

MODALIDAD PRESENCIAL
DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)
DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

PROBLEMA:

VIOLENCIA FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCTA DE UN NIÑO
DE 10 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD EDUCATIVA LA RONDA EN LA
CIUDAD DE BABAHOYO

AUTORA:

BRENDA JULIANA CABEZAS CABEZAS

TUTOR:

Msc. WALTER ADRIAN CEDEÑO SANDOYA

RESUMEN

El presente estudio de caso se realizó con el objetivo de determinar la influencia de la violencia familiar en la conducta de un niño de 10 años, en la Unidad Educativa la Ronda en la ciudad de Babahoyo. De tal manera, la metodología utilizada en este trabajo está dirigida a la investigación cualitativa de las variables tales como: Violencia familiar y la conducta de un niño las cuales se encuentran expuestas en el presente estudio de caso, por otra parte se encontró necesario el uso de técnicas de la Terapia Cognitiva Conductual, con la finalidad de que el objetivo planteado logre los requerimientos de un pronóstico favorable de tal manera que el paciente supere su problema y mejore su calidad de vida tanto personal como social.

Palabras clave: Violencia, familiar, Conducta, pensamientos.

ABSTRACT

This case study was carried out with the objective of determining the influence of family violence on the behavior of a 10-year-old child, at the La Ronda Educational Unit in the city of Babahoyo. In this way, the methodology used in this work is aimed at the qualitative investigation of variables such as: Family violence and the behavior of a child which are exposed in the present case study, on the other hand it was found necessary to use of Cognitive Behavioral Therapy techniques, in order that the proposed objective achieves the requirements of a favorable prognosis in such a way that the patient overcomes his problem and improves his personal and social quality of life.

Keywords: Violence, family, Behavior, thoughts.

INDICE

Contenido

DEDICATORIA	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO	¡Error! Marcador no definido.
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICADO FINAL DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRACTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIA A LA SUSTENTACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICADO DE SAI	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN	II
ABSTRACT	III
INDICE	IV
INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO	2
Justificación	2
OBJETIVO	2
SUSTENTO TEORICO	3
Violencia familiar	3
Conducta del niño	7
TÉCNICAS PARA LA RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN	12
RESULTADOS OBTENIDOS	14
SITUACIONES DETECTADAS	17
SOLUCIONES PLANTEADAS	20
CONCLUSIONES	22
RECOMENDACIONES	23
BIBLIOGRAFIA	24
ANEXOS	28

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso se enfoca en la violencia familiar y su influencia en la conducta de un niño de 10 años, en la Unidad Educativa la Ronda en la ciudad de Babahoyo, el cual se encuentra inmerso en una línea investigativa Clínica y Forense de la carrera de psicología enfocada a una sub-línea desde un ámbito de Intervención Familiar Sistémica.

El presente estudio de caso indago aportes científicos con la finalidad de establecer las bases que darán peso a este estudio, todo esto se lleva a cabo mediante la indagación de las variables, violencia familiar y la conducta de un niño de 10 años, con el objetivo de analizar si dicha violencia influye de forma directa a que un niño de 10 años manifieste indicadores para una conducta inapropiada a su edad.

La presente intervención psicológica, cuenta con la determinación de trabajar en beneficio del paciente, mediante el uso de métodos e instrumentales psicológicos acordes a las necesidades que manifieste el usuario, la institución y la familia, por lo tanto, esta exploración va dirigida a indagar si la violencia Familiar influye en la conducta de un niño de 10 años, por consiguiente, en la relación familiar y en el rendimiento académico del menor.

Este estudio de caso cuenta con la validez científica de sus variables, por otra parte, se consideró el uso de pruebas psicológicas, “HTP”, “test de ansiedad de Hamilton” y el “test de depresión de Beck”. Además, se incorporó una Entrevista clínica, semiestructurada y la observación directa con el objetivo de que la intervención adquiriera credibilidad y se identifique aquellos factores de la violencia familiar que probablemente influyan en la conducta del paciente.

DESARROLLO

Justificación

El presente estudio de caso encuentra importante indagar los factores de la violencia familiar que influyen en la conducta de un niño de 10 años en la Unidad Educativa la Ronda en la ciudad de Babahoyo. Determinar si el paciente manifiesta indicadores de una conducta que ponga en riesgo su bienestar físico o psicológico.

Los beneficios del presente estudio de caso van encaminados a identificar si la violencia familiar influye en la conducta del paciente, implementar una intervención psicológica mediante técnicas cognitivas conductuales con el objetivo de modificar posibles riesgos en su conducta, mejorar su bienestar psicológico y de la familia. Permitiendo de esta manera beneficiar al paciente y la institución.

La violencia familiar es un tema que se ha mantenido a lo largo de la historia, probablemente es una de las causas principales por las cuales los niños manifiestan cambios en su conducta. Por esta razón este trabajo investigativo presenta a la sociedad un estudio que cita los aportes científicos de autores comprometidos a estudiar más a profundidad las variables expuestas en este trabajo investigativo.

El presente estudio de caso justifica la factibilidad de sus variables, dado que en la actualidad podemos encontrar en internet y libros una gran cantidad de información con validez y confiabilidad científica. Además, es importante resaltar el apoyo que nos ha brindado la institución y la familia del paciente para identificar si su conducta se ve influenciada por la violencia familiar.

OBJETIVO

Determinar la influencia de la violencia familiar en la conducta de un niño de 10 años, en la Unidad Educativa la Ronda en la ciudad de Babahoyo.

SUSTENTO TEORICO

Violencia familiar

Actualmente los niveles de violencia han alcanzado índices altísimos de afectación en niños y adolescentes; en consecuencia, el buen desarrollo físico y mental de los individuos se ve afectado, según lo indicó, la reconocida organización Save the children (2016). Además, de acuerdo con UNICEF (2018), existen muchos casos de menores que son víctimas de violencia a nivel físico y psicológico proveniente de sus progenitores o parientes cercanos, lo preocupante es que este comportamiento puede ser aceptable dependiendo de la idiosincrasia de cada grupo social; puesto que, en muchas ocasiones estos comportamientos pueden llegar a ser considerados medios para disciplinar o educar a los niños.

Existen alrededor de 100 millones de casos de violencia a nivel físico, psicológico y sexual hacia los menores, según reportó la Organización Mundial de la Salud (2017), un menor es asesinado cada 7 minutos en alguna parte del mundo, víctima de violencia. Las edades más vulnerables frente a estos casos oscilan entre los 15 y 19 años. Los países que mantienen los más altos ratios de homicidios en niños y adolescentes provenientes de violencia en el hogar son El Salvador, Venezuela, Honduras, Colombia y Brasil.

A nivel nacional, la situación es alarmante, pues cada vez son más los casos que se presentan por temas de violencia a mujeres, niños y adolescentes en el Ecuador.

Para empezar, se entiende que etimológicamente la palabra “violencia” proviene del latín vis = fuerza y latus = transportar o llevar; lo que según Trujillo (2009),

significa emanar fuerza a algo o alguien. En efecto, la Real Academia de la Lengua Española (2021), la define como el proceder antinatural o violento.

Ahora bien, la violencia familiar es concebida, de acuerdo con Corsi (1997), como el vínculo de agresión que se desarrolla de forma cíclica y permanente entre integrantes de un núcleo familiar o que mantienen algún parentesco. Asimismo, refiere que se trata de un problema social que se desencadena en respuesta al contexto en donde se vive; ante lo mencionado, Bandura (1982).

