



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)
DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICOLOGO:
MENCIÓN CLÍNICO

PROBLEMA:

VIOLENCIA FÍSICA Y SU RELACIÓN CON EL TRASTORNO DE DEPRESIÓN EN
UNA MUJER DE 35 AÑOS EN LA CIUDAD DE BABAHOYO PROVINCIA DE LOS
RIOS

AUTORA:

CORTÉZ IMAICELA ADRIANA ARACELI

TUTOR:

MENDOZA SIERRA NATHALY ELIZABETH

BABAHOYO – ECUADOR

2022





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



RESUMEN

El presente estudio de caso se ejecutó con el objetivo de comprobar la relación existente entre la violencia física y el trastorno de depresión en una mujer de 35 años en la ciudad de Babahoyo provincia de Los Ríos. Todo esto se llevó a cabo mediante el uso de técnicas psicológicas como: Observación directa, Historia clínica, entrevista semiestructurada y la aplicación de reactivos psicológicos “Inventario de Depresión de Beck” y “Escala de Ansiedad de Hamilton”, además, la técnica de la Terapia Cognitiva Conductual “Clasificación de evento, pensamiento y emoción”. Además, es necesario mencionar que la metodología cualitativa que se utilizó en este trabajo se encamino directamente a estudiar las variables tales como: violencia física y trastorno de depresión, conjuntamente gracias a la implementación de las técnicas de la TCC, se logró cumplir con el objetivo planteado inicialmente. Por otra parte, se logró modificar aquellos pensamientos que la paciente manifestó durante la intervención psicológica mediante un plan terapéutico, de esta manera se logró mitigar los problemas emocionales y conductuales en la mujer de 35 años que presentó a causa de la violencia física en su contexto familiar, de esta manera se consiguió grandes resultados en la mejoría de su calidad de vida tanto personal como social.

Palabras clave: Violencia física, trastorno de depresión, emociones, diagnóstico y Psicoterapia.



ABSTRACT

The present case study was carried out with the objective of verifying the relationship between physical violence and depression disorder in a 35-year-old woman in the city of Babahoyo, province of Los Ríos. All this was carried out through the use of psychological techniques such as: direct observation, clinical history, semi-structured interview and the application of psychological reagents "Beck Depression Inventory" and "Hamilton Anxiety Scale", in addition, the technique of Cognitive Behavioral Therapy "Classification of event, thought and emotion". In addition, it is necessary to mention that the qualitative methodology that was used in this work was directed directly to study variables such as: physical violence and depression disorder, jointly thanks to the implementation of CBT techniques, the objective was achieved. initially raised. On the other hand, it was possible to modify those thoughts that the patient expressed during the psychological intervention through a therapeutic plan, in this way it was possible to mitigate the emotional and behavioral problems in the 35-year-old woman who presented due to physical violence in her context. family, in this way great results were achieved in improving their quality of life, both personal and social.

Keywords: Physical violence, depression disorder, emotions, diagnosis and psychotherapy.



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	II
ABSTRACT	III
ÍNDICE DE TABLAS	V
INTRODUCCIÓN.....	1
DESARROLLO.....	2
Justificación	2
OBJETIVO.....	2
SUSTENTO TEÓRICO	3
Violencia	3
Trastorno De Depresión	6
Violencia Física y su Relación con el Trastorno de Depresión.	9
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN	11
Tabla 1.	17
SOLUCIONES PLANTEADAS	19
Tabla 2	19
CONCLUSIONES.....	19
RECOMENDACIONES	21
BIBLIOGRAFIA	22
ANEXOS.....	24



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA
ÍNDICE DE TABLAS



Tabla 1 Cuadro sindrómico.....	16
Tabla 2 Plan terapéutico.....	17
Tabla 2 Plan terapéutico.....	18



INTRODUCCIÓN

La violencia física indudablemente afecta a la mayor parte de la sociedad y en especial al género femenino debido a su historicidad, es decir, dicha problemática se ha mantenido latente desde el pasado hasta la actualidad y ha ocasionado la aparición de varios problemas a nivel físico y psicológico, como es el caso del trastorno de depresión que se plantea en el presente estudio de caso, por lo que se halló oportuno la implementación de la línea de investigación basada en la prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico, acompañada de una sub línea de psicoterapia individual y o grupales.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, el presente estudio de caso pretende determinar si existe una relación entre la violencia física y el trastorno de depresión, por lo cual, se realizará una evaluación psicológica y científica que permita registrar los cambios de ánimo, signos, síntomas, el detonante, los elementos predisponentes y los criterios diagnósticos de dicho trastorno y por consiguiente plantear las soluciones necesarias para las situaciones detectadas durante la valoración psicológica para que de esta manera se pueda obtener un pronóstico favorable en beneficio de la paciente de 35 años.

