienen cinco años de relación y no han tenido hijos. Desde el principio de la relación con su esposa han tenido muchos tropiezos y dificultades por su carácter histérico". "No toma en cuenta la situación económica, y es muy exigente". Ella amenazaba con matarse diciéndole que lo iba hacer si algún día la dejaba. Muchas veces las amenazas los llevaban a la reconciliación. Sin embargo, los últimos días era imposible la relación y la atracción por otra mujer era más fuerte.

El deseo de la paciente por atentar contra su vida fue porque se enteró que su esposo andaba con otra mujer, compañera de trabajo.

El esposo es vendedor y ese día le tocó que ir a trabajar lejos de donde viven y siempre llamaba a la paciente, para avisarle donde andaba y ese día según refiere el esposo: trató de hacerlo pero no pudo comunicarse con la esposa. Y según refiere la paciente, ella también estuvo insistiendo en comunicarse con él, pero tampoco pudo. Por ello la paciente pensó que ya anda con la otra mujer y decidió tomarse unas cuantas pastillas tranquilizantes. El llegó a casa, ella estaba muy enojada, y pensaba que la posibilidad de reconciliación había disminuido. Ella lo amenazó y él le respondió que lo hiciera, preguntándole ¿qué necesitaba? que él se lo daba. Para realizar su deseo, porque ya estaba cansado de las amenazas de

suicidio. Él ya había comprendido que su matrimonio nunca tendría éxito, al mismo tiempo pensó que era imposible tal decisión de parte de ella. Él se fue acostar y se quedó muy dormido. Se despertó porque escuchó un gran ruido y cuando vio, ella estaba tirada en el suelo casi cerca del baño, él no sabe exactamente que pasó pero se imagina que tomó pastillas, no sabe cuántas fueron tomadas, pero cuando la vio se asustó demasiado. Pensó que ya estaba muerta. Llamando a los bomberos para que la llevaran al hospital. Atendida en emergencia, le salvaron la vida. El esposo manifestó muchos sentimientos de remordimiento y culpa, llorando por momentos, le preocupaba demasiado la situación por la que se encontraba su esposa. Posiblemente el problema principal en la familia radicaba en la esposa, más que en el esposo.

#### **IV. HISTORIA FAMILIAR**

A los diecisiete años se fue a vivir con su novio, porque no quiso ir a vivir con su madre, padrastro y cuatro hermanos. El mayor de género masculino, veintitrés años de edad, la paciente ocupa el segundo lugar, género femenino de veintidós años de edad, solamente de parte de la madre es la tercera de género femenino de seis años y la última de cuatro años, de género femenino.

No comentó mucho acerca de sus padres, más que sólo cuando ella tenía dos años su padre murió. Era alcohólico y lo encontraron tirado en la calle ya muerto. Según le comunicó la madre; las dos iban a la tienda cuando vieron al padre tirado en la acera, donde iban caminando. Ella no recuerda ese momento, sólo porque su madre lo cuenta. El hermano mayor de género masculino, tenía tres años, cuando esto pasó.

Después su madre se unió con otro hombre teniendo dos hijas más. De quienes no quiso dar más datos.

Actualmente vive con su novio, que lo llama esposo a pesar que no están casados legalmente, tienen una relación de pareja algo distante porque ella ya no le tiene confianza y para todo piensa que le engaña. No cuentan con casa propia, alquilan un apartamento. El trabaja de vendedor y ella en un salón de belleza. Constantemente se ven envueltos en peleas y no le importa a ella donde estén, a veces están en la calle y aun así se pelea. Según refiere la paciente que a veces están en el parque o en frente de la casa y se pelean sin importar quien la mire. Perdiendo el control ella le pega. Él nunca le ha pegado, a pesar de todo lo que ella le hace.

La paciente refiere que se intentó suicidar porque no se imagina la vida sin su esposo, él es todo para ella, y él le dijo: que la dejaba porque se iba con otra mujer a vivir en Parramos, Chimaltenango. Ella no pudo soportar, la idea de tener otra vida sin él, así que mejor es no vivir. Repitiendo varias veces que es mejor morir. Y no le importa el vivir. Preferiría estar muerta. El esposo se siente muy culpable, pero refiere que no sabe que hacer porque ya no quiere seguir viviendo con ella, es imposible, le ha cambiado demasiado el carácter, no sabe como actuar, sólo triste o enojada se la pasa, ya no pueden tener una relación de pareja. La paciente refiere que se siente muy triste desde que se enteró que su esposo anda con la compañera de trabajo.

## **V. HISTORIA PERSONAL**

**INFANCIA:** Según refiere la paciente es la segunda y no sabe más datos acerca de ella. Sólo lo que su madre le dijo que cuando tenía dos años, ellas iban a comprar el pan en la tarde cuando encontraron al padre tirado en la calle, ya muerto.

**NIÑEZ:** Según refiere la paciente que fue una niña muy sana, y vivía muy bien, contenta con su madre, abuelita materna y el hermano mayor. Porque su madre no se había unido con el padrastro.

**ADOLESCENCIA:** Vivió con su madre muy contenta, pero esta época fue difícil porque su madre decidió irse a vivir con el padrastro y ella decidió vivir con su abuelita, quien ya falleció. Después que murió la abuelita, se quedo sola con el hermano mayor. Cuando tenía 16 años conoció a su esposo, ya no quiso seguir viviendo en esa casa y él le propuso que se fueran a vivir juntos, y ella aceptó.

## **VI. HISTORIA ESCOLAR**

Según refiere la paciente, que comenzó a ir a la escuela pero le costaba demasiado, repitió varios grados y no le gustaba ir porque se sentía muy grande a la par de sus compañeros y compañeras. Hasta que su madrina le proporciono ayuda, ella comenzó a leer y escribir. Llegó sólo hasta 6to. Grado de primaria. A la edad de veinte años comenzó a estudiar para ser Cultora de Belleza, terminó. Y comenzó a trabajar en la Academia donde estudio.



## **VII. IMPRESIÓN CLINICA**

La paciente tiene una personalidad dependiente, con inestabilidad en el matrimonio y amenazaba con atentar contra su vida con el objetivo de atraer al esposo. Se observó que en el arreglo personal es adecuada a su edad, peinada sin extravagancias. Se inició la sesión con poca colaboración muy ansiosa, a medida que se fue trabajando se completo los datos de la entrevista. Su expresión verbal es coherente y lógica. La actividad Psicomotriz se le observa disminuida, su estado de animo es triste, insegura, desesperada e inconforme consigo misma, pasiva, con vacío existencial. Se empezó a dar cuenta de sus ideas de suicidio eran para evitar el abandono de su esposo. Tratando de evadir la realidad.

Se pudo observar:

- Sentimiento de abandono afectivo por parte de la madre, lo hace al expresar que se sintió sola, por la separación. Y al mismo tiempo por no haber conocido a su padre.
- Sentimiento de minusvalía, esto lo expresa cuando dice que no vale nada, ella no es nada. No se acepta como es.
- Baja Autoestima, su autoestima también se encuentra deteriorada. Situación reafirmada por ella en todas las sesiones terapéuticas.
- Dependiente, inseguridad al estar sola.
- Conducta Agresiva, por fuertes sentimientos de inconformidad o desagrado, perdiendo el control de sí misma.
- Depresión, demostrada al deseo constantemente de la muerte, como única solución y no tener metas en la vida. No hay deseos de vivir.

## **DIAGNOSTICO**

\*ANSIEDAD

\*INESTABILIDAD EMOCIONAL

\*DEPRESIÓN

## PLAN DE TRATAMIENTO

### Tratamiento Inicial.

#### Psicoterapia Cognitiva-Conductual

##### Técnicas de Ansiedad y Depresión.

Fue necesario explicar a la paciente acerca de la ansiedad. Evaluar sus pensamientos, identificar los patrones negativos que la llevan a la ansiedad y depresión.

Se le ayudó a descubrir sus patrones de pensamientos negativos que la llevaban a reaccionar de una forma emocional que determinan su conducta. Cuando piensa "no me quiere, soy despreciada", "no soy capaz de mantenerme yo sola", "me va ha dejar", "siempre estaré sola". Necesita identificar la visión negativa que tiene de sí misma y del futuro para luego controlar esos pensamientos distorsionados que están asociados con la depresión y ansiedad. Se trabajó ejercicios de relajación para el momento de un caso de ansiedad o depresión. Esta técnica la aprendió a usar en cualquier lugar o momento. Otra técnica utilizada fue la Distracción donde desvía su atención a otro estímulo que causan ansiedad, no temido, ejemplo escuchar música, leer. Autoinstrucción es otra técnica utilizada, para que ella misma se diga: "Yo sí puedo tolerar esta situación".

- Entrenamiento en el control de las preocupaciones
- Entrenamiento en Comunicación
- Entrenamiento en Escuchar activamente
- Identificar los pensamientos negativos
- Resolución de los problemas
- Aceptación de la realidad
- Dar la oportunidad de comprobar la realidad
- Terapia de Parejas

##### Entrenamiento en el control de las preocupaciones

Fue necesario brindarle al paciente toda información para llevarla a sus propias conclusiones.

### **Entrenamiento en Comunicación**

Fue necesario educar a la paciente sobre la comunicación no agresiva, el poder expresar todo lo que siente y piensa en una forma adecuada, pasiva. El como realizar peticiones sin ser autoritarias o destructivas. Al concluir con este ejercicio fue necesario avanzar con el siguiente.

### **Entrenamiento en Escuchar activamente**

Fue necesario educar a la paciente en una forma participativa, la importancia de escuchar en las relaciones interpersonales. Se hizo énfasis como utilizar las preguntas, repetición o parafrasear, especificar y validar. Para tener un buen éxito en la comunicación.

### **Identificar los pensamientos negativos**

Fue necesario ayudarla a identificar sus pensamientos negativos, que tienen influencia sobre sus emociones, tristeza, desánimo, aislamiento social. La visión negativa de sí misma, de las experiencias y acerca del futuro. El controlar los pensamientos que están asociados con depresión, ansiedad e ira, para atentar contra su vida.

### **Resolución de los problemas**

Como primer paso fue necesario determinar el problema, luego de haber identificado fue importante buscar las posibles soluciones con los medios para llegar a la solución, para poder obtener el resultado deseado. Logrando considerar que todos sus problemas tienen solución.

### **Aceptación de la realidad**

Fue necesario que el paciente aprendiera a aceptar, más que a tratar de cambiar a su esposo o pelear con él. El manejar todos sus pensamientos en una forma adecuada, a cada situación que se le presente. Aquí también se trabajó con el esposo.

### **Terapia de Parejas**

La terapia de parejas es un tipo específico de terapia familiar, se enfoca modificar los patrones de comunicación e interacción de la pareja. Ayuda a funcionar de manera positiva y constructiva, en el matrimonio. Hubo intercambio de opiniones, entre la paciente y su esposo. El ánimo de la paciente mejoró considerablemente.

### **Dar la oportunidad de comprobar la realidad**

Fue importante explicarle a la paciente que necesita comportarse de maneras a las que ha temido hacerlo en el pasado, de forma que puedan experimentar las consecuencias favorables. Ayudándola a ser consciente de que su vida puede ser diferente.