La Organización Mundial de la Salud (2020), advierte que cualquier acto que ejerza la fuerza física o violenta, a través de gritos, intimidaciones o amenazas a cualquier integrante de la familia es denominado “violencia familiar”; debido a que, existe una víctima y un victimario. El individuo que se encuentre sometido en este escenario sufrirá daños a nivel psicológico, físico y en muchos casos se puede llegar hasta la muerte. Por su parte, Altamirano y Castro (2013), sostienen que la violencia dentro de la familia puede ser física o psicológica, pues, se puede proyectar desde un empujón hasta lesiones graves que afectan la salud o por la emisión de palabras despectivas e insultos.

García y Guerrero (2016), postulan que la violencia familiar se ha presentado desde los inicios de la sociedad, en consecuencia, de la cultura de patriarcado que sometía el papel de la mujer como inferior al hombre, al pasar de los años la violencia se evidenció de padres a hijos, de hijos a padres o entre hermanos.

La familia es el contexto base y fundamental para el desarrollo psicológico, emocional y físico de todo ser humano, especialmente, en los primeros años de vida donde se forman, desarrollan, solidifican y consolidan las bases de la personalidad del niño y adolescente. En tal sentido, la familia es considerada la célula base de toda sociedad. No obstante, Cutipa y Gonzales (2021), quienes hacen referencia a Schmidt y

Berger (2013), sostienen que la violencia familiar es una problemática que involucra varios aspectos, de los cuales pueden entenderse distintos tipos como violencia física, psicológica y sexual.

Tipos de violencia

Violencia física

Todo lo que implique actos que atenten físicamente y que sean evidenciados, a través de, lesiones, quemaduras, golpes, fisuras, etc. de manera intencional para dañar a un individuo, es considerado para Bardales y Huallpa (2009), como “violencia física”. Lo que concuerda con lo indicado por la Organización Panamericana de la Salud (2016), cuando menciona que toda actitud intencionada a generar daños físicos dentro del entorno familiar genera efectos negativos en el desarrollo del ser humano.

Cuando nos referimos a violencia a nivel corporal, podemos entender que se puede dar de manera directa, a través, del contacto físico que tiene como consecuencia lesiones o también se puede dar cuando se somete a un individuo para limitar su movimiento o privarla de su libertad.

Existen varias causas que tienen como consecuencia las acciones violentas a nivel físico, en lo que se refiere al ámbito familiar, se puede mencionar, la presencia del alcoholismo, drogadicción, falta de manejo en las emociones con respecto al actuar de los niños.

Violencia Verbal

Para definir este tipo de violencia, Santana et al. (1998), refieren que es todo comportamiento que vaya en contra de la estabilidad psíquica y emocional de la

persona y que afecte el desenvolvimiento académico, social y familiar de los niños. Por otro lado, Castillo (2016), sostiene que toda acción que busque la deshonra, menosprecio, degradación u ofensa de una persona de manera prolongada bajo chantaje o incitación para dominar o someter a un individuo es considerado violencia psicológica. En definitiva, el perturbar o generar inestabilidad emocional y psicológica a un individuo afecta considerablemente su desempeño a nivel mental.

Aunque en este tipo de violencia no existe agresión física, los daños que pueden causarse a nivel emocional son intensos y tienen consecuencias a lo largo de la vida de la víctima. La violencia psicológica, es peligrosa por la manera sutil y casi imperceptible en que se puede presentar, la persona que es violentada psicológicamente a menudo no se da cuenta hasta que los descalificativos o desvalorizaciones se vuelven evidentes y la víctima se encuentra bajo control o coacción frente al victimario.

Los actos de violencia a nivel psicológico recaen directamente en la parte sublime del ser humano, en otras palabras, recae en la psique, razón y juicio de la persona y sus huellas no pueden ser apreciadas de forma física, pero se podrán evidenciar en las conductas que el sujeto o víctima adopte en las diferentes situaciones de los escenarios de su vida.

Dentro del contexto de la familia, la violencia psicológica se puede dar de padres a hijos o entre cónyuges cuando se emiten palabras ofensivas entre ellos, hay que tener en cuenta, que en muchos casos el uso de adjetivos peyorativos puede ser entendido como un lenguaje o accionar normal dentro de los integrantes de la misma.

Violencia sexual

Llaja y Silva (2016), afirman que toda actividad que no esté bajo consentimiento y que englobe acciones contra el pudor e integridad de la persona, que

involucre el roce o tocamiento corporal, exposición a pornografía o abuso sexual corresponde a la violencia sexual. Por su parte la Organización Mundial de la Salud (2021), enfatiza que toda coacción para consumir el acto sexual, en cualquier ámbito, sin importar el parentesco que se tenga con la víctima es abuso, ya sea con o sin contacto físico. Entendiéndose por coacción a la utilización de argumentos de extorsión o intimidación mental para obtener un fin en específico.

Lamentablemente, en Latinoamérica sólo el 5% de las víctimas de violencia sexual han denunciado a las autoridades el abuso que han sufrido, dentro de las principales razones que explican el silencio de las personas abusadas sexualmente, se encuentran, instituciones de apoyo no adecuadas, los sentimientos de temor, miedo y rechazo por ser juzgadas, criticadas o culpadas por lo sucedido.

Conducta del niño

Tiquilihuanca (2019), define la conducta como el colectivo de actos a nivel afectivo y cognoscitivo que realiza el ser humano, además, corresponde a la forma en la que el individuo se comunica e interrelaciona con los personajes de su contexto. En los primeros años de edad, los niños adquieren su modelo de comportamiento, a partir, de las actitudes que los adultos de su entorno tienen con respecto a los distintos escenarios. Los menores tienden a imitar o repetir lo que perciben en su entorno familiar, social y académico.

Del Castillo y Larios (2020), conceptualizan la conducta del niño como el reflejo obtenido, de acuerdo, al grado de influencia de las actitudes de sus progenitores, lo que genera su propio comportamiento. Cuando el niño se ve expuesto a situaciones alteradas en el normal desarrollo familiar, social o académico que no son asertivas y que

incurren en algún tipo de violencia, se pueden generar problemas de conducta. Las autoras clasifican los problemas de conducta en tres tipos:

Conductas pasivas

Con respecto a este tipo de comportamiento, los niños muestran un perfil calmado y tolerante a las situaciones que se les presentan en su diario vivir, aceptan las opiniones, comentarios o críticas de los otros y no les genera mayor estímulo. Mantienen su postura, pero no entran en conflictos ni disertaciones.

En muchos casos, los niños tienden a ser tímidos y retraídos, aislándose de su grupo para sumergirse en sus propias ideas, pensamientos y sentimientos. Los menores no tienen facilidad para relacionarse, y cuando lo hacen pueden generar relaciones interpersonales de dependencia emocional.

Conductas asertivas

En esta forma de actuar, el niño es capaz de utilizar comunicación eficaz en todos los contextos en los que se desarrolla y puede expresar sus opiniones, sentimientos, emociones y postulados en los distintos niveles del lenguaje: Hace uso de recursos verbales y no verbales para transmitir su mensaje y lo que quiere emitir a la o las personas que lo escuchan. Es un niño que expresa lo que necesita y lo que quiere de manera diplomática, cordial y está dispuesto a escuchar los argumentos de los otros educadamente y con la mente abierta. Los individuos que accionan asertivamente defienden sus posturas y derechos, sin trasgredir a otros niños.

Los niños que presentan conductas asertivas se han desarrollado en ambientes familiares integrales, con parientes que han creado un buen clima dentro del

hogar. En este tipo de contextos, cada miembro de la familia respeta el rol y las funciones de cada integrante del hogar, sus conductas están basadas en valores y en las buenas costumbres.