Es importante mencionar que el presente estudio de caso se lo realiza a partir de una investigación científica de las variables dependiente e independiente del tema plasmado en este trabajo, por otra parte, y de igual importancia se ejecutó una intervención psicológica mediante una metodología cualitativa la cual contempla técnicas y reactivos que permitieron registrar toda la información que la paciente manifestó durante la valoración psicológica.

Finalmente, el presente estudio de caso se desarrolla mediante una justificación, un sustento teórico de sus variables, técnicas psicológicas como la entrevista inicial, de igual manera una entrevista semiestructurada, además de reactivos psicológicos que aporten al estudio de caso, y permitan registrar las situaciones detectadas para de esta manera construir con un plan terapéutico de soluciones planteadas con técnicas de la terapia cognitivo conductual que ayuden a mejorar el bienestar psicológico de la paciente, para finalizar con las conclusiones, bibliografías y anexos.



DESARROLLO

Justificación

El presente estudio psicológico se direcciona a la búsqueda científica de sus variables con aportes teóricos de diferentes autores que han realizado investigaciones sobre la violencia física y la repercusión de este problema en el desenvolvimiento social, por lo tanto este trabajo justifica su intervención científica y psicológica en una señora de 35 años de la ciudad de Babahoyo con el fin de examinar si existen indicadores de la violencia física que repercuten en la adaptabilidad social de la paciente.

Los beneficios del presente estudio de caso van enfocados a indagar la relación entre la violencia física y el trastorno de depresión, por lo que se precisó una intervención psicológica mediante la Terapia cognitiva conductual, con el objetivo de mejorar el bienestar físico y psicológico de la paciente, además la paciente se beneficiará de técnicas que le permitan mejorar su estado emocional y su desenvolvimiento en el entorno social, familiar y laboral, de igual forma sus amigos, familiares, compañeros de trabajo y la misma institución se beneficiaran de un estudio científico y practico sobre esta problemática que afecta no solo a la paciente sino también a las personas que la rodean.

La violencia física es un tema que se ha estudiado a lo largo de la historia, por esta razón se encontró necesario escoger esta problemática como tema de investigación ya que esta conducta negativa influye en el trastorno de depresión de una señora de 35 años. Por consiguiente, este trabajo investigativo presenta la trascendencia de un estudio, que cita los aportes científicos de autores comprometidos a estudiar más a profundidad las variables expuestas en este trabajo. Por otra parte, la factibilidad de este trabajo se ve reflejada en el compromiso y colaboración oportuna de la paciente con la evaluación y tratamiento realizado durante las sesiones trabajadas.

OBJETIVO

Analizar la relación que existe entre la violencia física y el trastorno de depresión que presenta una señora de 35 años en la ciudad de Babahoyo.



SUSTENTO TEÓRICO

Violencia

Definición

La violencia es un término muy usado en la actualidad ya que existen muchos hechos que evocan su significado como la delincuencia, el maltrato en los hogares, las manifestaciones sociales, la guerra, , etc.. De acuerdo a Cuervo (2016) “La violencia es el acto efectivo de intervención, con intencionalidad voluntaria de causar daño, perjuicio o influencia en la conducta de otra persona o en otras personas, y a su vez en sus acciones potenciales” (pág. 7). Para Tlalolin (2017) “la violencia es una cuestión de fuerza o poder que se dirige hacia sí mismo u otras personas, incluyendo grupos y comunidades” (pág. 3). La violencia es una realidad diaria y un serio problema de la sociedad y de la última definición se puede encontrar categorías que son: la violencia autodirigida, interpersonal y colectiva.

Violencia o violencias

La violencia autodirigida se refiere a los actos violentos que una persona se inflige a sí misma, e incluye el autoabuso (como la automutilación) y el comportamiento suicida, incluidos los pensamientos suicidas, así como el intento y la finalización del suicidio (Tlalolin, 2017).