### **Cierre del Caso.**

Logró restablecer sus propósitos de vida, a través la decisión, colaborando y siendo honesta consigo misma y perseverante. Logró corregir sus pensamientos negativos, emociones y patrones de conducta. Llegó a ser consciente de sus estados emocionales y que tanto ellos tomaban control de su vida. Adquiriendo la paciente el control de sus estados emocionales. Aplicando eficazmente la psicoterapia. Eliminando la desesperanza, aumentando la esperanza. Su esposo regresó a su lado, actualmente tiene tres meses de embarazo. Llegadas a concluir las metas del tratamiento se da por terminadas las sesiones.

## CASO No. 6

### I. DATOS GENERALES

Edad	16 años
Género	Masculino
Estado Civil	Soltero
Lugar y Fecha de Nacimiento	Santa Maria Cauque, 16 de Marzo de 1.990
Dirección	Santa Maria Cauque
Escolaridad	6to. Primaria
Religión	Católica
Ocupación	Agricultor
Etnia	Indígena

### II. MOTIVO DE CONSULTA

Refiere el Doctor: "Intentó Suicidarse, al tomar un veneno llamado Tamarón".

### III. HISTORIA DEL PROBLEMA

Comenta el paciente que "tomó Tamarón para quitarse la vida, porque ya no quiere seguir viviendo", debido a que "su padre no le dejar tener novia". El padre le dice que él está para cuidar a su familia. Su deber es cuidar a los padres, y si tiene novia se casará y no les va ha dar dinero ni los va ha cuidar cuando sean ancianos. Está situación es muy incomoda para el paciente. Quería seguir estudiando y no lo dejaron. Ahora quiere tener novia y no lo dejan, así que "mejor es morir porque a nadie le importa". El paciente se mostraba triste y ansioso. Algunas veces llora y dice: que "desea quitarse la vida". El Tamarón es un veneno usado en las siembras. Él resolvió tomárselo para quitarse la vida. La familia lo encontró tirado y fue trasladado inmediatamente al hospital, donde lo atendieron y le salvaron la vida.

#### **IV. HISTORIA PERSONAL**

**INFANCIA:** Según refiere el paciente que su madre nunca ha comentado nada de su infancia, lo que el paciente recuerda es que vivían con sus abuelos paternos.

**NIÑEZ:** Cuando era niño jugaba poco, porque se tenía que ir con el padre a sembrar, se levantaban a las cuatro de la mañana para ir a recoger las siembras. Cuando comenzó a estudiar ayudaba a su papa y después se iba a estudiar.

**ADOLESCENCIA:** Se encuentra en confusión, desesperanza, irritabilidad e indecisión, insatisfacción por su vida, y con pensamientos suicidas. Según refiere el paciente, el desea quitarse la vida, y no seguir viviendo porque nunca va a poder hacer lo que desea, porque su padre nunca lo va ha dejar. El desea seguir estudiando y ya no lo dejaron, ahora quiere ser novio de una vecina y tampoco lo dejan. "Es imposible seguir viviendo."

#### **V. HISTORIA FAMILIAR**

El paciente es originario de Santa Maria Cauque, vive con sus padres, es el segundo de siete hermanos. La mayor de 17 años de género femenino, el paciente es el segundo de género masculino de 16 años, sigue el tercer hijo de género masculino de 14 años, el cuarto de género masculino de 10 años, la quinta de género femenino de 8 años, el sexto de género masculino de 6 años y el séptimo de género masculino es de 5 años. La mayor se dedica ayudar a la madre a cuidar la casa y los hermanitos, hacer la comida, preparar la masa, para las tortillas o tamales. El paciente con el hermano que le sigue se van a trabajar con el padre las siembras, del maíz con otras verduras. Viven con los abuelos paternos. Ellos son los dueños de la tierra, y le tienen pagar cuidándolos porque ya son ancianos. No pueden trabajar la tierra. La abuela está muy enferma y no puede caminar, la madre la tiene que cuidar.

#### **VI. HISTORIA ESCOLAR**

El paciente se dedica a la agricultura. No pudo continuar con sus estudios porque tuvo que ayudar a sus padres para que sus hermanitos fueran a estudiar. Se fue a la escuela y terminó sexto primaria. Para poder continuar se tiene que ir a otro pueblo cercano. No le agrada al padre que se vayan lejos de casa.

## **VII. IMPRESIÓN CLÍNICA**

El aspecto físico del adolescente es: delgado, mide aproximadamente 1.60 se considera normal para su edad. Es moreno, accesible y franco. En el arreglo personal se ve un poco de descuido y sucio. Su expresión verbal es coherente y lógica. Su actividad psicomotriz se le observa disminuida, su estado de ánimo es triste y deprimido con tendencia al llanto. Se encuentra en confusión, desesperanza insatisfacción por su vida. Falta de oportunidad para realizar los propósitos en su vida. Constantemente repite el deseo de morir.

Se pudo observar:

- Profundo sentimiento de culpa, esto se hace manifiesto cuando habla por lo que le han hecho sufrir sus padres.
- Sentimiento de minusvalía, esto lo expresa cuando dice que no vale nada, él no es nada. Con menosprecio, al decir que no vale nada, no tiene nada. Muchas veces dice que no puede con esta situación. Su autoestima también se encuentra deteriorada
- Angustia y ansiedad, desesperación al no poder hacer las cosas que quiere.
- Depresión Profunda, demostrada al llorar constantemente desea la muerte, como única solución. Las ideas del atentado contra su vida son constantes, al sentir que no le dan oportunidad de vivir.

## **DIAGNOSTICO**

\*ANSIEDAD

\*DEPRESIÓN

## **PLAN DE TRATAMIENTO**

Fue atendido mientras estaba internado en el hospital. Fue dado de alta. No pudo continuar con la psicoterapia. El padre no permitió continuar con la psicoterapia. Argumentó que la distancia del hospital a su casa es muy lejos. Unos días llegamos a visitarlo a su casa. El paciente aceptó. El padre hizo saber que su hijo tenía mucho trabajo y no podía perder el tiempo. Se da por cerrado el caso.

## CASO No. 7

### I. DATOS GENERALES

Edad	19 años
Género	Femenino
Estado Civil	Soltera
Lugar y Fecha de Nacimiento	Antigua Guatemala, 3 de Febrero de 1,987
Dirección	Antigua Guatemala
Escolaridad	Secretaria Bilingüe
Religión	Católica
Ocupación	Estudiante
Etnia	Ladina

### II. MOTIVO DE CONSULTA

Refiere el Doctor "Intentó Suicidarse". "Necesita una evaluación psicológica y tratamiento".

### III. HISTORIA DEL PROBLEMA

Según refiere la paciente: Conoció a un buen joven aparentemente. A sus padres les gusto para que se casara con él, y ellos han hecho todo lo posible para que se realice la boda y han planificado todo junto con el novio extranjero, americano. Así que todo estaba listo para realizar la boda, y no aceptan lo que ella dice, y menos que sea un no. Es así como decidió quitarse la vida antes de casarse con él. Se fue a la farmacia y compró diazepam. Se los tomó, se subió al carro porque pensó que manejando podía tener un accidente y lo único que paso fue que se quedó muy dormida y antes que llegar a la hora de la boda los padres la buscaron desesperadamente hasta que la encontraron y no hacia caso, eso hizo llevarla al hospital donde fue atendida de emergencia. Y le salvaron la vida. No hubo colaboración de parte de los padres, para elaborar la Historia Clínica, solamente su mejor amiga fue la que colaboro, porque los padres se hicieron como que no le había pasado nada. Más que sólo es stress y así se lo hicieron creer al novio. Lo que más le molesta de esta situación es que el novio le pidió que negara a su hijo. Que le hiciera creer a los suegros y demás familia (del novio) que el hijo es su hermano menor. Esta situación le afecto bastante y parece que los padres no les importo el



hecho de negar a su hijo, ya que ellos lo reconocieron cuando nació. Actualmente no le dice mamá sino que la llama por su nombre y a la abuela le dice mamá, como todas sus hijas. Igual al abuelo le dice papá. Así que el tomar la decisión de suicidarse, no le fue difícil pensar en su hijo cree que no le afectaría.

#### **IV. HISTORIA FAMILIAR**

Vive con sus padres, hermanas e hijo. El padre tiene 38 años, la madre tiene 35 años, la hermana mayor tiene 22 años, vive con su esposo e hijo, en un apartamento que le hicieron la familia del esposo. La paciente ocupa el segundo lugar de hija con edad de 19 años, sigue su hermana de 17 años y la última de 10 años. También vive con su hijo de 2 años. La familia cuenta con casa propia, el sostenimiento económico lo hacen ambos padres. Y el tiempo que la paciente no estudio, estuvo ayudando a la madre en el negocio que tienen. Toda la familia acepto a su hijo y los padres se han hecho cargo de todos los gastos. Lo aceptan y aman como otro hijo más o como el hijo varón que no tuvieron.

#### **V. HISTORIA PERSONAL**

**INFANCIA:** Según refiere la paciente que tubo una bonita infancia y buena relación con sus padres y hermanas.

**NIÑEZ:** Según refiere la paciente, tuvo una niñez sana, no se enfermaba y continua una buena relación con las hermanas.

**ADOLESCENCIA:** Según refiere la paciente, que su madre nunca les habló nada acerca de las relaciones con los hombres y ella es muy ignorante a todo eso, cuando le estaban celebrando sus quince años, tenía dos meses de embarazo y no sabía, ni sospechaba nada. Su madre se dio cuenta de esto, y aceptaron el embarazo pero no al padre del bebé. La hermana mayor también resulto embarazada, con la diferencia que a ella la dejaron que se casara. A la paciente la alejaron completamente del padre de su hijo. Eso le afecto porque si estaba enamorada de él, y quedo muy triste, porque ya no lo podía ver. Tuvo a su hijo sin ninguna complicación, y los padres se hicieron cargo de él. Se mostraba triste, confundida e indecisa, con pensamientos suicidas.

## **VI. HISTORIA ESCOLAR**

Comenzó a estudiar como a la edad de siete años, siendo una estudiante regular. Hasta que nació su hijo tuvo que dejar de estudiar porque el colegio no acepto que fuera embarazada, luego nació su hijo y continuó sus estudios en el mismo colegio. Su rendimiento escolar ha sido aceptable, y fue mejor estudiante. Logrando terminar su carrera, sintiéndose muy contenta y satisfecha por su éxito. La relación con sus maestros fue buena.

## **VII. IMPRESIÓN CLINICA**

La paciente en el aspecto físico es: delgada, mide aproximadamente 1.65 metros se considera alta, es accesible y franca. Su arreglo personal es adecuado a su edad, limpia, peinada sin extravagancias. Su expresión verbal es coherente y lógica. Su actividad psicomotriz se le observa disminuida, su estado de ánimo es triste y deprimida, con tendencia al llanto. Perdió el interés en vivir. Desilusionada, poca tolerancia al fracaso, sentimientos de menosprecio con autoestima baja, auto castigo. Falta de oportunidades de expresión. Incapacidad de omitir juicios personales. Perdió las metas y el sentido de la vida. Constantemente dice que no desea vivir, porque no pude manejar la situación. El suicidio es su última salida.