Conductas agresivas

Los menores que accionan agresivamente tienden a hacer uso de gritos, coacciones y momentos de ira para conseguir su propósito o expresar lo que necesitan. Los niños agresivos son intolerantes, comunican sus requerimientos de forma irrespetuosa con sus pares o con adultos; sus actitudes pueden ir desde el uso de lenguaje inapropiado hasta las agresiones físicas hacia los otros.

Ante lo planteado, Custodio (2019), manifiesta, el niño puede evidenciar contrariedades en su conducta en cualquiera de las etapas de su vida, pese a ello, los tutores han advertido este tipo de situaciones como accionares agresivos.

Los menores que evidencian este tipo de conductas reciben estímulos de violencia desde su entorno más cercano, que puede ser la familia o la escuela, de allí es que el infante adopta estos comportamientos en los distintos ambientes en los que se desarrolla a nivel académico, social, emocional, psicológico y físico.

Influencia de la violencia familiar en la conducta del niño

Un ambiente que es sometido a un estímulo ya sea positivo o negativo, tiene efectos que se verán reflejados en los distintos aspectos del mismo. Alcázar y Ocampo (2016), manifiestan que las consecuencias que puede tener la violencia dentro de la familia en un individuo dependen de la etapa de vida en la que este se encuentre. En la niñez se puede afectar de manera negativa el progreso escolar, social, psicológico y

físico del menor, en consecuencia, un niño expuesto a situaciones de violencia doméstica desarrollará comportamientos violentos, asociales e intolerantes. Al respecto, García (2018), sostiene que la víctima tendrá problemas para desarrollarse adecuadamente en su vida social, ya que, presentará sentimientos de temor, intimidación, falta de confianza, falta de empatía, lo que hará que se aísle de grupos amicales y familiares.

Ante este panorama la Organización Mundial de la Salud (2021), enfatiza que los menores que crecen en hogares donde se presencian actos de violencia van a sufrir disimiles trastornos de conducta y emocionales, que incurrirán, en la adquisición de acciones violentas cuando establezcan sus propios hogares. Asimismo, se ha notado que la tasa de muertes en lactantes e infantes aumenta cuando existe presencia de violencia intrafamiliar, puesto que, los niños que se encuentran bajo este estímulo padecen infecciones diarreicas, problemas de nutrición y déficit de respuesta en el sistema inmunológico.

Por otro lado, se ha encontrado que la violencia familiar afecta la resiliencia de los niños, tal y como se demostró en el estudio realizado por Gutiérrez (2019), los menores pierden la capacidad de enfrentarse a situaciones de presión o traumáticas, su sentido de respuesta frente a este tipo de situaciones es deficiente y no tolera situaciones de alto estrés. Esto conlleva a que el niño se sienta frustrado, temeroso, débil o poco capaz en los distintos roles que desempeña en su vida.

Por su parte Jaramillo (2017), es enfático en afirmar que los actos violentos entre los miembros de la familia afectan directamente la autoestima del niño. El menor tiende a tener sentimientos de rechazo hacia el mismo, no es capaz de ver por completo su valía y se disminuye moralmente. El no tener la confianza suficiente en sí mismo, hace que no potencie sus capacidades académicas, emocionales, creativas, físicas,

sociales, etc. siendo su psiquis el principal obstáculo para que logre su máximo desarrollo integral.

Siendo que la violencia en el hogar afecta la resiliencia y la autoestima, definitivamente los niveles de felicidad presentados por el niño son bajos, lo que conlleva de acuerdo con lo estudiado por Arequipeño y Gaspar (2017), a que existan mayores índices de depresión infantil. El menor, no desarrolla las actividades que le corresponden a la etapa de vida en la que se encuentra, por el contrario, el niño no es capaz de expresarse con facilidad, lo que lo vuelve una persona introvertida o tímida.

Los actos de violencia a nivel doméstico son un detonante para el progreso de las afecciones mentales, ya que, los niños al no poseer herramientas que les permitan tener la capacidad de afrontar situaciones de alta intensidad emocional se convertirán en adultos que no controlen sus emociones adecuadamente, lo que aumenta la manifestación de dificultades en la salud psíquica.

Finalmente, a luz de lo manifestado la violencia familiar afecta indiscutiblemente los diferentes aspectos de la vida los niños influyendo directamente en su conducta y en las manifestaciones de la misma en los disímiles escenarios en los que los sujetos se han de desempeñar. Asimismo, hay que tener en cuenta que dicotómicamente en estos contextos, al carecer de violencia los infantes, van a poder desarrollarse significativamente de manera integral.

TÉCNICAS PARA LA RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

Historia Clínica.

En el presente estudio de caso fue necesario el uso de una historia clínica, ya que es considerada como una de las técnicas más importantes de la psicología para recopilar información acerca de varios aspectos relevantes del paciente.

Por consiguiente, con fecha 20 de julio del 2021 a las 11:30 de la mañana, Paciente de 10 años, etnia mestizo y estatura de 1.50 metros asistente a consulta por voluntad propia al departamento del DECE de la Unidad Educativa la Ronda expresando “Desde que soy pequeño me da temor estar cerca de desconocidos, que alguien grite, suenen cosas fuertes, que me queden mirando y que golpeen a alguien, mi padre siempre pelea con mi madre y se desquita conmigo”, por lo tanto se efectuó la atención psicológica con el objetivo de indagar los factores que se relacionan al motivo de consulta del menor, además, se ejecutó una entrevista para evaluar puntos importantes como: antecedentes familiares, historia personal y antecedentes de problemas psicológicos.

Además, se realizó una evaluación del estado mental del infante para determinar o descartar problemas cognitivos, esto se lo realizó mediante la observación directa y una serie de preguntas que nos permitieron determinar estos aspectos importantes del estado mental del paciente. De igual manera fue preciso implementar un esquema sindrómico que nos ayudó a identificar de forma ordenada aquellos signos y síntomas que refirió el infante durante la primera sesión y posteriores todo esto se registró con el objetivo de determinar el evento precipitante, tiempo de evolución y todos los factores predisponentes que influyen a que el paciente manifieste una conducta que no está acorde a su edad.

Entrevista semiestructurada.

Al igual que la historia clínica esta técnica es muy importante al momento de una intervención psicológica, comparten un mismo objetivo el cual va dirigido a establecer una buena relación terapéutica con el paciente, instaurar la confianza necesaria la cual nos ayudara a indagar más a profundidad sobre el padecimiento actual del paciente los factores que influyen y cuáles serían los indicadores de posibles problemas psicológicos todo esto se realiza mediante el uso de preguntas previamente elaboradas.

Reactivos y técnicas psicológicas.

“Escala de ansiedad de Hamilton”: Es un cuestionario que tiene como objetivo valorar de manera clara el rango de interacción social y desempeño del paciente en situaciones ansiosas, consta de 14 ítems. Cada uno de ellos están dirigidos de acuerdo con una situación a considerar y que debe ser puntuada en proporción a la relación de la ansiedad.

“Test de depresión de Beck”: Cuestionario auto aplicado de 21 ítems encargado de asignar el grado de depresión que manifiesta el paciente ante una o varias situaciones externas.

RESULTADOS OBTENIDOS

Paciente de 10 años, etnia mestizo y estatura de 1.50 metros asistente a consulta por voluntad propia al departamento del DECE de la Unidad Educativa la Ronda expresando “Desde que soy pequeño me da temor estar cerca de desconocidos, que alguien grite, suenen cosas fuertes, que me queden mirando y que golpeen a alguien, mi padre siempre pelea con mi madre y se desquita conmigo”

Por lo tanto, en la presente intervención psicológica se consideró trabajar con el paciente durante cuatro sesiones, además fue necesario el uso de la terapia cognitivo conductual.