La violencia interpersonal se refiere a la violencia infligida por otro individuo o individuos. Se puede subdividir en: violencia familiar y de pareja; violencia que se produce entre miembros de la familia y parejas íntimas, esto incluye formas de violencia como el abuso infantil, la violencia de pareja y el abuso de los ancianos. Violencia comunitaria: violencia entre individuos que no están relacionados y que pueden o no conocerse, generalmente tiene lugar fuera del hogar, esto incluye la violencia juvenil, los actos aleatorios de violencia, la violación o agresión sexual por parte de extraños y la violencia en entornos institucionales como escuelas, lugares de trabajo, etc (Tlalolin, 2017).

La violencia colectiva se puede caracterizar como la violencia ejercida por personas que se identifican como miembros de un grupo, contra otro grupo o conjunto de individuos,



con el fin de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Esto puede manifestarse en varias formas, como la represión, el terrorismo y la delincuencia organizada (Romero, 2017).

Violencia contra la mujer

La violencia contra la mujer es una forma de discriminación y una violación de sus libertades y derechos fundamentales. Se manifiesta de diversas formas como abusos físicos, psicológicos, sexuales e incluso económicos. La forma más a menudo es la violencia física, que afecta no solo la salud física sino también la salud mental y puede conducir a auto amenazas, aislamiento, depresión e intentos de suicidio; en general merma su bienestar e impide a las mujeres a participar plenamente en la sociedad e impacta en las familias, la comunidad y los países del mundo Vilcas et al. (2020).

La violencia contra la mujer se basa en relaciones de poder estructurales jerárquicas y desiguales arraigadas en normas de género relacionadas con la cultura, revela la dominación en el orden simbólico, cultural y es usada por los hombres con objetivo de limitar y controlar la independencia de las mujeres.

De acuerdo con datos de la Organización ONU MUJERES (2022):

A nivel global, se estima que 736 millones de mujeres -alrededor de una de cada tres- ha experimentado alguna vez en su vida violencia física o sexual por parte de una pareja íntima, o violencia sexual perpetrada por alguien que no era su pareja (el 30% de las mujeres de 15 años o más). Estos datos no incluyen el acoso sexual y algunos estudios nacionales muestran que la proporción puede llegar al 70 por ciento de las mujeres. Las tasas de depresión, trastornos de ansiedad, embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual e infección por VIH son más altas en las mujeres que han experimentado este tipo de violencia en comparación con las que no la han sufrido, así como muchos otros problemas de salud que pueden durar incluso después de que la violencia haya terminado. (pág. 1)

Estos datos sugieren que la violencia contra la mujer es una problemática a nivel mundial con significantes cifras que causan estremecimiento por el dolor que los hombres causan a sus semejantes sin tener conciencia que las madres también son mujeres por lo cual se debe tener respeto, es alarmante ver que la violencia causa un gran impacto en la salud de



las mujeres tanto en la generación de enfermedades mentales como en el contagio de enfermedades de transmisión sexual lo que causa retroceso en el avance de la sociedad.

Factores de riesgo para la generación de violencia

Los factores de riesgo identificados en Ecuador por el estudio de Vacacela y Mideros, (2022) mencionan que:

En el ámbito individual, las mujeres con menor edad, bajo nivel educativo y con vivienda de mala calidad tienen una mayor probabilidad de sufrir violencia por parte de la pareja en los diferentes tipos (psicológico, físico, sexual y patrimonial), lo que da cuenta del vínculo existente entre situaciones de empobrecimiento y desigualdad y la violencia, siendo factores que se refuerzan entre ellos. (pág. 26)

De acuerdo con el estudio la violencia contra la mujer se agudiza en una sociedad con bajos niveles económicos y educativos, el embarazo adolescente, el número de hijos y el lugar dónde viven también contribuyen a que exista abuso por parte de la pareja contra la mujer. En el estudio también se menciona que

En el ámbito relacional el estudio encuentra que los conflictos en la pareja, la toma de decisiones individuales de la mujer sobre su dinero, el estado civil y el estar en una relación de larga duración son factores que se conectan con tasas más altas de violencia contra la mujer que ejecuta su pareja. (Vacacela y Mideros, 2022, pág. 27).