**Se pudo observar:**

- Sentimiento de minusvalía, esto lo expresa cuando dice que no vale nada y que en comparación a su hermanas que son brillantes, ella no es nada. Cuando no se le da la oportunidad de expresar lo que piensa y siente.
- Baja Autoestima, su autoestima también se encuentra deteriorada al compararse con los demás. Principalmente con sus padres. Situación reafirmada por ella en todas las sesiones terapéuticas.
- Ansiedad y angustia constante, con la sensación de peligro y por encontrarse indefensa.
- Depresión Profunda, demostrada al llorar constantemente desea la muerte, como única solución al no tener metas en la vida. No ambiciona, ni desea nada. No hay ilusión de vivir. Desinterés por la vida. El suicidio es un peligro que se presenta claramente.

**DIAGNOSTICO**

\*ANSIEDAD

\*INESTABILIDAD EMOCIONAL

\*DEPRESIÓN PROFUNDA

## PLAN DE TRATAMIENTO

### Tratamiento Inicial

#### Psicoterapia Individual Cognitiva-Conductual

- Técnicas de manejo Ansiedad y Depresión
- Entrenamiento en el control de preocupaciones
- Ejercicios de Relajación
- Técnica de Autoinstrucción
- Resolución de Problemas
- Identificar pensamientos negativos
- Motivación de las experiencias correctivas
- Dar la oportunidad de comprobar la realidad

#### TECNICAS DE MANEJO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

Fue necesario explicar a la paciente acerca de la ansiedad y depresión. Esto ayudo para lograr identificar sus pensamientos que actúan sobre sus emociones y actúa de acuerdo a ellos. Así mismo a su visión negativa sobre sí misma y de los demás.

#### ENTRENAMIENTO EN EL CONTROL DE PREOCUPACIONES

Fue necesario brindarle a la paciente toda información para llevarla a sus propias conclusiones y lograr dar un paso para adquirir la responsabilidad de aceptar cada circunstancia sin dudar que pueda manejar cada una,

#### EJERCICIOS DE RELAJACION

Se trabajó ejercicios de relajación, para los momentos de ansiedad, para usar en un caso necesario. Así reducir su ansiedad y lograr adquirir seguridad en sí mismo para actuar adecuadamente.

#### TECNICAS DE AUTOINSTRUCCION

Fue necesario trabajar con esta técnica donde la paciente utiliza para que misma se diga "yo sí puedo", "yo sí puedo tolerar esta situación". Esta técnica ayudo a su autoestima. Aumentando seguridad en sí misma.

### **RESOLUCION DE PROBLEMAS**

Como primer paso, fue necesario identificar el problema, luego de haberlo identificado fue importante buscar las posibles soluciones, logrando considerar que todos los problemas tienen solución. Fue necesario realizar este ejercicio para ayudar a la paciente adquirir responsabilidad así mismo le ayuda a su autoestima. Reforzando su seguridad personal.

### **IDENTIFICAR PENSAMIENTOS NEGATIVOS**

Fue necesario proporcionar esta técnica a la paciente para aprender a reconocer sus pensamientos, emociones, tristeza, desánimo, aislamiento social. La visión de sí misma y cómo controlarlos para su bienestar y un mejor futuro.

### **MOTIVACION DE LAS EXPERIENCIAS CORRECTIVAS**

Aquí es cuando a la paciente, se le ofrece la oportunidad de experimentar las nuevas formas de pensar, sentir y actuar, a través de todas las técnicas aprendidas, para que pueda experimentar la ausencia de las consecuencias negativas y de los pensamientos de fracaso, frustración y de atentar contra su vida. Fue necesario para el proceso de cambio.

### **DAR LA OPORTUNIDAD DE COMPROBAR LA REALIDAD**

Fue importante explicarle a la paciente que necesita comportarse de maneras a las que ha temido hacerlo en el pasado, de forma que pueda experimentar las consecuencias favorables. Ayudándola a ser consciente que su vida puede ser diferente si ella se da la oportunidad.

### **CIERRE DE CASO**

Logró expresar sus sentimientos, pensamientos, y como la llevaban a actuar de una forma negativa. Reconoció cuando se siente triste, deprimida y desesperada y el cómo manejar esos sentimientos y pensamientos. Logró identificar razones para vivir y las razones para morir son pocas. Empezó a tomar acciones sobre sus problemas y adquirir responsabilidad para evitar la conducta suicida.

**I. DATOS GENERALES**

Edad	15 años
Género	Masculino
Estado Civil	Soltero
Lugar y Fecha de Nacimiento	21 de Marzo, de 1,991
Dirección	San Bartolomé Milpas Altas, Sacatepéquez
Escolaridad	2do. Básico
Religión	Católica
Ocupación	Estudiante
Etnia	Ladino

**II. MOTIVO DE CONSULTA**

Refiere el Doctor "Intentó suicidarse cortándose las venas de las muñecas".

**III. HISTORIA DEL PROBLEMA**

Según refiere el paciente adolescente: El problema surge, por no aceptar la relación de su madre, con el esposo e hijo. La madre sólo a ellos le dedica tiempo, su hermano le ha robado el amor de su madre. No le agrada la idea que su madre tenga otros hijos. Amenazó en cortarse las venas un día, preguntándole a la madre a quién prefiere.

Otro día intentó atentar contra su vida, diciéndole a la madre que ya estaba harto de la situación, ya no quería saber más nada, de su hermano que lo odiaba y deseaba que nunca hubiera nacido. Se pelea muy fuerte con la madre. El día que se cortó las venas de las muñecas, fue porque se estaban peleando con la madre y en ese momento le dijo que se iba a cortar las venas, fue a la cocina, a traer un cuchillo muy filoso y lo hizo tan rápido que a la madre no le dio tiempo de detenerlo. Lo único que hizo fue llamar a los bomberos y tratar de detener la sangre. Fue muy difícil para la madre está situación. Más porque el hermano pequeño vio todo lo ocurrido.

#### **IV. HISTORIA FAMILIAR**

Según refiere la madre del paciente: A la edad de 17 años, quedó embarazada y el padre no quiso hacerse responsable, dejándola sola. La relación con el padre a sido muy poca, sin recibir ninguna ayuda económica. Cuando los padres de ella se enteraron que estaba embarazada, le proporcionaron ayuda económica y sobre todo afecto. Toda la familia acepto muy bien el embarazo y al paciente. Desde que nació, lo han amado y cuidado muy bien. A los abuelos los ha visto como padres y los llama así. Ambos tienen de 54 años, a los tíos los mira como sus hermanos mayores, la edad de la tía es de 27 años, el tío es de 29 años, la madre tiene 32 años. Para el paciente dejar la casa de los abuelos y a la familia fue lo más difícil ya que por once años vivió siendo el centro de la atención, el único nieto, el bebe de la familia. Cuando la madre se iba a estudiar y luego a trabajar, la abuelita y la bisabuelita lo cuidaban junto con la tía. La madre no volvió a tener otra relación de pareja formal por el miedo que no aceptaran con su hijo. Hasta que conoció el que ahora es su esposo. Aceptándola tal como es y con su hijo. La relación del novio con toda la familia a sido buena, aceptación de la tía, ya que ella sobreprotege al sobrino pensando que talvez el padrastro lo trate mal. Con el paciente la relación a sido buena, pero desde que se entero que su mama está embarazada y decidieron casarse cambio. Según refiere el paciente sintió que su mundo se derrumbaba, al mismo tiempo odiaba al padrastro. Los padres decidieron que el paciente se quedara a vivir con ellos pero la madre no quiso, no importándole la decisión que tomara el paciente. Se lo llevo a vivir con ella y el esposo. Ellos no cuentan con casa propia, alquilan. Ambos trabajan para el sostenimiento del hogar. Aunque la madre es la que trabaja para proveerle al paciente todas sus necesidades. Ya tienen cuatro años de vivir juntos pero ahora el problema se puso más fuerte porque se entero que la madre está de nuevo embarazada. No acepta la situación de tener más hermanos, y menos el de compartir a su madre.

#### **V. HISTORIA PERSONAL**

INFANCIA: El embarazo no fue planificado, tuvo control medico y el parto fue por cesaría, teniendo un poco de complicaciones por el cordón umbilical que se quedo enrollado en su cuello, los médicos actuaron rápido, haciendo una cesaría.

NIÑEZ: La madre refiere que fue un niño muy cariñoso, consentido por toda la familia, los abuelos le daban todo lo que deseaba, igual los tíos siempre concediéndole todo lo que deseaba, si la madre lo regañaba o le llamaba la atención siempre la familia se metía y defendían al paciente, teniendo o no la razón, nunca dejaban que la madre lo corrigiera menos pegara.

ADOLESCENCIA: Refiere el paciente que le gustaría regresar a la época donde no tenía que compartir a su madre. Cuando vivía con sus abuelitos y tíos. Ellos si lo aman y entienden, pero su madre ya no. Ni siquiera le importa lo "que yo haga", "no tengo interés en vivir", y "nada me hace feliz". "Nunca debería de haber nacido". "Soy la peor persona". "Desearía que ese mi hermano estuviera muerto. Es un maldito, desgraciado". "Soy la peor persona". Se mostró muy triste, confundido, ansioso y demasiado irritable. Además con llanto y demasiados pensamientos suicidas.

## **VI. HISTORIA ESCOLAR**

Comenzó al colegio cuando tenía cinco años, en un maternal porque su madre deseaba que comenzara a tener amigos de su edad, porque en casa se la pasaba solo con mayores. Según refiere la madre: eso le ayudo porque es muy sociable y le resulta fácil hacer amigos y amigas. Actualmente estudia en segundo básico. Nunca a tenido problemas con los maestros por su comportamiento. Le han dado premios por ser el mejor alumno. Su relación con los compañeros y compañeras es buena, se lleva bien con todos.

## **VII. IMPRESIÓN CLINICA**

Los rasgos agresivos del paciente se fueron acentuando al entrar a la adolescencia. Precipitado por lo que consideró un desplazamiento por parte de esposo de la madre y de sus nuevos hermanos. Antes de ello se sentía querido, protegido y muy importante en su familia. El aspecto físico del adolescente es: agradable, la proporción de su cuerpo es normal, mide aproximadamente 1.65 metros, se considera una altura normal para su edad. Es accesible, franco. Su arreglo personal es adecuado a su edad, limpio, peinado sin extravagancias, a la moda. Su expresión verbal es coherente y lógica. Su memoria es remota (recuerda constantemente lo



feliz que fue de pequeño y lo sobrevalora), su actividad Psicomotriz se le observa disminuida. Su estado de ánimo es triste y deprimido con tendencia a la agresividad y llanto.