Primera Sesión 20/07/2021 Hora de atención 11:30 am.

Paciente refiere “hace 1 año que él me golpeo muy fuerte que fracturo mi tabique, bote mucha sangre y desde entonces mi miedo ha aumentado y créame licenciada ya estoy cansado de sentirme mal, evito a mi padre no puedo estar cerca de mi padre y peor de desconocidos, no puedo tener gente extraña cerca mío, mi mamá está al tanto de cómo me siento y siempre trata de apoyarme porque ella vive conmigo y observación lo violento que es papá conmigo, también es así con ella, no me relaciono con nadie y me pongo muy nervioso al solo pensar en que tengo que exponer en clase, una sola vez lo hice y me quede a medias”.

Paciente Menciona además que con respecto al maltrato físico que reciben por parte de su padre, la madre no ha optado por medidas legales “no puede dejar a ese hombre malo”. Por otra parte, su padre es una persona alcohólica que a diario está bajo los efectos de este, por tal razón el paciente experimenta miedo y ansiedad a diario.

Segunda Sesión 24/07/2021 Hora de atención 11:30 am.

Paciente de 10 años de edad refiere que hace 1 año a partir del maltrato físico aplicado por su padre hacia su persona, empezó a sentir temor intenso, ansiedad, nerviosismo, evita a las personas extrañas y en especial a su padre, cuando él está en casa me pongo mal y quiero irme donde sea que no esté él. Se imagina constantemente distintas formas donde es avergonzado por los demás, y presenta exceso de sudoración y también presenta falta de atención. Asimismo, se le dificulta conciliar el sueño porque piensa que lo van a agredir mientras está dormido. Además, no tolera ser observado cuando come y no puede exponer en público o hablar. Por tal razón se aísla de todas las personas, excepto de su madre y hermana pequeña.

Tercera Sesión 26/07/2021 Hora de atención 11:30 am.

En esta sesión fue necesario indicar al paciente que la activación de sus emociones, de la sintomatología ansiosa y la respuesta del miedo son normales, que estos indicadores se presentan ante cualquier estímulo que ponga en riesgo su vida, estado físico y psicológico

Además, se procedió a ejecutar la **“Escala de ansiedad de Hamilton”** y el **“Test de depresión de Beck”**

Cuarta Sesión 28/07/2021 Hora de atención 11:30 am.

Después de reconocer los datos de las sesiones anteriores se pudo identificar que el paciente presenta una conducta desadaptativa a su entorno, esto se ve reflejado en los resultados de las pruebas que permitieron detectar rasgos de un trastorno de ansiedad social provocada por factores de riesgo en la violencia familiar que se presenta en su

entorno. Por tal motivo, esta sesión se encamino puntualmente en registrar aquellos pensamientos automáticos que refiera el paciente y que influyan en su estado emocional y por ende su conducta.

Quinta Sesión 30/07/2021 Hora de atención 11:30 am.

La presente sesión se encamina al uso de técnicas cognitivas conductuales que permitan ejecutar una reestructuración cognitiva de los pensamientos y la conducta del paciente logrando cambiar su estilo de vida y mejorar su bienestar físico y psicológico.

Sexta y última Sesión 02/08/2021 Hora de atención 11:30 am.

En esta última sesión se siguió trabajando con la reestructuración cognitiva la cual contempla las siguientes técnicas: La formación al paciente acerca de los pensamientos ansiosos, Recogida de evidencias y Análisis de los costes-beneficios. Anticipación de los eventos que producen pensamientos ansiosos e identifique soluciones alternativas, Paciente compruebe la veracidad de su pensamiento en su contexto ya que esta técnica de la TCC necesita de varias sesiones para cumplir su objetivo principal, que el paciente presente cambios importantes para mejorar su situación actual.

SITUACIONES DETECTADAS

Paciente de 10 años, etnia mestizo y estatura de 1.50 metros asistente a consulta por voluntad propia al departamento del DECE de la Unidad Educativa la Ronda expresando “Desde que soy pequeño me da temor estar cerca de desconocidos, que alguien griten, suenen cosas fuertes, que me queden mirando y que golpeen a alguien, mi padre siempre pelea con mi madre y se desquita conmigo, aunque creo que me los merezco, lo más feo que me hizo fue hace 1 año que él me golpeo muy fuerte que fracturo mi tabique, bote mucha sangre y desde entonces mi miedo ha aumentado y créame licenciada ya estoy cansado de sentirme mal, evito a mi padre no puedo estar cerca de mi padre y peor de desconocidos, no puedo tener gente extraña cerca mío, mi mamá está al tanto de cómo me siento y siempre trata de apoyarme porque ella vive conmigo y observación lo violento que es papá conmigo, también es así con ella, no me relaciono con nadie y me pongo muy nervioso al solo pensar en que tengo que exponer en clase, una sola vez lo hice y me quede a medias”.

Menciona además que con respecto al maltrato físico que reciben por parte de su padre, la madre no ha optado por medidas legales “no puede dejar a ese hombre malo”. Por otra parte, su padre es una persona alcohólica que a diario está bajo los efectos de este, por tal razón el paciente experimenta miedo y ansiedad a diario.

Paciente de 10 años refiere que hace 1 año a partir del maltrato físico propinado por su padre hacia su persona, empezó a sentir temor intenso, ansiedad, nerviosismo, evita a las personas extrañas y en especial a su padre, cuando él está en casa me pongo mal y quiero irme donde sea que no esté él. Se imagina constantemente distintas formas donde es avergonzado por los demás, y presenta exceso de sudoración y también presenta falta de atención. Asimismo, se le dificulta conciliar el sueño porque piensa que lo van a agredir mientras está dormido. Además, no tolera ser observado cuando come y no puede

exponer en público o hablar. Por tal razón se aísla de todas las personas, excepto de su madre y hermana pequeña.

Por otra parte, en la entrevista semiestructurada se pudo registrar que la violencia familiar si influye negativamente en la conducta del infante, esto se pudo evidenciar en la inquietud y nerviosismo que manifestó el paciente a lo largo de la sesión y a medida que se realizaban las preguntas acerca de su entorno familiar.

Después de haber ejecutado una evaluación mediante **“Escala de ansiedad de Hamilton”** y el **“Test de depresión de Beck”**, se detectó los siguientes resultados:

Se aplicó al paciente la Escala de ansiedad de Hamilton donde se obtuvo como resultado una puntuación de 25 equivalente a una ansiedad moderada/grave. Por otra parte, la escala de depresión de Beck tuvo como puntuación 9 equivalente a una mínima depresión

De la misma forma se pudo registrar en la cuarta sesión los siguientes pensamientos automáticos: “Mi padre siempre pelea con mi madre y se desquita conmigo, aunque creo que me lo merezco”, “Me pongo muy nervioso al solo pensar en que tengo que exponer en clase”, Pensamientos con respecto al padre “cuando él está en casa me pongo mal y quiero irme donde sea que no esté él”.

Registro del estado mental del paciente.

Cognitivo: Falta de atención

Afectivo: Miedo, Falta de tolerancia, Baja autoestima

Pensamiento: Maximización

Conducta social – escolar: Evitación, Aislamiento.