Estos hallazgos del estudio ponen de manifiesto que se deben crear políticas adecuadas para promover una educación de calidad que sensibilice la problemática de la violencia contra la mujer y a la vez que la educación esté orientada a la creación de una mente capaz de generar empleos en los estudiantes desde los más pequeños; estas políticas promoverán disminuir los factores de riesgo de la violencia en la mujer.

El ciclo de la violencia

De acuerdo con (Vilcas, 2020) comprender el ciclo de violencia es crucial para detener la violencia en las relaciones, así como para responder a las preguntas más comunes sobre la violencia.



La primera es la fase de construcción de tensión; en esta fase, el golpeador se pone nervioso y la tensión comienza a acumularse. Aquí es donde la persona maltratada puede sentir que está en peligro, sin embargo, más puede su tolerancia, lo que incrementa el riesgo de sufrir un episodio de violencia.

La segunda es la fase donde ocurre el abuso físico producto de la acumulación de la tensión, esto puede ocurrir por un detonante que puede ser una situación insignificante, que sirve como pretexto para la consecución de los hechos. Esta etapa puede durar desde unos minutos hasta varias horas.

La tercera es la fase de luna de miel; el perpetrador puede estar arrepentido o actuar como si nada hubiera pasado; pero todavía está interesado en maquillarse e incluso puede prometer no volver a hacerlo nunca más. Sin embargo, la tensión casi siempre comienza a construirse de nuevo, continuando así el ciclo

Trastorno De Depresión

La depresión mayor

La Organización Mundial de la Salud (2017) manifiesta que:

Los trastornos depresivos se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede ser duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o rendir en sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana (pág. 7).

El Ministerio de Salud Pública de Chile (2013) al respecto menciona:

“La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal” (pág. 12).

De acuerdo con las definiciones la depresión es una sensación crónica de vacío, tristeza o incapacidad para sentir placer que puede parecer que ocurre sin una razón clara. Es



distinto del dolor y otras emociones que una persona siente después de eventos difíciles de la vida.

Eventos importantes de la vida, como el duelo o la pérdida de un trabajo, puede desencadenar depresión. Pero la depresión es distinta de los sentimientos negativos que una persona puede tener temporalmente en respuesta a un evento difícil de la vida. La depresión a menudo persiste a pesar de un cambio de circunstancias y causa sentimientos que son más intensos y crónicos que proporcionales a las circunstancias de una persona (Ministerio de Salud Pública de Chile, 2013).

Subcategorías de la depresión

Los trastornos depresivos de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2017) se pueden presentar de dos formas:

- Trastorno depresivo mayor
- Distimia

Trastorno depresivo mayor

Según Pérez et al (2017) “La depresión mayor es un trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento” (pág. 74).

Si experimenta una pérdida de placer en las actividades que solía disfrutar, junto con un estado de ánimo deprimido que dura al menos 2 semanas, es posible que cumpla con los criterios para el trastorno depresivo mayor. En niños y adolescentes, el trastorno depresivo mayor también puede parecer irritabilidad en lugar de tristeza. Estos síntomas pueden ser leves, moderados o graves, pero probablemente interferirán con la vida diaria y las relaciones

Criterios diagnósticos

Clasificación CIE-10

El Ministerio de Salud Pública de Chile (2013) citando a Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, CIE-10. OMS menciona que las personas deben mostrar:



- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo.
- C. Criterio de exclusión con más frecuencia: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico. (pág. 17)

Además de los criterios antes mencionados debe presentar al menos de los siguientes síntomas:

- (1) Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes, en actividades que normalmente eran placenteras.
- (2) Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente provocan una respuesta emocional.
- (3) Despertarse en la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
- (4) Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- (5) Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas)
- (6) Pérdida marcada de apetito
- (7) Notable disminución la lívido. (Ministerio de Salud Pública de Chile, 2013, pág. 17)

Distimia

La distimia es: “una forma persistente o crónica de depresión leve; los síntomas de distimia son similares a los de un episodio depresivo, pero tienden a ser menos intensos y más duradero” (Organización Mundial de la Salud, 2017).

La distimia también se conoce como trastorno depresivo persistente por su larga duración, de al menos 2 años. Una persona con este trastorno puede tener episodios de depresión mayor, así como síntomas más leves (Pérez et al, 2017).

Estimaciones



La Organización Mundial de la Salud (2017) indica que: “Se estima que, en el 2015, la proporción de la población mundial con depresión fue de 4,4% (...) La depresión es más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%)” (pág. 17).