Se pudo observar:

- Profundo sentimiento de culpa, esto se hace manifiesto cuando habla de lo que ha hecho sufrir a su madre y los ha defraudado, situación que menciona en todas las sesiones realizadas con él.
- Sentimiento de abandono afectivo por parte de la madre y de los abuelos, tía y tío. Lo hace al expresar que se sintió solo, desplazado por el efecto del esposo de su madre y luego, por el nacimiento de su hermano, más el que viene. Reafirmado por el deseo de compartir con la familia de la madre, el de querer hacer una vida con ellos y que se alejara de ellos. Posible desencanto familiar.
- Sentimiento de minusvalía, esto lo expresa cuando dice que no vale nada, él no es nada. Su autoestima también se encuentra deteriorada
- Conducta agresiva acompañada de ira, por los impulsos de venganza que se expresa con agresión. cuando busca intencionalmente agredir a la nueva familia. Y creer que es lo único que se merece. Situación reafirmada por él en todas las sesiones terapéuticas.
- Dependencia materna. Dependencia familiar.
- Angustia y ansiedad, desesperación al sentirse solo.
- Depresión Profunda, demostrada al llorar constantemente desea la muerte, como única solución y no tener metas en la vida. Las ideas del atentar contra su vida son constantes, al sentirse rechazado y desplazado.

## **DIAGNOSTICO**

\*ANSIEDAD

\*TRASTORNO DE CARÁCTER (AGRESIVO)

\*DEPRESIÓN

## PLAN DE TRATAMIENTO

### Psicoterapia Cognitiva-Conductual

#### Tratamiento Inicial

- Psicoterapia Individual
- Psicoterapia Familiar
- Ejercicios de Relajación
- Técnicas de manejo de Ansiedad
- Técnicas para el tratamiento de Depresión
- Ejercicios de Reflexión
- Identificar pensamientos negativos y autodestructivos
- Aceptación de la realidad
- Motivación de las experiencias correctivas
- Dar la oportunidad de comprobar la realidad

### PSICOTERAPIA INDIVIDUAL COGNITIVA-CONDUCTUAL

Se trabajó con el paciente adolescente en forma individual. Logró identificar un tema importante. Expresar sus sentimientos, pensamientos y sus diferentes formas de actuar. Aprendió a dividir los problemas grandes en unidades más pequeñas. Identifico alternativas con las ventajas y desventajas. Decidió con firmeza el vencer la conducta suicida, el dejar atentar contra de su vida. Empezó a tomar acciones para aceptar la relación de su madre con el esposo y los hermanos. Tratando de manejar los sentimientos que lo llevan a sentir el rechazo de su madre.

### PSICOTERAPIA FAMILIAR. Brindar apoyo a la familia.

Se enfocó en ayudar a la unidad familiar de manera positiva para el paciente. Se incluyó a toda la familia. Primero a la madre con el hijo. Luego en la siguiente sesión a la madre con el esposo e hijo, juntamente con el paciente. En las siguientes sesiones se integro a los abuelos, tía y tío del paciente. Se le hizo saber al paciente la importancia de la unidad familiar y el cómo los pensamientos negativos de ira y celos lo llevaban a crear desunión y conflicto. Es importante darle a conocer al paciente la necesidad de afecto y el cómo más adelante el ha necesitar realizarse con su pareja y formar una familia. Toda la familia está dispuesta a colaborar y crear un ambiente familiar seguro para la estabilidad emocional de cada uno y de los demás.

## **TECNICAS DE MANEJO DE ANSIEDAD Y DEPRESION**

Fue necesario explicarle la ansiedad y depresión y reconocer cuales son los pensamientos que le generan ansiedad y lo llevan a la depresión y el anticiparse con detalles a los resultados de las situaciones que le provocan comportarse en formas que pierde el control.

## **EJERCICIOS DE RELAJACION**

Se trabajó ejercicios de relajación para los momentos de ansiedad, para usarlas en un caso necesario así le reducen su pensamientos que le generan ansiedad.

## **EJERCICIOS DE REFLEXION**

Se trabajó esta técnica para un reentrenamiento cognitivo-conductual para lograr el hacer consciente sus estados emocionales,(tristeza, desanimado) y acciones distorsionados acerca de él mismo.

Se analizo la visión negativa acerca de cómo él se visualiza a sí mismo y a las personas que lo rodean. Esto permitió restaurar su autoestima, reforzar, desarrollar y/o descubrir sus habilidades.

## **IDENTIFICAR PENSAMIENTOS NEGATIVOS Y AUTODESTRUCTIVOS**

Está técnica fue utilizada para lograr que el paciente identifique todos los pensamientos negativos que lo llevan a tener la conducta suicida. El tener estos pensamientos lo llevan a atentar constantemente con su vida.

## **ACEPTACION DE LA REALIDAD**

Fue necesario que el paciente aprendiera a aceptar, más que tratar de cambiar la nueva familia. (relación de la madre con el esposo e hijos). Manejar todos sus pensamientos de celos, ira, frustración y menosprecio que lo llevan a atentar en contra de su vida.

## **MOTIVACION DE LAS EXPERIENCIAS CORRECTIVAS**

En está técnica es cuando se le ofrece al paciente la oportunidad de experimentar las nuevas formas de pensar y luego actuar. Ayudándole al paciente a ser consciente que su vida puede ser diferente si él se da la oportunidad.

### DAR LA OPORTUNIDAD DE COMPROBAR LA REALIDAD

Fue importante darle explicaciones al paciente que necesita comportarse de maneras a las ha temido hacerlo en el pasado, de forma que pueda experimentar las consecuencias favorables a sus nuevas formas de pensar expresar amor a su madre y dar la oportunidad que la madre pueda amar y recibir amor por parte de su esposo y los otros hijos.

### CIERRE DEL CASO

Logró expresar los sentimientos que le molestaban y reconoció que Se considera a sí mismo como un adolescente enojado, alegre y celoso. Pero que tratara constantemente de cambiar para llevarse bien con todos, y de ver todo lo positivo de las personas y el afecto de cada una de ellas. Reconoció los pensamientos negativos y descubrió que tiene más razones para vivir que para morir. Empezó tomar acciones sobre sus problemas y adquirir responsabilidad para evitar la conducta suicida.

**I. DATOS GENERALES**

Edad	16 años 2 meses
Género	Masculino
Estado Civil	Soltero
Lugar y Fecha de Nacimiento	Jocotenango, 24 de Julio de 1990
Dirección	Jocotenango, Antigua Guatemala
Escolaridad	2do. Básico
Religión	Católica
Ocupación	Estudiante
Etnia	Indígena

**II. MOTIVO DE CONSULTA**

Referido por el Doctor "Intento de Suicidio".

Según la madre del adolescente "mi hijo ha cambiado, hemos comprobado que se droga con thiner y pegamento, además se ha vuelto muy violento, se mantiene peleando con las maras del lugar".

**III. HISTORIA DEL PROBLEMA**

El problema por el que el adolescente se presenta a consulta es porque se siente solo, considera haberse fallado a sí mismo y a los demás por intentar suicidarse. Ha consumido drogas anteriormente, situación que está tratando de dejar. Actualmente fuma y consume alcohol ocasionalmente. Otro problema que lo inquieta es su carácter violento que le impide ser sereno y le motiva a pelear con cualquier persona y tener pensamientos suicidas.

El problema se inició cuando dos primos pequeños se pasaron a vivir con la familia, a quienes él sentía que su madre les brindaba más atención dejándolo por un lado. Antes él era "su niño consentido", lo cual le hizo sentirse desplazado y solo. La relación con el hermano gemelo, antes era muy estrecha. Y se volvió distante por la novia, del hermano. Comenzó a sentir más soledad refugiándose en las drogas. Cuando la familia se

enteró de esto lo agredieron física y verbalmente. Situación que hizo no tener confianza en sus padres. Dejó de consumir drogas, pero ya nadie le cree y no confían en él, lo cual lo llevó a intentar contra su vida, para ello consiguió con unos amigos una pistola y trató de darse un tiro en la cabeza, cuando disparó la pistola se le movió y la bala pasó rozándole la cabeza. Fue inmediatamente hospitalizado. Sobrevivió a esta herida.

#### **IV. HISTORIA FAMILIAR**

Familia integrada por los padres y cuatro hijos. La madre de 37 años, el padre de 52, la mayor de 18 años, los adolescentes gemelos ambos de género masculino de 16 años y una última de 3 años. El paciente ocupa el segundo lugar dentro del núcleo familiar. Viven con ellos dos primos, uno de 13 años género masculino y otro de 11 años género femenino. Todos en la familia tienen una relación aceptable excepto con el paciente quien tiene mala relación con todos. La hermana mayor es considerada brillante y se le compara con él como lo opuesto. Lo que le hace tener resentimiento hacia ella. Con su hermano gemelo la relación es distante y fría por considerar que él trata siempre de observarlo por orden de los padres. Aduce la hermana pequeña, es mala porque considera que es a quién más quieren, igualmente se refiere a sus primos que viven ahí en casa. Tanto, hermana como primos le quitaron el afecto y cariño de la madre que le pertenecía a él.

Los padres entre sí se llevan, aparentemente, bien. Aunque la madre es quien decide las cosas en el hogar y el padre quien ejecuta las acciones. La familia cuenta con casa propia, el sostenimiento económico lo hace el padre únicamente con un sueldo aproximadamente de Q 2,000.00 mensuales. Su relación con los vecinos es mínima por parte de la familia.

El paciente pertenece a una zona que opera a dos cuadras de la casa y constantemente se ve envuelto en problemas y peleas callejeras.

#### **V. HISTORIA PERSONAL**

INFANCIA: La madre refiere: "El embarazo fue deseado y sin complicaciones, el parto fue sin problemas. Siempre fue más pequeño en relación a su hermano gemelo. Se sentó y caminó solo a la edad de 13 meses, padeció de enuresis hasta la edad de 4 años.

NIÑEZ: La madre refiere que "fue un niño cariñoso, siempre pegado a mi, alegre y juguetón". Tenía 10 años, cuando llegaron sus primos, a vivir con ellos. "El se volvió egoísta. Les hacía daño a los niños. Cuando nació su hermana se volvió más rebelde y desobediente".

ADOLESCENCIA: El paciente refiere que ha sido una época difícil por los problemas que ha tenido con su familia, se siente solo, pero sobre todo, expresó "lamentó haber defraudado a mi familia, con mi actitud, yo ya no valgo nada, mi vida no vale nada, si vivo bueno y si muero también bueno, no le haría falta a nadie, no quiero vivir, si me matan a golpes mejor, no me mato porque le daría un golpe muy fuerte a mis papas, especialmente a mi mamá a quien he visto sufrir, pero no tengo interés en nada y nada me hace feliz".

## **VI. HISTORIA ESCOLAR**

Según refiere la madre, Comenzó en la escuela a los 7 años. Perdió 1° y 4° grado de primaria. Su rendimiento escolar ha sido aceptable, hasta segundo básico, que es el grado que cursa actualmente. Le han suspendido varias veces por mal comportamiento, le han amenazado con expulsarle si no cambia de actitud. Actualmente ha decidido abandonar la escuela pues considera que ya no gana el grado y mejor es ponerse a trabajar y seguir el otro año. Su relación con los compañeros es buena, se lleva bien con todos, los defiende si alguien los ofende, su relación con algunos maestros es buena, con otros no porque le regañan mucho por su comportamiento.