Somática: Nerviosismo, Insomnio, Sudoración

El Diagnostico estructural no muestra que el paciente presenta un **F40.10 Trastorno de ansiedad social (fobia social)** además de Otras circunstancias relacionadas con el maltrato físico infantil codificado con código **Z62.810 Historia personal antecedentes de maltrato físico infantil.**

SOLUCIONES PLANTEADAS

Hallazgos	Áreas Afectadas	Técnica	Meta Terapéutica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
“Mi padre siempre pelea con mi madre y se desquita conmigo, aunque creo que me lo merezco”	Pensamiento	La formación al paciente acerca de los pensamientos ansiosos	Ayudar al paciente que logre identificar aquellas situaciones que le generan ansiedad.	1	28/07/2021	Se logro que el paciente identifique las situaciones que le generan ansiedad
“Me pongo muy nervioso al solo pensar en que tengo que exponer en clase”		Recogida de evidencias y Análisis de los costes-beneficios.	Que identifique evidencias a favor o en contra del pensamiento generado por la amenaza además de sus ventajas y desventajas.	1	28/07/2021	Se logro que el paciente identifique las ventajas y desventajas de sus pensamientos de tal manera que pueda afrontar dichas amenazas.
“En ocasiones me cuesta concentrarme y me pierdo”		Anticipación de los eventos que producen pensamientos ansiosos e identifique soluciones alternativas	El paciente pueda reconocer sus recursos de tal manera que pueda afrontar dicho pensamiento con la finalidad de que identifique posibles soluciones.	2	30/07/2021	Se logro que el paciente reconozca los recursos de su entorno además de se consiguió un cambio mediante soluciones para afrontar el foco de amenaza de su ansiedad.

<p>“Cuando él está en casa me pongo mal y quiero irme donde sea que no esté él”.</p>		<p>Paciente compruebe la veracidad de su pensamiento en su contexto</p>	<p>Que el paciente la veracidad de dicho pensamiento mediante indagaciones científicas y tareas en casa.</p>	<p>1</p>	<p>02/08/2021</p>	<p>Con esta sesión se logró que el paciente reconozca la veracidad de sus pensamientos es decir que ponga en evidencia las desventajas de dicho pensamiento.</p>
--	--	--	--	----------	--------------------------	--

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente estudio de caso se lograron gracias al objetivo el cual se encamino en Determinar la influencia de la violencia familiar en la conducta de un niño de 10 años, en la Unidad Educativa la Ronda en la ciudad de Babahoyo, esto se puede evidenciar en la mejoría notable del niño para enfrentar situaciones que ponen en riesgo su bienestar psicológico.

Para el presente estudio de caso fue necesario que se trabaje con un plan terapéutico el cual consta de técnicas de la Terapia Cognitiva Conductual dirigidas al tratamiento de los pensamientos automáticos que influyen a que el niño de 10 años adopte una conducta desadaptativa en su entorno familiar.

La Terapia Cognitiva Conductual permitió que la intervención psicológica realizada mediante una reestructuración cognitiva de los pensamientos del paciente de 10 años, presente un pronóstico favorable el cual el cual tiene el afán de que el infante adquiera recursos que lo ayuden a mejorar su salud mental y por ende adoptar una mejor conducta.

La confiabilidad y validez del presente estudio de caso se ven reflejadas en el apoyo de la institución y la colaboración del paciente de 10 años de la Unidad Educativa la Ronda en la ciudad de Babahoyo, además de las bases científicas que se sustentan en este trabajo, puntos importantes que favorecieron a la intervención psicológica.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que el presente estudio de caso se considere como una guía para intervenciones futuras de conductas que manifiesten niños ante actos considerados como violentos en su entorno familiar y que ponen en riesgo su salud física y psicológica.

El plan terapéutico que se presenta en este trabajo presenta las bases científicas y prácticas de la Terapia Cognitiva Conductual por esta razón se recomienda que el paciente continúe con el tratamiento, además se pone a disposición a los lectores un plan con la guía necesaria, dirigida a afrontar dicha problemática.

Por otra parte, se recomienda a la familia del paciente de 10 años acudir al centro de atención psicológica más cercano, con la finalidad de que el profesional de salud mental evalúe la dinámica familiar y de ser necesario realice una intervención inmediata para dar solución a posibles problemas conductuales y emocionales en sus integrantes.

BIBLIOGRAFIA

- Al Majali, S. y Alsrehan, H. (2019). *The impact of family violence on the social and psychological development of the child*. Utopía y Praxis Latinoamericana. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=279/27962050025>
- Alcazar, L & Ocampo, D (2016) *Consecuencias de la violencia domestica contra la mujer en el progreso escolar de los niños y niñas del Perú*. GRADE Obtenido de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Peru/grade/20160909063738/di80.pdf>
- Altamirano, L & Castro, R (2018) *Propiedades psicométricas del cuestionario de violencia familiar en estudiantes de secundaria*. [Tesis de Doctorado, Universidad Cesar Vallejo]
- Altamirano, L & Castro, R (2013) *Violencia familiar y autoestima en estudiantes de nivel secundaria de la institución educativa N° 2028, San Martin de Porres – 2012*. Obtenido de [Tesis de Maestría, Universidad Cesar Vallejo]
- Arequipeño, F., & Gaspar, M. (2017). *Resiliencia, felicidad y depresión en adolescentes de 3ero a 5to grado del nivel secundario de instituciones educativas estatales del distrito de Ate Vitarte, 2016*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Perunan Unión]. Repositorio de la Universidad Perunan Unión. Obtenido de https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/397/Flor_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bandura, A. (1982). *Teoría de Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa-Calpe, S.A. 193- 204.
- Bandura, A., & Ribes, E. (1975). *Modificación de conducta: Análisis de la agresión y la delincuencia*. (1ª ed.). Trillas.
- Bardales, O y Huallpa, E (2009) *Violencia familiar y sexual en mujeres y varones de 15 a 59 años: estudio realizado en los distritos de San Juan de Lurigancho, Puno y Tarapoto*.
- Bronfrenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: Cognición y desarrollo humano*. (1ª ed.). Ediciones Paidós
- Castillo, A. (2016). *Comentarios a la nueva ley contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar parte*. Ubu Lex-asesores: Perú.

- Castillo, K & Larios, D (2020) *Problemas de conductas en niños de 3 años del nivel inicial de la Institución Educativa Alfredo Pinillos Goicochea del Distrito de Trujillo, 2020* [Tesis de Maestría, Universidad Cesar Vallejo]
- Corsi, J. (1997). *Violencia Familiar: Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema*. (2ª ed.). Ediciones Paidós
- Corsi, J. (2005) *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Fundamentos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares*. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Cutipa, S & Gonzales, F (2021) *Violencia e integración familiar en madres de familia de una Institución Educativa de Puno, 2020* [Tesis de Grado, Universidad Cesar Vallejo]
- Custodio, M. (2019). *Problemas emocionales y de conducta*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango
- Espinoza, A, (2018) *Inteligencia Emocional y Conductas Agresivas en estudiantes de secundaria turno tarde, Institución Educativa Ramón Castilla - Ugel 02 - Lima 2018*. [Tesis de Maestría, Universidad Cesar Vallejo] Repositorio de la Universidad Cesar Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/26678>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2018). *Protección de los niños, niñas y adolescentes - Violencia y maltrato infantil*. Recuperado 8 de septiembre de 2018, de https://www.unicef.org/peru/spanish/protection_3226.htm
- García, B. y Guerrero, J. (2016). *Elementos teóricos para una historia de la familia y sus relaciones de violencia en la transición entre finales del siglo XX y el siglo XXI*. *Historia y MEMORIA*, (12), 253-286. Retrieved March 29, 2021, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S202751372016000100009&lng=en&tlng=es.
- García, P. (2018). *Violencia intrafamiliar: tipos, causas y consecuencias*. Recuperado de <https://www.lifeder.com/violencia-intrafamiliar/>
- Gutierrez, L. (2019). *Clima familiar y Resiliencia en estudiantes de VII Ciclo de la Institución Educativa Virgen Asunción de Pillpinto – Cusco*. [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo.