Las mujeres son más propensas a las causas psicológicas de la depresión que los hombres. Las mujeres en general experimentan una gran cantidad de sentimientos a la vez, se pueden llenar de pensamientos negativos durante la depresión. Si bien es una respuesta normal llorar, hablar con amigos y repetir el estado depresivo, pensar constantemente en ella puede empeorarla.

En contraste, los hombres tienden a distraerse de su estado depresivo, que se ha demostrado que reduce la duración de los síntomas. Otros factores psicológicos que tienden a afectar a las mujeres es su preocupación constante por verse bajo los paardigmas de cuerpo ideal por lo que generan mayores niveles de progesterona y evitan que las hormonas del estrés se nivelen como ocurren en los hombres.

Violencia Física y su Relación con el Trastorno de Depresión.

A diferencia de la creencia popular, los efectos de la violencia física van más allá de su impacto en la salud física. Las víctimas también son diagnosticadas regularmente con problemas graves de comportamiento y psicológicos. De hecho, la violencia física y la depresión están muy estrechamente vinculadas.

La violencia familiar es un término general que incluye todo tipo de patrones de comportamiento abusivo que amenazan la dinámica pacífica de una familia. Esto incluye violencia doméstica, abuso infantil, violencia de pareja y varias otras formas de abuso. La violencia familiar y la salud mental están fuertemente conectadas entre sí. Presenciar o experimentar eventos traumáticos como el abuso y la violencia aumenta la probabilidad de desarrollar una enfermedad psicológica o física a largo plazo (Calero y Vaca, 2019).

El propósito detrás de las acciones abusivas de un perpetrador es su deseo de afirmar la autoridad despojando a la víctima de su independencia y autoestima. Al hacerlo, la víctima comienza a sentirse cada vez más dependiente de su pareja abusiva. Por lo tanto, inadvertidamente buscando su aprobación y placer en todas las facetas de su vida personal.



El vínculo entre la violencia física y la depresión junto con varios cambios de comportamiento como; la baja autoestima, la falta de confianza, los problemas de confianza, la necesidad constante de aprobación, la vergüenza y la culpa pueden convertirse en problemas duraderos, poniendo en peligro la salud de la víctima.

Además, la violencia de pareja puede conducir a varios problemas físicos agudos y crónicos. Los problemas físicos inmediatos incluyen; lesiones graves, cortes y moretones, embarazo no deseado, huesos rotos, fatiga, trastornos del sueño y trastornos alimentarios. A largo plazo, también pueden aparecer problemas físicos como enfermedades cardiovasculares, enfermedades de transmisión sexual, migrañas, síndrome del intestino irritable, disfunción sexual y fertilidad, y problemas menstruales (Lara et al, 2019).

Presenciar y soportar el abuso es una experiencia profundamente traumática que puede dejar cicatrices en sus víctimas no solo físicamente, sino también psicológicamente. Según los estudios, las personas que han experimentado eventos traumáticos como el abuso y el maltrato son más susceptibles a desarrollar depresión.

El abuso de la pareja íntima puede conducir a una grave angustia mental, emocional y espiritual. Los constantes golpes e insultos pueden dañar la confianza de uno, arrojándolos a un pozo interminable de vergüenza y culpa; de nunca sentir que son lo suficientemente buenos para nada. Este trauma también puede afectar la vida cotidiana de una víctima el trastorno de estrés desarrolla como respuesta a situaciones altamente estresantes y traumáticas. Si las víctimas están expuestas a largos períodos de violencia extrema, pueden desarrollar un trastorno de estrés persistente. Si no se trata con prontitud puede afectar gravemente la vida de las víctimas.



TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

El presente estudio de caso encontró necesario la implementación de varias técnicas y pruebas, las cuales tienen como finalidad analizar desde un enfoque psicológico y una metodología cualitativa la relación de la violencia física con el trastorno de depresión en una mujer de 35 años, dicho lo anterior a continuación se describirá la ficha técnica de la historia clínica, entrevista semiestructurada, observación directa y la clasificación de evento, pensamiento y emoción de la TCC, además se explicara el objetivo de los reactivos: Escala de ansiedad de Hamilton, Inventario de Depresión de Beck, Mini mental utilizados en la evaluación psicológica.