## **VII. IMPRESIÓN CLINICA**

El aspecto físico del adolescente es: delgado, mide aproximadamente 1.55 metros, observando que el hermano gemelo es aproximadamente 10 a 15 centímetros más alto que él, por lo que se considera por debajo de la estatura correspondiente a su edad. Es accesible, franco, su arreglo personal es adecuado a su edad, limpio, peinado sin extravagancias. Su expresión verbal es coherente, lógica, su memoria es remota (recuerda constantemente lo feliz que fue de pequeño y lo sobrevalora), su actividad Psicomotriz se le observa disminuida, su estado de ánimo es triste y deprimido, con tendencia al llanto fácil.

Se pudo observar:

- Profundo sentimiento de culpa, esto se hace manifiesto cuando habla de lo que ha hecho sufrir a sus padres y los ha defraudado, situación que menciona en todas las sesiones realizadas con él.
- Sentimiento de abandono afectivo por parte de los padres y del hermano gemelo, lo hace al expresar que se sintió solo, desplazado por el efecto de sus primos, en primera instancia y luego, por el nacimiento de su hermana menor. Reafirmado por el deseo de su hermano gemelo de querer hacer una vida independiente de él y que se alejara.
- Sentimiento de minusvalía, esto lo expresa cuando dice "no vale nada" y que en comparación a su hermana mayor que es brillante y su ejemplo, él no es nada. Su autoestima también se encuentra deteriorada cuando busca intencionalmente ser agredido por sus padres y creer que es lo único que se merece. Situación reafirmada por él en todas las sesiones terapéuticas.
- Conducta agresiva acompañada de ira, por los impulsos de venganza que se expresa con agresión.
- Depresión Profunda, demostrada al llorar constantemente desea la muerte, como única solución y no tener metas en la vida.

## **DIAGNOSTICO**

- \*TRASTORNO DE CARÁCTER (AGRESIVO)
- \*DEPRESIÓN



## PLAN DE TRATAMIENTO

### Terapia Cognitivo-Conductual

#### Tratamiento Inicial

- Psicoterapia Individual
- Psicoterapia familiar
- Tratamiento de las adicciones
- Ejercicios de Reflexión
- Dar la oportunidad de comprobar la realidad

#### **Psicoterapia Individual. Terapia Cognitiva- Conductual**

Se utilizó este tipo de psicoterapia con el fin de eliminar la desesperanza de la conducta suicida del paciente. Así mismo para el manejo de su alcoholismo, las drogas, las armas de fuego, aspectos que han contribuido al aumento del impulso al intento de suicidio. Necesitando la rehabilitación del uso de sustancias.

#### **Psicoterapia familiar. Brindar apoyo a la familia.**

Se enfocó en ayudar a la familia de manera positiva. Proveer apoyo y educación en los patrones de comunicación. Donde se incluyó a toda la familia, a todos los que viven con el paciente. Con los que tiene una estrecha relación.

Al paciente adolescente, se le hizo saber la importancia en la vida de las personas el ambiente familiar, el apoyo y la necesidad de afecto de los padres y de toda la familia. Sirvió para favorecer la mejoría del paciente, restaurando la unidad familiar.

#### **Tratamiento de las adicciones**

La Terapia Cognitiva-Conductual fue importante para el tratamiento de adicciones, se trabajó con sus pensamientos o ideas, enseñando al paciente a controlar esos pensamientos o imágenes los cuales tienen efecto sobre su cuerpo al tomar la decisión de utilizar el alcohol, el thiner o pegamento para sentirse feliz o una salida fácil para huir de la realidad. Evitando enfrentar sus problemas. El paciente expresó "no importa emborracharme o inhalar pegamento, ya que, de algo me tengo que morir". "Y no hay razón para dejar de drogarse" La TCC es útil para entender el abuso de sustancias y el buscar las respuestas sobre sus distorsiones de los pensamientos en creer que las sustancias son lo mejor en esos momentos. Hacer conciencia al recordar las

consecuencias negativas que ha vivido, por los efectos del consumo de drogas y alcohol, para disminuir la frecuencia o intensidad del uso. Otra técnica es el trabajar con los pensamientos permisivos para evitar la recaída. El paciente argumentó que ya tenía un mes de no utilizar el pegamento, mereciéndose una probadita con sus amigos ya que ahora tenía el control. Se le enseñó en sesión los pasos que siguen para el deseo del consumo de sustancias, así mismo a identificar sus pensamientos permisivos para evitar las recaídas.

### **Ejercicios de Reflexión**

Se le brindó la oportunidad de reflexionar en las formas de su comportamiento del pasado, sobre sus sentimientos, pensamientos y las consecuencias de éstos para el actuar y el cómo, el pasado le proporciona la oportunidad para cambiar.

### **Dar la oportunidad de comprobar la realidad**

Fue necesario saber el significado del compromiso que el paciente adquirió para la abstinencia del uso de drogas y alcohol. Con el fin de no dar el significado de que todo está perdido, si otra vez vuelve a consumir la droga.

Es necesario verlo como una simple decisión del momento en la recuperación. Fue necesario darle de nuevo la oportunidad de continuar al tratamiento de la abstinencia, motivándolo a utilizar un análisis de las ventajas y desventajas del uso de las drogas. Al mismo tiempo se establecieron metas y responsabilidades que son necesarias para la desaparición del deseo del uso de sustancias.

### **CIERRE DE CASO**

Se encuentra en proceso de cambio teniendo una clara comprensión de su cuidado y sobretodo la conciencia de experimentar la ausencia de consecuencias negativas en su vida, previendo tener de nuevo una conducta suicida. La Terapia Cognitiva-Conductual fue de beneficio para restaurar su vida. Al ser más conciente de sus estados de animo y tener una esperanza con un objetivo de vida. El paciente adolescente logró restablecer su relación familiar. Proporcionándole efectos positivos en sus pensamientos, sentimientos y en sus acciones. Logró tener una oportunidad de trabajo, estando de acuerdo con sus padres para crear en él una experiencia laboral y adoptar la responsabilidad en sus hechos. Es de esperar que los procesos de cambio de la psicoterapia los siga integrando para lograr sus propósitos y pueda solucionar sus problemas favorablemente. Dando por concluida la psicoterapia.

**I. DATOS GENERALES**

Edad	16 años
Género	Femenino
Estado Civil	Soltera
Lugar y Fecha de Nacimiento	San Bartolomé Milpas Altas, Marzo de 1990
Dirección	San Bartolomé Milpas Altas, Sacatepéquez
Escolaridad	2do. Básico
Religión	Católica
Ocupación	Estudiante
Etnia	Indígena

**II. MOTIVO DE CONSULTA**

Refiere el Doctor de medicina externa: "Se intentó suicidar. Necesita Psicoterapia".

**III. HISTORIA DEL PROBLEMA**

El problema por el que la adolescente se presenta es porque se siente sola, triste, sin deseos de seguir viviendo, le molesta ver la luz del día, y todas las noches le pide a Dios que ya no quiere seguir viviendo y que no amanezca al otro día viva, quiere estar igual que su madre, muerta. Porque desde que ella falleció, perdió los deseos de seguir viviendo, la vida ya no tiene sentido, y a los demás no les importa, a nadie le haría falta, así que mejor piensa el cómo realizar el quitarse la vida. Según refiere la abuelita que la inquieta mucho porque la paciente ya no tiene deseos de hacer nada, solo dormida y encerrada en su cuarto se la pasa.

El problema se inició cuando su madre murió, hace ya un año y medio. La paciente refiere que ese día ella se tiro encima de la caja de la madre y que nadie la podía quitar de ahí, hubo necesidad de sedarla, con indicaciones médicas, ella siente que no le importa a nadie. La madre le brindaba más atención y cuidado que todos, platicaban de todo, lo cual ahora nadie le pone atención, la paciente desea hablar y no tiene con quien, dejándola por

un lado. La abuelita refiere que ella era una niña consentida, lo cual le hizo sentirse sola y abandonada. La pérdida de la madre ha sido muy dura y difícil no sólo para ella, sino para todos. Porque no se esperaban la muerte, fue de un momento a otro, toda la familia está sufriendo y la paciente cree que ella es la única, no se ha dado cuenta que todos están mal. Porque la madre era muy especial, la querían mucho, y la extrañan mucho.

#### **IV. HISTORIA FAMILIAR**

Fue una familia integrada por los padres y cuatro hijos. Hasta que murió la madre y el hermano menor.

Actualmente vive con sus abuelos paternos, la abuela de 62 años, el abuelo de 66 años, la madre murió de 39 años, el padre de 41 años, el mayor de 18 años, de género masculino, la segunda de género femenino de 17 años, y la paciente de género femenino de 16 años y un último de 10 años, que hace 5 años que falleció,

Todos en la familia tenían una relación aceptable, excepto la paciente quien tiene mala relación con todos, cada vez que no la dejaban estar con la madre. Con su hermano mayor la relación es bastante buena y con la hermana y el padre es bastante distante y fría, refiriendo que nunca se encuentran en casa. Con el hermano pequeño, era mala porque considera que él siempre los separaba de la madre, según refiere la abuelita que piensa que la madre la quiso más a la paciente porque le desplazó el afecto que le pertenecía al hijo pequeño, eso no fue bueno porque considera que no le ayudo a la paciente para superar la muerte de la madre.

La familia cuenta con casa propia, el sostenimiento económico lo hace el padre y también cada uno de los abuelos que reciben su jubilación, del gobierno. La relación con los vecinos es buena por parte de la familia, la paciente al igual que los hermanos tienen varios amigos vecinos de las mismas edades y comparten con ellos, sin problemas, les gusta compartir.

#### **V. HISTORIA PERSONAL**

INFANCIA: La abuela refiere: "que es la tercera de los hijos y no hubo ningún problema con el embarazo y el parto fue sin problemas. Siempre fue más la pequeña y la consentían más que a sus hermanos. Se recuerda

que tuvo problemas con el lenguaje, no pronunciaba bien las palabras y más se comunicaba en señas que ya todos le entendían muy bien".

NIÑEZ: La abuela refiere que "fue un niña muy consentida y cariñosa con la madre, siempre muy pegada a ella, alegre y juguetona con sus hermanos, fue cuando nació su hermano que ella cambio, porque se peleaba demasiado y le pegaba mucho siendo aún un bebe su hermanito. Se volvió rebelde y desobediente".

ADOLESCENCIA: La paciente refiere: "me siento sola", pero sobre todo "no quiero vivir, no tengo interés en nada y nada me hace feliz". "No necesito a nadie más, solo quiero a mi mama". "No cuento con nadie mi hermano mayor solo se la pasa con sus amigos de la cuadra, y mi hermana con las amigas del colegio, y mi papá nunca se está en casa, cuando él llega yo estoy ya dormida y me voy al colegio, él está dormido. Con mis abuelitos no tengo nada de que hablar, ni hacer con ellos. Con mis amigos y amigas del colegio y de la cuadra tampoco quiero estar con ellos. Porque no me entienden y me dicen que sólo aburrida me mantengo y que ya no quiero hacer nada."