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/39283/Gutierrez_ML.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2017). *Violencia contra la mujer*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización Mundial de la Salud (2020) *Temas de la salud: Violencia*
<https://www.who.int/topics/violence/es>

Organización Mundial de la Salud (2021) *Temas de la salud: Violencia*
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2016). *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014*.
https://oig.cepal.org/sites/default/files/informe_sobre_la_situacion_mundial_de_la_prevenccion_de_la_violencia.pdf

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.4 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [30-07-2021].

Santana, R., Sánchez, R. y Herrera, E. (1998) *El maltrato infantil: un problema mundial*.
<https://www.scielosp.org/article/spm/1998.v40n1/58-65>

Save the children. (2016). *Violencia contra adolescentes de América Latina y el Caribe*.
<https://www.refworld.org/es/pdfid/5af0c5684.pdf>

Schmidt, B., & Berger, E. (2013). *Enfoque de la violencia familiar en la estrategia, Salud familiar: Revisión de la literatura*. *Psicología Argumento*, 31(74), 373-381.
<http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.31.074.DS01>

Tiquilihuanca. G (2019) *Conductas asertivas y pre-liderazgo en niños de 5 años de una institución educativa inicial, Ventanilla 2019* [Tesis de Grado, Universidad Cesar Vallejo]

Trujillo, E. (2009) *Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición*. <http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n32/n32a2.pdf>

Llaja y Silva (2016). *La Justicia Penal Frente a los delitos Sexuales. Aplicación del Nuevo Código Procesal Penal en el Distrito Judicial de San Martín*. Lima: Perú.

Jaramillo, B. (2017). *La violencia familiar y la autoestima en estudiantes de sexto grado de primaria de la I.E. N° 5130 "Pachacútec" - Ventanilla, 2014*. [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo.

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/6022/Jaramillo_HBA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

HISTORIA CLÍNICA

HC. # 001

Fecha:

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: Pedro Ortega Goya

Edad: 10 años

Lugar y fecha de nacimiento:

Género:

Estado civil: Soltero

Religión: católica

Instrucción:

Ocupación: Estudiante

Dirección:

Teléfono: NN

Remitente:

2. MOTIVO DE CONSULTA

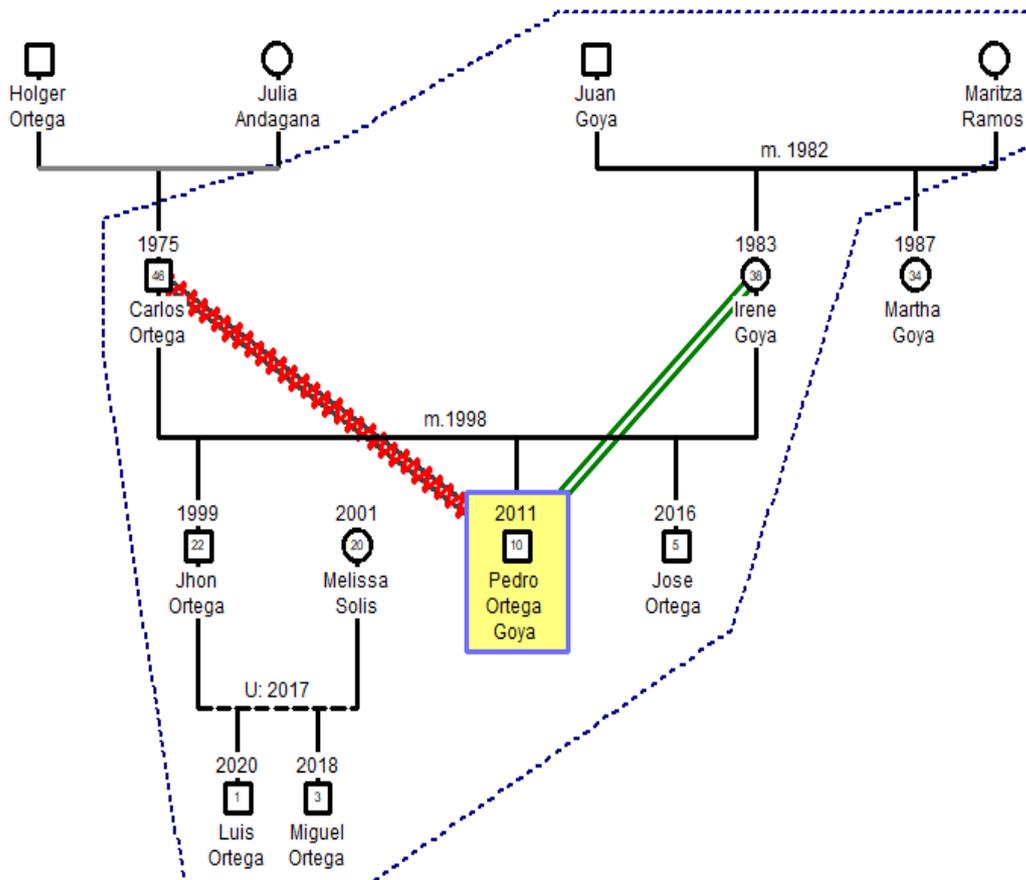
Paciente de 10 años, etnia mestizo y estatura de 1.50 metros asistente a consulta por voluntad propia al departamento del DECE de la Unidad Educativa la Ronda expresando “Desde que soy pequeño me da temor estar cerca de desconocidos, que alguien griten, suenen cosas fuertes, que me queden mirando y que golpeen a alguien, mi padre siempre pelea con mi madre y se desquita conmigo, aunque creo que me los merezco, lo más feo que me hizo fue hace 1 año que él me golpeo muy fuerte que fracturo mi tabique, bote mucha sangre y desde entonces mi miedo ha aumentado y créame licenciada ya estoy cansado de sentirme mal, evito a mi padre no puedo estar cerca de mi padre y peor de desconocidos, no puedo tener gente extraña cerca mío, mi mamá está al tanto de cómo me siento y siempre trata de apoyarme porque ella vive conmigo y observación lo violento que es papá conmigo, también es así con ella, no me relaciono con nadie y me pongo muy nervioso al solo pensar en que tengo que exponer en clase, una sola vez lo hice y me quede a medias”. Menciona además que con respecto al maltrato físico que reciben por parte de su padre, la madre no ha optado por medidas legales “no puede dejar a ese hombre malo”. Por otra parte, su padre es una persona alcohólica que a diario está bajo los efectos del mismo, por tal razón el paciente experimenta miedo y ansiedad a diario.

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

Paciente de 10 años de edad refiere que hace 1 año a partir del maltrato físico propinado por su padre hacia su persona, empezó a sentir temor intenso, ansiedad, nerviosismo, evita a las personas extrañas y en especial a su padre, cuando él está en casa me pongo mal y quiero irme donde sea que no esté él. Se imagina constantemente distintas formas donde es avergonzado por los demás, y presenta exceso de sudoración y también presenta falta de atención. Asimismo, se le dificulta conciliar el sueño porque piensa que lo van agredir mientras está dormido. Además, no tolera ser observado cuando come y no puede exponer en público o hablar. Por tal razón se aísla de todas las personas, excepto de su madre y hermana pequeña.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).