## **VI. HISTORIA ESCOLAR**

Según refiere la paciente, comenzó en el colegio a 6 años, en preparatoria, recordándose que no le gusta ir al colegio, porque se separaba de la madre, no le gustaba estar sin ella, a los 7 años estaba en primero primaria, siempre sintiendo lo mismo "no le gustaba el colegio porque la separaba de la madre" y a la maestra como que no le gustaba que todos los días llorara y eso no le ayudo. Teniendo problemas para aprender. Su mama le ayudo para que aprendiera a leer y escribir, y todos los días estudiaban juntas y el rendimiento escolar fue aceptable y gano todos los años. Hasta segundo básico, que es el grado que cursa actualmente, el año pasado lo perdió y la han amenazado con expulsarle sino cambia de actitud, porque quieren que estudie. Actualmente está decidiendo abandonar el colegio porque ya no le gusta. Considera que ya no gana el grado. Su relación con los compañeros es buena, se lleva bien con todos, la relación con algunos maestros es buena, con otros no porque le regañan mucho por su comportamiento y le exigen que estudie.

## **VII. IMPRESIÓN CLÍNICA**

En el aspecto físico, la adolescente es: morena y con demasiado sobrepeso, mide aproximadamente 1.40 metros. Se considera por debajo de la estatura correspondiente, a su edad. Es accesible. Su arreglo personal no es adecuado, se observa descuido, carece de limpieza, peinada sin extravagancias, aunque su cabello se ve sucio. Desde el inicio solicitó tratamiento, fue abierta al cambio, estaba consciente de su vacío existencial, y la necesidad de afecto. Es insegura e inestable en sus emociones. Su expresión verbal es coherente, lógica, a veces se ríe al contar experiencias tristes de su vida. Su memoria es remota (recuerda constantemente lo feliz que fue de pequeña y cuando estaba con su madre). En su actividad Psicomotriz se le observa disminuida, su estado de ánimo es triste y deprimida con tendencia al llanto fácil.

Se pudo observar:

- Sentimiento de abandono afectivo por parte de los padres, lo hace al expresar que se sintió sola, por la separación de su madre y al mismo tiempo la gran distancia que hay con su padre.
- Aislamiento, al grupo familiar y al de amigos y amigas.
- Sentimiento de minusvalía, esto lo expresa cuando dice que no vale nada y que en comparación a su hermanos mayores que son brillantes, ella no es nada.
- Baja Autoestima, su autoestima también se encuentra deteriorada al sentirse baja y gordita comparada con sus demás compañeras. Situación reafirmada por ella en todas las sesiones terapéuticas.
- Ansiedad y angustia constante, con la sensación de peligro y por encontrarse indefensa.
- Duelo no resuelto, falleció la madre aproximadamente año y medio. Separación del ser amado.
- Depresión Profunda, demostrada al llorar constantemente desea la muerte, como única solución al no tener metas en la vida. No ambiciona, ni desea nada. No hay ilusión de vivir. Desinterés por la vida. El suicidio es un peligro que se presenta claramente.

## **DIAGNOSTICO**

\*ANSIEDAD

\*INESTABILIDAD EMOCIONAL

\*DEPENDENCIA AFECTIVA HACIA LA MADRE.

\*DEPRESIÓN PROFUNDA POR DUELO NO RESUELTO.

## PLAN DE TRATAMIENTO

### TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

#### Tratamiento inicial

##### Psicoterapia Individual

- Técnicas de relajación y trabajo corporal para liberar tensiones.
- Técnicas de manejo de Ansiedad
- Ejercicios de Sensibilización
- Ejercicios de Reflexión
- Técnicas en el tratamiento de la Depresión
- Motivación de las experiencias correctivas
- Dar la oportunidad de comprobar la realidad

##### Psicoterapia Individual

Se trabajó con la paciente en forma individual, logró expresar sus sentimientos, pensamientos y sus diferentes formas de actuar. Al reconocer cuando se siente triste y desesperada. Durante la sesión y entre las sesiones logró identificar qué es lo que más le duele o molesta de la situación o persona. Aprendió a dividir los problemas grandes en unidades más pequeñas, identificando alternativas con las ventajas y desventajas, tomando en cuenta que a cada una, tendrá las consecuencias negativas o positivas. Logrando así el generar procesos de cambio. Empezó a tomar acciones sobre sus problemas, que le provocan la conducta suicida, luego inició la resolución de los mismos a corto y largo plazo. Desarrollando un plan de manejo y defensa, describiendo cada actividad para que las realice cada vez que siente el deseo de atentar contra su vida. Se pudo incluir el realizar una llamada por teléfono a una amiga, a su prima y a su terapeuta.

##### Técnicas de Relajación y Trabajo corporal para liberar tensiones a nivel Individual y Grupal.

Se trabajó con la paciente adolescente ejercicios de relajación en forma individual y grupal para liberar tensión. Manejo de Ansiedad. Resolución de duelo. A través de la relajación. Así mismo, la paciente adquirió la perspectiva de que ciertos pensamientos, le causan ansiedad. Como el anticiparse con detalles a los resultados de las situaciones por las cuales le aterran que pueda pasar. Ejemplo el trastorno de sueño, cuando llega la noche

comienza a generar ansiedad, porque siente que puede entrar alguien en la noche y hacerles algo a ella y su familia. Siendo así difícil de dormir, o bien prefiriendo dormir con la televisión y la luz encendida toda la noche. Se le enseñó a la paciente adolescente a identificar la distorsión de su pensamiento explicándole e informándole acerca de la ansiedad. Así mismo se le brindó razones para demostrarle que sus pensamientos irracionales de forma extrema le han llevado a momentos específicos de ansiedad siendo necesario los modifique para generar la esperanza que necesita. Identificó y corrigió sus pensamientos que le causaban ansiedad, manejándose mejor por sí misma. Lo que permitió el siguiente ejercicio.

### Ejercicio de Sensibilización.

Manejo del duelo. Logrando el manejo de su ansiedad. Se pudo ir hacia atrás en la historia de su vida a través de técnicas de visualización. Donde se le pidió a la paciente recordar los momentos especiales que tuvo con su madre que ha muerto, lo cual le permitía comprender que quizás su madre, no querría que estuviera sufriendo. Y adquirir proyectos de vida, al recordar que su madre le pedía que siguiera estudiando, que amara y cuidara de su padre, hermana y hermano. Que ayudará sus abuelitos y cuidará de ellos como lo podría haber hecho con ella. Logró establecer lo mucho que su madre le enseñó para ser capaz de enfrentarse a la vida y aceptar las habilidades adquiridas en esos tiempos para ponerlos ahora en práctica.

Cumpliendo con el objetivo del ejercicio en reestructurar sus creencias nucleares patológicas, al no culpar a nadie por la muerte de su madre, el no huir de la situación y aceptar la separación.

### Ejercicio de Reflexión

Se trabajó una técnica de Reentrenamiento cognitivo-conductual para lograr el hacer conciente sus estados emocionales (tristeza, desánimo), y acciones distorsionadas acerca de ella misma (aislamiento social, abandono del cuidado de sí misma). Se analizó la visión negativa acerca de cómo ella se visualiza a sí misma y a las personas que le rodean, ello le permitió restaurar su autoestima y sus habilidades. Pudo llegar a darse cuenta que estaba tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas. Estableciendo una visión adecuada, evitando el atentar contra su vida. Se enfatizó que se alcanza el éxito, gracias a esfuerzos propios.



## Técnicas en el Tratamiento de la Depresión

### Programación de Actividades. Asignación de tareas.

A la paciente adolescente le costaba realizar tareas porque se encontraba con su actividad psicomotriz disminuida, con falta de motivación, por lo cual fue conveniente comenzar a trabajar en modificar su conducta, para realizar modificaciones en sus pensamientos. Como el no preocuparse si no consigue realizar todo lo propuesto. Aunque no tenga éxito, recordarle que lo más importante es llevar a cabo la actividad programada. El tomar control de sus emociones y voluntad. El asignarse tareas de una forma gradual, comenzando en realizar actividades de menor grado de complejidad, y luego con mayor grado, es decir la paciente se la pasaba el mayor tiempo dormida, sin deseos de salir de su cuarto, careciendo de higiene personal. Se le asignó la tarea de comenzar a caminar primero por su casa, luego afuera en el patio y después por unos diez minutos alrededor de su casa. Cada vez más largo el tiempo y las distancias, de manera que comenzará a tener actividad y lograr adquirir hábitos de higiene a medida que se encuentra en movimiento, sintiendo el deseo de bañarse y arreglarse para cuando le llega el momento de salir a caminar fuera de casa.

### Motivación de las experiencias correctivas

Consistió en hacerle saber a la paciente adolescente las diversas formas de comportamiento del pasado, que pueden ser evitadas, para que tenga la oportunidad de experimentar la ausencia de consecuencias negativas. Convirtiendo su desesperanza en esperanza, desarrollando un plan de vida con objetivos alcanzables y exitosos. Aportando una perspectiva diferente y proporcionando clarificación e interpretación a sus acciones. Estableciendo aportes sobre sus patrones de comunicación contribuyendo a entender la necesidad de afecto con sus relaciones interpersonales.

### Dar la oportunidad de comprobar la realidad

La paciente adolescente se encontraba esforzándose por comportarse de forma diferente, manejando sus emociones, pensamientos, sentimientos y voluntad durante las sesiones y entre sesiones, para corregir sus distorsiones en el actuar. Lo que significa dar un punto de inicio a un paso que ha de ser dado, por los aportes de la terapia.

## CIERRE DEL CASO

Es importante que la paciente adolescente esté interesada en el cambio y se logró el hacer consciente su pasado, dispuesta a reconocer sus limitaciones y considerar la posibilidad de adoptar riesgos para probar nuevas formas de pensamiento, en experiencias correctivas para sus sentimientos que son esenciales en su actuar y en su visión para el futuro.

Adquirió hábitos de higiene. Cuidado de sí misma. El dominio propio para ayudarse en actualizar constantemente su visión acerca de sí misma, de las demás personas y de su futuro. Manejando su depresión y tristeza en los momentos que sienta el deseo de atentar contra su vida. Eliminando la conducta suicida. Desarrolló nuevas formas de pensamientos, sentimientos y actuación en las fechas clave, como puede ser el aniversario de la pérdida de su madre o bien donde le recuerde momento agradables que pasaron juntas. Donde parece estar incrementado el pensamiento a la conducta suicida. Factor que hay que tener en cuenta en la condición de duelo. Logró restablecer sus propósitos de vida, a través de la decisión y colaboración en la psicoterapia. Logrando todos los propósitos y objetivos con la psicoterapia se da por concluida.

### RESUMEN DE LOS CASOS

- ◆ En las sesiones de psicoterapia con los pacientes adolescentes que presentaron conducta suicida, se integró la Terapia Cognitiva-Conductual, consistió en enseñar a los pacientes a reconocer y/o adquirir habilidades, eliminando pensamientos, sentimientos y conductas negativas de sí mismos y de los demás. Como primer síntoma se presentó la depresión, logrando manejarla para evitar atentar en contra de su vida. Así mismo se trabajó con la baja autoestima, eliminando la conducta dependiente. Se logró restablecer los propósitos e incrementar nuevas formas de vida, conociendo los beneficios de vivir aceptando su identidad y realidad en la cual se encuentran. Como el de una nueva familia, la separación de un ser querido, la autoridad de sus padres, carecer del afecto y apoyo de ambos o alguno de ellos. Lograron entender, comprender la importancia de vivir con una perspectiva diferente con responsabilidad y optimismo. Evitando la claudicación, mejorando la calidad de vida, de cada paciente adolescente. Cumpliendo con los objetivos de la Terapia Cognitiva - Conductual se eliminó la Conducta Suicida en Adolescentes.

## CAPITULO IV

### CONCLUSIONES

- ◆ La Terapia Cognitiva-Conductual ha adoptado un modelo educativo, consiste en enseñar a los pacientes adolescentes habilidades para manejar los problemas reales de la vida.
- ◆ De manera muy efectiva es conveniente trabajar con los adolescentes con Conducta Suicida, la Terapia Cognitiva-Conductual. Realizar un plan de tratamiento adecuado a cada uno. De acuerdo a las situaciones que presenten.
- ◆ Se identificó la Depresión como el principal síntoma, en los adolescentes con Conducta Suicida atendidos en el Hospital Hermano Pedro del Departamento de Antigua Guatemala.
- ◆ En los adolescentes de personalidad dependiente, cuya vida ha sido inestable, con fracasos y desilusiones que han buscado las drogas, alcohol o barbitúricos para solucionar sus problemas son más propensos para los intentos de suicidio, pero si estos intentos no son consumados, se pueden volver más graves en las últimas etapas de la vida. Siendo importante dar el tratamiento adecuado en el momento.
- ◆ Los suicidios consumados son raros entre las mujeres casadas jóvenes, aunque este grupo de mujeres le induce al comportamiento autodestructivo por causa del rechazo de un hombre, que iniciaron una relación de pareja. Aunque el origen de la causa es, que provienen de hogares donde han recibido rechazo de parte del padre.
- ◆ Los adolescentes que han sufrido una pérdida significativa tienden a desarrollar una conducta suicida. Siendo necesario una psicoterapia.
- ◆ Los adolescentes que provienen de hogares disintegrados o disfuncionales desarrollan la conducta suicida.

## RECOMENDACIONES

Para este grupo de adolescentes con conducta suicida se han desarrollado recomendaciones, en determinados casos será necesario el desarrollo de programas preventivos, por el alto grado de suicidio, teniendo como objetivo el disminuir las tasas de suicidio en los adolescentes. De manera muy efectiva es conveniente trabajar con la Terapia Cognitiva-Conductual.

### ▶ A LA FAMILIA

- ▶ Tomar en serio todas las amenazas de suicidio.
- ▶ Considerar la posibilidad de un suicidio.
- ▶ Preguntar por las ideas de suicidio.
- ▶ Disminuir el número de armas de fuego disponibles.
- ▶ Prevención de la soledad y aislamiento.
- ▶ Es importante tomar en cuenta cuando el adolescente verbaliza el deseo de reunirse con la persona fallecida.
- ▶ Cuando la sintomatología depresiva persiste más de seis meses tras la pérdida significativa de alguna persona cercana al paciente, se recomienda la realización de un tratamiento adecuado.
- ▶ Es necesario que la familia sea capaz de apoyar al paciente y que se responsabilice en un plan de vigilancia, llegando a un acuerdo con el paciente.
- ▶ El adolescente cuando dice "Yo me quiero matar" o "Yo me voy a suicidar", debe ser atendido. Puede ser útil preguntarle si está deprimido o pensando en el suicidio, esto no ha de ponerle ideas en la cabeza; por el contrario, esto le indicará que hay alguien que se preocupa por él y que le da la oportunidad de hablar acerca de sus problemas.

## ▶ A INSTITUCIONES DE ESTUDIO

- ▶ Programas educativos sobre suicidio y depresión a los catedráticos.
- ▶ Programas de apoyo entre compañeros.
- ▶ Crear actividades de información para disminuir el consumo de drogas.
- ▶ Crear programas de prevención del suicidio, donde se incluyan a los familiares para la detección y manejo de las ideas y conductas suicidas.
- ▶ Programas de prevención del fracaso escolar.
- ▶ Desarrollar programas de salud mental poniendo énfasis en la autoconfianza y autoestima, estrategias para la resolución de problemas y toma de decisiones y las habilidades en las relaciones interpersonales.
- ▶ Incluir en los servicios de Psicología a todos los estudiantes.
- ▶ La clave de la prevención es la identificación de la conducta Suicida.
- ▶ Ante un suicidio culminado o un intento de suicidio dentro de las Instalaciones de los colegios o escuelas es una necesidad urgente adoptar medidas preventivas. Posiblemente los maestros, Padres de familia y los estudiantes se alarmen pero es necesario realizarlo. Incluso deberían de realizarlo mucho antes que aparezca el problema.

## ▶ A LOS PSICÓLOGOS PROFESIONALES

- ▶ Es importante realizar un plan de tratamiento con la Terapia Cognitiva-Conductual.

▶ AL PROFESIONAL MEDICO. ESPECIAL A LOS PEDIATRAS. AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA.

- ▶ La mayoría de personas que se suicidan han visitado a un médico. Sin embargo a veces los médicos no reconocen en el paciente el riesgo de intentar contra su vida. El suicidio produce ansiedad y los médicos evitan preguntar acerca de planes suicidas o de haber intentado antes atentar contra sus vidas. No son capaces de reconocer la conducta suicida. Por lo que es necesario un entrenamiento sobre procedimientos de detección y tratamiento de adolescentes con conducta suicida.

▶ RECOMENDACIONES GENERALES

- ▶ Ayudar a cada persona, en cada etapa que se encuentre.
- ▶ Se debe desarrollar un plan de tratamiento, por lo que la sociedad debe estar más atenta a estas situaciones, preocupándose por la integración familiar en una forma funcional; donde salud pública, los médicos, salud mental, los psicólogos, el Ministerio de Educación, maestros, trabajadores sociales puedan implementar programas de orientación psicológica y médica de la prevención del suicidio en adolescentes dirigido a las escuelas públicas y colegios privados. Al mismo tiempo se le puede orientar para la solución de sus problemas y conflictos que se le presenten mientras va creciendo y desarrollándose; que le permita integrarse a la sociedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANTHONY, MITCHEL  
Suicidio, ¿Cómo saber cuando su adolescente esta en peligro?, Colombia:  
Editorial Unilit, 1994  
218 pp.
2. BOBES GARCIA, JULIO  
Prevención de las Conductas Suicidas y parasuicidas, España:  
Editorial Masson, S.A. 1998  
205 pp.
3. CASTILLO DEL PINO, CARLOS.  
La Depresión. España:  
Editorial De bolsillo. 1975.  
456pp.
4. DICAPRIO, NICHOLS.  
Teorías de la personalidad. México  
Edit. Interamericana. 1997.  
625pp.
5. DURKHEIM, EMILE  
El suicidio. México:  
Editorial Coayacan, S.A. 1995  
343 pp.
6. FABEROW, NORMAN & SHNEIDMAN, EDWIN  
¡Necesito ayuda! Un estudio sobre en suicidio y prevención. México:  
Editorial Fournier  
366 pp.
7. FRANKL, VICTOR E.  
El Hombre en busca de sentido. Barcelona:  
Editorial Herder, 1996  
132 pp.

8. MORRIS, CHARLES G., MAISTO, ALBERT A. MAISTO  
Psicología, México:  
Editorial Pearson, Prentice Hall. 2005  
712 pp.
  
9. PAPALIA, D. & SALLY WENDKOS.  
Psicología del desarrollo. Colombia:  
Editorial McGraw-Hill. 2001  
770pp.
  
10. PAPALIA, D. & SALLY WENDKOS.  
Psicopatología anormal. Colombia:  
Edit. McGraw-Hill. 2001  
482pp.
  
11. POLAINO -LORENTE, A.  
La Depresión, España:  
Editorial Martínez Roca, 1995  
157 pp.
  
12. MARCELLI, D. BRACONNIER.  
Psicopatología del adolescente. Mexico:  
Edit. McGraw - Hill. 1984.  
790pp.



## ANEXOS

### SUGERENCIAS PARA UN PLAN DE TRATAMIENTO

#### **IDENTIFICANDO UN TEMA IMPORTANTE**

Puede ser que para el paciente sea difícil expresar sus profundas preocupaciones pues en muchos casos son causadas por las presiones de su medio familiar o social por lo que cuesta que hablen de lo que les pasa. A veces el Psicólogo debe enfrentar un sentimiento de no encontrar un tema importante en lo que el paciente dice, por lo que puede llegar a sentir que este miente. Por lo que las preguntas pueden hacerse a fin de que posibiliten la focalización de un tema importante.

Preguntas guías:

- I.
  - a.- ¿Cuál es el problema?
  - b.- ¿Qué es lo que le molesta?
  - c.- ¿Por qué está enojado?
  
- II. ¿Qué o quién causó el problema?  
Aquí es cuando los adolescentes pueden culpar, acusar y ventilar su ira y frustración. Puede que aquí no se encuentre listo para admitir que se encuentra en la creación del problema. Necesita la oportunidad de exteriorizar sus sentimientos internos.
  
- III.
  - a.- ¿Qué pudo haber hecho para empeorar las cosas?
  - b.- ¿Qué cosas ha hecho que pudieron haber empeorado la situación?
  - c.- Ha respondido de alguna manera que ha hecho que las cosas empeoren para usted o para los demás?  
Aquí se le da la oportunidad al adolescente que pueda involucrarse en los problemas. Empezándolo a guiar a las soluciones. Para no quedarnos en el problema.

IV. Qué puede hacer para remediar esta situación?

El adolescente necesita examinar todas las posibles soluciones, y pueden venir las sugerencias. Realizándolas en forma de pregunta como el ¿Qué te parece la idea de.....?

V. ¿Qué va hacer?

¿Qué hará?

Aquí es el momento del compromiso, si el adolescente quiere recibir ayuda, en este momento mostrará su interés. Aunque no se encuentre listo. Es el momento de hacerle saber cuanto interés se tiene para ayudarlo en todo lo que se pueda. Tomando en cuenta que no podemos hacer por el adolescente lo que él no puede hacer por sí mismo. Se le mostrará interés en ayudar cuando el decida actuar.

VI. ¿Cuándo va a.....?

Es necesario preguntarle cuando realizara o cuando va decidirse actuar de otra forma. Esta es la última pregunta, es para ayudarlo a formar metas a corto plazo. Sabiendo que hay posibilidades para lograrlo.

VII. Seguimiento de la terapia.

El adolescente se esta comprometiendo a actuar y al mismo tiempo es necesario animarlo a que empiece a tomar pasos por sí mismo. Necesita ver y saber que puede alcanzar una solución a sus problemas. Al mismo tiempo esta: "Decidiendo vivir mejor".

Es necesario permitir al paciente adolescente definir su problema en sus propias palabras sin importar los términos que utilice.

### **RESUMIR**

Por los varios temas que se discuten puede el paciente dejarse llevar por los detalles, perdiendo la perspectiva de las interacciones de los varios temas. Un rápido resumen es útil para unir el material que parece desconectado al mismo tiempo tiene el propósito de centrar la atención al tema principal.