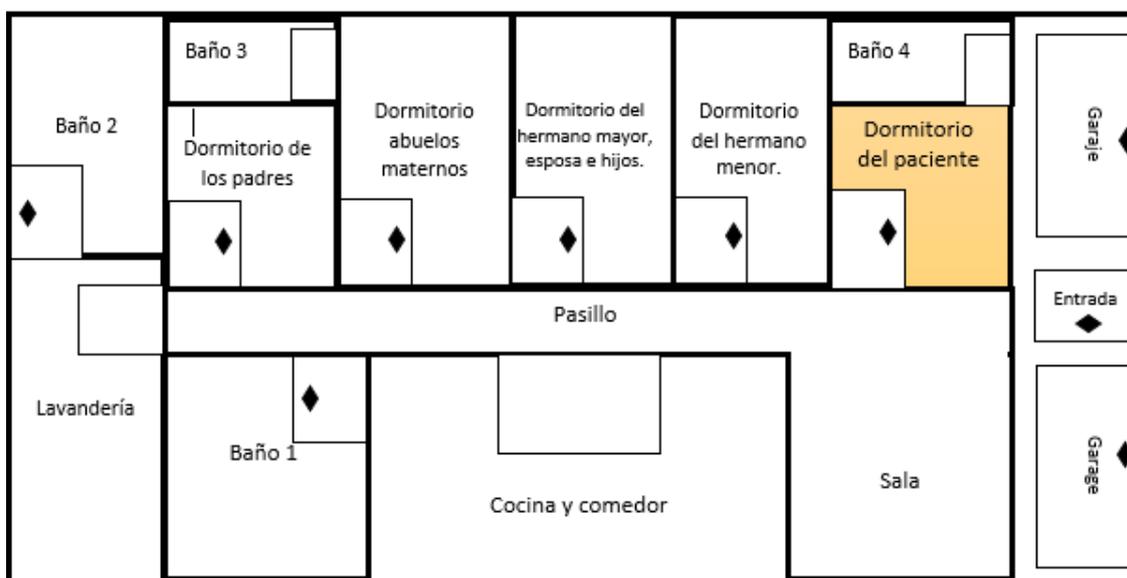
b. Tipo de familia.

Familia extensa: padres, abuelos maternos, hermanos, cuñada y sobrinos

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

No existen antecedentes.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL



6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

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

Paciente es el primer hijo, su madre se embarazó de él a los 25 años de edad, comenta que su primogénito no sufrió complicaciones durante su embarazo, nació mediante parto natural, sin ningún tipo de enfermedad, su lactancia fue del pecho de la madre hasta la edad de un 1 año y 9 meses, comenzó a dar sus primeros pasos y balbucear sus primeras palabras a los diez meses, a los 2 años y 8 meses de edad tuvo control de sus esfínteres, en lo que respecta a enfermedades no padecía de ninguna.

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

Manifiesta que durante toda la etapa escolar se le dificultaba establecer relaciones sociales con los niños de su curso siempre mantuvo calificaciones promedio y era muy poco comunicativo con el maestro, en la etapa del colegio le costó acostumbrarse puesto que tenía miedo a ser rechazado o no aceptado por sus amigos de la clase.

6.3. HISTORIA LABORAL

Paciente no trabaja

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

Expreso que mantenía una buena relación con su madre y hermana menor.

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

Expreso que le gusta jugar videojuegos en su tiempo libre y trotar todas las mañanas media hora.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

Paciente manifestó que solo es expresivo y cariñoso con su hermanita. No ha explorado su sexualidad.

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

El paciente manifestó que le gusta ingerir un vaso de leche todas las noches antes de acostarse a dormir.

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

Expreso que conlleva una buena alimentación e ingiere 3 comidas al día y regularmente se le dificulta conciliar el sueño.

6.9. HISTORIA MÉDICA

Manifiesta que a los 8 años de edad padecía de infecciones virales de manera esporádicas, a los 11 años sufrió de sarampión, actualmente no padece de ninguna enfermedad.

6.10. HISTORIA LEGAL

A lo largo de su vida no ha presentado ningún problema legal.

6.11. PROYECTO DE VIDA

Manifiesta que como proyecto de vida anhela ser un gran veterinario.

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

Paciente de # años de edad, de contextura corporal delgada, de 1.60 metros aproximadamente, de etnia mestizo acude a consulta con un buen aspecto personal, denota miedo e inseguridad, no obstante, presenta una actitud dispuesta al cambio.

7.2. ORIENTACIÓN

Paciente se sitúa en tiempo y espacio, tiene noción de la realidad.

7.3. ATENCIÓN

Paciente presenta ciertas distracciones durante la entrevista psicológica.

7.4. MEMORIA

Paciente no presenta ninguna alteración en su memoria.

7.5. INTELIGENCIA

Paciente se desenvuelve de manera satisfactoria en el área de matemáticas.

7.6. PENSAMIENTO

Paciente no muestra alteraciones en su pensamiento.

7.7. LENGUAJE

Paciente presenta un lenguaje fluido y entendible.

7.8. PSICOMOTRICIDAD

Paciente presenta una buena motricidad tanto fina como gruesa.

7.9. SENSOPERCEPCION

El paciente aparentemente no presenta alteración en la sensopercepción.

7.10. AFECTIVIDAD

El paciente expreso que conlleva una relación muy cariñosa por parte de su madre en cuanto a establecer relaciones fuera de su círculo familiar le cuesta por miedo a ser rechazado o marginado por sus amigos.

7.11. JUICIO DE REALIDAD

Paciente está consciente de la situación que está viviendo.

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Paciente se encuentra consciente de su padecimiento.

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

El paciente manifestó que a los ocho años de edad le toco exponer un tema de estudios sociales frente de todos sus compañeros de clase, durante la exposición se resbalo y cayó al piso mientras se levantaba todos sus compañeros se reían y burlaban. Desde ese entonces piensa que cada vez que le toca hablar o exponer en público le va a pasar lo mismo.

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

Se aplicó al paciente la **Escala de ansiedad social de Liebowitz** donde se obtuvo puntajes en las dos sub-escalas que contiene, dando así como resultado **58** en el grado de temor o ansiedad y **53** en el grado de evitación. Lo cual dentro del rango de puntuaciones representa a ***fobia social moderada***.

Se aplicó al paciente el **test HTP (house, tree, person)** de la versión de Karen Rocher donde se obtuvo los siguientes resultados:

Se puede manifestar que los tres dibujos se encuentran en distinta ubicación, pero sobresale la inferior izquierda lo cual refleja que es una persona con bajos niveles de energía, inseguro, desconfiado, esto puede ser signo de algún estado depresivo o sucesos que ha vivido en su infancia y se encuentran fijados en su psiquis.