### **REDECLARAR**

El repetir ciertas oraciones del paciente pero con diferentes palabras, atrae su atención donde pudo habersele escapado. Las reformulaciones repetitivas enfatizan tendencias importantes en la mente del paciente y le ayudan a replantearse sus problemas en términos más eficaces.

## SUGERENCIA PARA LA ACTITUD DEL PSICÓLOGO ANTE EL PACIENTE ADOLESCENTE.

1. Mantener una postura no crítica o moralista con el paciente adolescente que acuda al servicio de psicología. El adolescente suicida necesita comprensión y seguridad en el comportamiento del psicólogo.
2. La actitud del psicólogo debe inspirar confianza, no ser agresivo. No criticar su conducta.
3. Empatizar con el paciente adolescente.
4. Evitar clasificar al paciente. Expresar amor y apoyo, son los mejores primeros auxilios.
5. Es necesario tener en cuenta que el paciente adolescente ha recibido recientemente un rechazo, por lo que será necesario la paciencia para establecer rapport oportuno.
6. El primer contacto con los pacientes con intento suicida es particularmente importante, aunque se desfavorezcan las circunstancias, como en los servicios de urgencias, o en camamiento (internados en el hospital), es necesario realizarlo.
7. Es importante integrar a la familia y amigos del paciente en la psicoterapia. Esto le ayudara en su identidad, aceptar su realidad y adquirir responsabilidad.

## SUGERENCIA PARA MANEJAR LA CULPA

Estas sugerencias se ofrecen para los pacientes adolescentes que sienten cargados de culpas.

- Permitir que se sienta culpable, admitirlo y compartirlo con el Psicólogo que se encuentra interesado en el paciente.
- Aceptar sus imperfecciones le va ayudar para tratar con su culpa.
- Preguntarle que cosas son las que más le molestan. Que hable acerca de sus sentimientos y que confiese su culpa. Esto le ayuda a separar la culpa real y excesiva y la culpa inmerecida o falsa.
- Lograr que se perdone por aquellas cosas en que realmente sea culpable. Pedir perdón a sí mismo y aquellos que ha lastimado. Logrando liberarse de los sentimientos de culpabilidad por aquellas cosas que no fue responsable.
- Tratar de darse cuenta de lo que pasó, y no hay nada que pueda hacer ahora para cambiar lo sucedido.
- Puede aprender que su culpa le va ayudar para el futuro. Sus errores pasados le ayudan en su vida, para mejorar.
- Tratar que escriba sus pensamientos y sentimientos de culpabilidad.
- Tratar que no se culpe por las cosas que no sabía que las estaba manejando mal.
- Establecerle un propósito o significado a su vida. Ayudarle a que busque integrarse en un programa como voluntario en un grupo de servicio a la comunidad. Al ayudar a otros se ayudara a sí mismo.
- Ayudarle a permitir a sus familiares, que le muestren amor y consuelo.

## SUGERENCIA PARA MANEJAR "EL DUELO"

El duelo es individual, hay un duelo distinto por cada persona. La duración del proceso de duelo varia, depende de la relación con la persona fallecida. Cuanto más intensa y estrecha fue la relación con la persona fallecida será, mayor la respuesta emocional a la pérdida. A la separación del ser querido. No existe un punto final al duelo, pero si el concluir con el dolor intenso. El concluir por el recuerdo afectuoso y tranquilo que compartió con la persona fallecida.

Es necesario tomar en cuenta el tipo de personalidad de cada adolescente que se encuentra en el proceso de duelo. Si el adolescente es independiente, con buena salud mental elabora mejor el proceso de duelo y reconoce la necesidad de adaptarse y modificar los patrones de vida después de la muerte del ser querido. Cuenta con la capacidad de recuperarse Tomando en cuenta todos los recursos. Progresivamente va perdiendo intensidad del sentimiento de dolor, miedo y con la aceptación interna de la pérdida. Si es de tipo dependiente; la duración suele ser mayor. La aceptación y la disposición a incorporarse a la vida será muy difícil. El aprender hacer las cosas que antes no hacia, a relacionarse de otra manera. El adaptarse al mundo le será imposible o difícil. Es necesario facilitar ayuda profesional.

En estos momentos los adolescentes se encuentran con estrés, pueden estar más vulnerables a enfermarse y las reacciones del duelo ejercen una influencia en todos los niveles de la persona:

- Reacciones a nivel físico
- Reacciones a nivel emocional
- Reacciones a nivel cognitivo
- Reacciones a nivel social
- Reacciones a nivel conductual

### **Reacciones a Nivel Físico**

- Opresión torácica y de garganta
- Opresión gástrica
- Sensación de falta de aire
- Boca seca
- Dolor de Cabeza
- Insomnio
- Pérdida de apetito

- Astenia (falta de fuerzas)

### **Reacciones a Nivel Emocional**

- Tristeza
- Miedo
- Ansiedad
- Ira
- Soledad
- Sentimiento de culpa
- Rechazo
- Depresión
- Desánimo

### **Reacciones a Nivel Cognitivo**

- Dificultad para concentrarse
- Falta de interés por las cosas
- Ideas repetitivas, generalmente tienen que ver con la persona fallecida.

### **Reacciones a Nivel Conductual**

- Resentimiento
- Aislamiento Social
- Abandono
- Desamparo
- Abandono del cuidado de sí mismo

Al reconocer las reacciones de cada adolescente en los diferentes niveles, permite proporcionar ayuda adecuada, en el proceso de duelo.

### **Primera etapa**

Es vital que el adolescente comience a reconocer plenamente la realidad de quién ha perdido. Quién era su ser amado. Cómo era su relación con su ser amado. Qué importante es y fue en su vida.

### **Segunda etapa**

Permitir al adolescente sentir la pérdida. El conciente de su pérdida. No es malo llorar. Enseñe al adolescente esperar sentimientos diferentes. A encontrar sentimientos de negación, distracción, aturdimientos, ira, culpa y muchos más. Se supera en un período de seis meses. Si estos sentimientos continúan por un período prolongado de tiempo e inhibe el funcionamiento normal en la vida, le indica que el adolescente se ha quedado en una etapa de

aflicción con el sentimiento de nunca acabar. Necesitando ayuda profesional para comenzar de nuevo.

### **Tercera etapa**

Es aprender a vivir con la pérdida. Enfrentar una pérdida, hace madurar. El tener de nuevo una oportunidad para un cambio positivo. El descubrir cómo es realmente su carácter. El adaptarse sin la persona amada. El hacer cosas que antes no hacía. El hacer cosas sin la persona amada. Nadie es igual después de experimentar una pérdida significativa.

### **Cuarta etapa**

Es aceptar la nueva situación. Disposición de seguir adelante. Establecer metas a corto plazo, largo plazo es importante para el ajuste emocional. Volver a empezar con las rutinas diarias. Asistir a eventos sociales.

### **Quinta etapa**

Mantener sus relaciones interpersonales. Participar activamente. No traiciona a su ser querido si se ríe. En esta etapa prevalecen los sentimientos de soledad y abandono. Importante invertir de nuevo en las relaciones con amigos, amigas y lo más importante con la familia. Tener encuentros con personas que sufren. Enseñar a los adolescentes, quienes han experimentado una pérdida están capacitados para ayudar a otros en el dolor. Compartir consuelo.

### **Sexta etapa**

Invertir de nuevo en el amor. Dar de nuevo la oportunidad de comprobar la realidad. Esta etapa es el mejor indicador que la etapa final de duelo ha concluido con el dolor y sufrimiento de la pérdida del ser amado. Es el regreso del deseo de amar de nuevo. Rehusarse a amar es una señal de que tenemos miedo de perder a otra persona. Confianza en el amor de Dios. Considerar la pérdida como una experiencia de crecimiento. Adquirir la conciencia que la separación permite ser mejores personas en el proceso de cambio.

"Quién tiene un porqué para vivir puede soportar casi cualquier cómo"  
Nietzsche.



## SUGERENCIA PARA MANEJAR "LA DEPRESION"

Es necesario enseñar al paciente adolescente la importancia de conocer la depresión y cómo manejarla. Explicarle el modelo cognitivo de las emociones y después la depresión. Identificando los pensamientos negativos.

La Depresión es un estado de ánimo triste, de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión. Pérdida del placer o del gusto de realizar actividades. La Terapia Cognitiva-Conductual trabaja con la depresión desde un punto de vista cognitivo, y considera tres aspectos importantes para entenderla.

1. El Concepto de tríada Cognitiva
2. Los esquemas de la Depresión
3. Las distorsiones cognitivas predominantes.

### 1. El Concepto de tríada Cognitiva

Consiste en distorsiones de las áreas Emocionales: tristeza, desánimo, ansiedad, ira y soledad. Cognitivo-Conductual: aislamiento social, abandono, resentimiento. Dependencia, conducta suicida. Físico: astenia, boca seca, pérdida o aumento de peso, trastornos de sueño.

- Visión negativa acerca de sí mismo. El cómo se mira, atribuye todas las experiencias desagradables por un defecto propio. Carece de valor propio, aceptado todas las consecuencias negativas como origen a sus defectos.
- Visión negativa de las experiencias.  
Atribuye que le exigen demasiado. El mundo y las personas demandan del paciente y se siente incapaz de realizar alguna actividad. Se derrota fácilmente a causa de la frustración.
- Visión negativa del futuro.  
Se anticipa a las dificultades y le produce una inhibición psicomotriz. Sus pensamientos de rechazo y de fracaso le impiden tener una expectativa positiva del futuro.

## **2. Los esquemas de la Depresión**

Consiste en los esquemas del pensamiento que lo llevan a la depresión. El sentimiento de no ser amado generaliza toda la causa-efecto. Distorsiona todas las situaciones. Conceptualiza en forma distorsionada todas las consecuencias de acuerdo a sus procesos del pensamiento negativo.

## **3. Las distorsiones cognitivas predominantes**

Se refiere cuando los adolescentes no logran conceptuar los pensamientos. El organizarlos a la realidad le resulta difícil. La organización de sus pensamientos no encuentra el equilibrio. Son muy infantiles o maduros.

## RESUMEN

El Suicidio en adolescentes, es el acto de desesperación, es un homicidio intencional que lo realiza en un momento que no desea seguir viviendo. Es un problema, que puede afectar a cualquier familia, a distintas clases sociales y diferentes países. Guatemala no es la excepción. Actualmente se ha incrementado, la cifra de adolescentes que intentan poner fin a sus vidas. Fue necesario realizar un estudio de casos para analizar la conducta suicida en los adolescentes, así reconocer las señales de un suicidio en potencia. Saber cómo reaccionar para impedir que ocurra. Este estudio de casos, da a conocer las vidas de diez adolescentes. Seis de género femenino y cuatro de género masculino, que han pasado por la conducta suicida que les impulsó a una autodestrucción. Con el propósito de salvar la vida del adolescente que está pensando en suicidarse, se establecieron los signos y síntomas a través de una entrevista profunda con el paciente, familiares y amigos. Se identificó la Depresión como primer síntoma seguido de la baja autoestima, adoptando una conducta dependiente. Se logró identificar las señales que emiten los adolescentes antes de atentar contra su vida. Se facilitó un tratamiento psicoterapéutico con los principales aportes de la teoría Cognitiva-Conductual.