- **Casa:** Se identificó en el dibujo una casa vacía lo que significa según el test que el sujeto no se encuentra cómodo en su hogar o con sus íntimos, en el plano afectivo. No tiene chimenea (carencias afectivas, el sujeto no siente calor de hogar). Paredes débiles (resignación y tolerancia pasiva). Puerta cerrada (personas autosuficientes que no necesitan el contacto con los demás). Ventanas en cuatro (Le cuesta dar y recibir afecto). Sin camino (Introversión). Ausencia de suelo (sentimientos de posible desarraigo o inseguridad, falta de estabilidad). Complemento o accesorio: Sol (necesidad de sentirse protegido por alguien que represente autoridad).
- **Árbol:** Se identificó en el dibujo un tronco con amplitud a la izquierda lo que significa fijación y apego al pasado. Tronco con manchas, huecos, lastimaduras (conflictos, problemas o situaciones que le han dejado huellas profundas en el sujeto). Raíces en punta (sentimientos de descontento, incomodidad, enojo e irritabilidad). Suelo convexo (comienza sus actividades con entusiasmo pero declina ante obstáculos). Ramas en forma de antenas (sensibilidad, ansiedad, susceptibilidad, el sujeto se encuentra en un estado de alerta constante). Copa sombreada (son personas que tratan de evitar conflictos o situaciones violentas).
- **Persona:** Cabeza pequeña (inhibición, timidez problemas de adaptación). Cara pintada suavemente los rasgos (timidez, temor, inseguridad, inhibición). Cejas curvadas (adaptación y carácter jovial). Ojos muy marcados (desconfianza, vive en un estado de alerta). Boca línea recta y fuerte (Firmeza y tensión). Mentón base redondeada (el sujeto suaviza su actitud frente al contacto con los demás). Nariz delgada de trazo fino o indicada por un punto (timidez, posee algún sentimiento de impotencia). Cuello corto y ancho (debilidad del control de los impulsos y aferrarse a las propias ideas). Tronco angosto y débil (fragilidad o debilidad psíquica, física, sensibilidad). Hombros grandes y trazos finos (sentimientos de debilidad). Brazos cortos (timidez, retraimiento, dificultad de relaciones sociales, inhibición). Manos imprecisas o cortadas (preocupación por deficiencias personales, tendencia a la frustración, ansiedad, inhibición). Dedos angulosos (irritabilidad). Piernas cortas con respecto al tronco (dificultad para tomar decisiones). Pies orientados en distinta dirección (sujeto que necesita afirmarse sobre una base sólida y segura).

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
---------	-------------------	----------

Cognitivo	Falta de atención	Trastorno de ansiedad social (fobia social)
Afectivo	Miedo	
	Ansiedad Falta de tolerancia Vergüenza	
Pensamiento	Maximización	
Conducta social - escolar	Evitación	
	Aislamiento Miedo a exponerse públicamente, hablar o exponer frente a otras personas	
Somática	Nerviosismo	
	Insomnio	
	Sudoración	

9.1. Factores predisponentes: Ambiente familiar conflictivo y agresiones físicas

9.2. Evento precipitante: Maltrato físico infringido por su parte, donde como resultado el paciente termino con el tabique dañado.

9.3. Tiempo de evolución: 1 año

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

El Diagnostico estructural no muestra que el paciente presenta un **F40.10 Trastorno de ansiedad social (fobia social)** además de Otras circunstancias relacionadas con el maltrato físico infantil codificado con código **Z62.810 Historia personal antecedentes de maltrato físico infantil.**

11. PRONÓSTICO

El pronóstico del paciente es favorable debido a que muestra colaboración y participación en las sesiones y disposición a mejorar, asimismo tiene conciencia de su padecimiento.

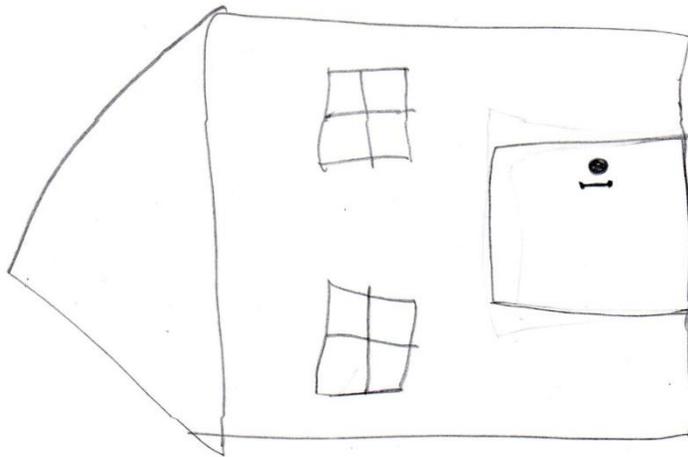
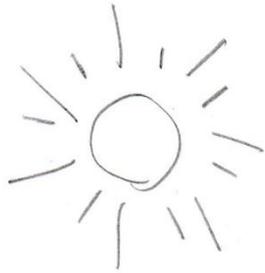
12. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al paciente tomar psicoterapia enfocada en TCC.
- Realizar un cronograma de actividades
- Utilizar técnicas de relajación en las situaciones que le provoquen malestar emocional.

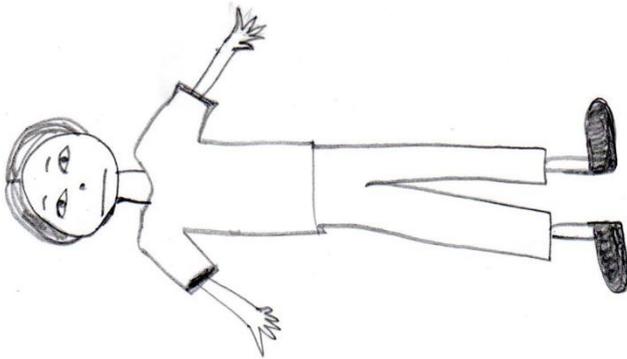
13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Cabezas Cabezas Brenda

Test HTP (house, tree, person)







Identificación Pedro Ortega Goya Fecha

Cada ítem se evalúa desde las dos dimensiones fundamentales del trastorno de fobia social: el grado de temor o ansiedad experimentado ante las situaciones y su nivel de evitación. Puntuar según los siguientes criterios:

Miedo o ansiedad:

- 0 Nulo
- 1 Leve
- 2 Moderado
- 3 Severo

Evitación:

- 0 Nunca (0%)
- 1 Ocasionalmente (1-33%)
- 2 Frecuentemente (33-67%)
- 3 Usualmente (67-100%)

	Temor o ansiedad				Evitación			
	0	1	2	3	0	1	2	3
1. Hablar por teléfono en público (P)	○	○	●	○	○	●	○	○
2. Participar en pequeños grupos (P)	○	○	○	●	○	○	○	●
3. Comer en lugares públicos (P)	○	○	○	●	○	○	○	●
4. Beber con otros en lugares públicos (P)	○	○	●	○	○	○	●	○
5. Hablar con personas con autoridad (S)	○	○	○	●	○	○	○	●
6. Actuar, representar o dar un discurso frente a una audiencia (P)	○	○	○	●	○	○	○	●
7. Ir a una fiesta (S)	○	○	○	●	○	○	○	●
8. Trabajar mientras le están observando (P)	○	○	○	●	○	○	○	●
9. Escribir mientras le están observando (P)	○	○	○	●	○	○	○	●
10. Telefonar a alguien a quien no conoce muy bien (S)	○	○	○	●	○	○	●	○
11. Hablar con alguien a quien no conoce muy bien (S)	○	○	○	●	○	○	●	○
12. Conocer a extraños (S)	○	○	○	●	○	○	○	●
13. Orinar en un baño público (P)	○	●	○	○	○	●	○	○
14. Entrar en un cuarto cuando los demás ya están sentados (P)	○	○	●	○	○	○	●	○
15. Ser el centro de atención (S)	○	○	○	●	○	○	○	●
16. Hablar en una reunión (P)	○	○	○	●	○	○	○	●
17. Hacer un examen (P)	●	○	○	○	○	●	○	○
18. Expresar desacuerdo o desaprobación a personas a quienes no conoce muy bien (S)	○	●	○	○	○	●	○	○
19. Mirar a los ojos a personas a quienes no conoce muy bien (S)	○	○	○	●	○	○	●	○
20. Dar un informe a un grupo (P)	○	○	○	●	○	○	●	○
21. Tratar de enamorar a alguien (P)	○	○	○	●	○	○	●	○
22. Devolver compras en una tienda (S)	○	○	●	○	○	○	●	○
23. Organizar una fiesta (S)	○	○	●	○	○	○	●	○
24. Resistir a un vendedor insistente (S)	○	●	○	○	○	●	○	○

TOTAL miedo o ansiedad: 58

TOTAL Evitación: 53