Observación directa

Considerando que se debe recabar todos los aspectos relevantes durante la intervención psicológica, fue necesario implementar la presente técnica como un apoyo para registrar la conducta de la paciente, su expresión en el lenguaje verbal y no verbal además de su colaboración y compromiso con la evaluación. Esto se logra mediante una guía de observación elaborada por el terapeuta y que se encamina a registrar los cambios de conducta debido a la problemática que presenta la paciente (Ver anexo 1).

Historia clínica

La presente técnica psicológica, se la ejecuta a partir de una entrevista inicial entre terapeuta y paciente, esto se realiza mediante preguntas abiertas y cerradas que se encaminan a indagar y registrar información como: datos personales de la paciente, motivo por el cual asiste a consulta, la evolución del problema actual, la dinámica entre los miembros del hogar, y los antecedentes psicopatológicos en la historicidad familiar. Por otra y de igual importancia la misma permite recaba información sobre la anamnesis de la usuaria, se evalúa los procesos cognitivos y se los registra en un cuadro sindrómico. De igual manera es necesario una exploración de los factores predisponentes, precipitantes y el tiempo de evolución de la problemática (Ver anexo 2).



Entrevista semiestructurada

De la misma manera y al igual que la historia clínica la presente técnica se la ejecuta mediante una entrevista, la cual se encamina a indagar con más profundidad la sintomatología que presenta la paciente a consecuencia de la problemática referida en el motivo de consulta. Esto se logra mediante el uso de preguntas abiertas previamente elaboradas que permitan a la persona entrevistada abordar y manifestar de manera libre todos los aspectos que interfieren en su salud mental y en su desenvolvimiento (Ver anexo 3).

Clasificación de evento, pensamiento y emoción de la TCC

La presente técnica de la terapia cognitiva conductual se ejecuta mediante una ficha de registro auto aplicable donde la paciente anota los eventos presentados en su vida cotidiana, el pensamiento negativo y el porcentaje de creencia, por último, su respuesta emocional y su intensidad (Ver anexo 4).

“Escala de ansiedad de Hamilton”

El presente reactivo psicológico elaborado por Hamilton en el año 1959 está conformado por un cuestionario de 14 ítems auto aplicables, que tienen como objetivo medir los rasgos, signos y síntomas de ansiedad en la paciente, su calificación va de 0 - 5 puntos (No ansiedad), 6 - 14 (Ansiedad menor), 15 o más (Ansiedad mayor). (Ver anexo 5).

“Inventario de Depresión de Beck”

El presente reactivo psicológico elaborado por Beck en el año 1996 está conformado por un cuestionario de 21 ítems auto aplicables, que tienen como objetivo medir un amplio espectro de síntomas depresivos en la paciente, su calificación va de 0-9 puntos (No depresión), 10-18 (leve), 19-29 (moderada), >30 (grave). (Ver anexo 6).

“Mini mental”

El presente reactivo psicológico elaborado por Marshal Folstein en el año 1975 está conformado por 5 apartados, que tienen como objetivo detectar la presencia de deterioro cognitivo, su calificación va 30-35 (Normalidad), 25-30 (Ligero déficit), 20-24 (Deterioro



cognitivo leve), 15–19 (Deterioro cognitivo moderado y signo claro de la existencia de una demencia). (Ver anexo 7).

RESULTADOS OBTENIDOS

Paciente de 35 años, género femenino, acude a consulta psicológica por decisión propia, refiere un estado civil de unión libre, madre de 2 niños, labora como docente en una institución educativa en el sector público y refiere vivir en la ciudad de Babahoyo.

Para la evaluación psicológica ejecutada en el presente estudio de caso se necesitó de cinco sesiones, trabajadas mediante atención recurrente y con previo agendamiento, las cuales se detallan a continuación.

Primera sesión 27/06/2022 (11:00am – 12:00pm)

En esta primera sesión se trabajó con la historia clínica y se obtuvieron los siguientes resultados, la paciente refiere, “hace tres meses atrás vengo presentando problemas con mis emociones, no tengo muchas ganas de realizar las cosas que solía hacer antes con normalidad y por lo tanto, tampoco disfruto de las actividades que me causaban alegría, me fatigo muy rápido, me cuesta tomar decisiones por sí sola, en las noches no suelo conciliar el sueño. Esto se viene presentando debido a que mi esposo en varias ocasiones llega borracho y 2 veces me ha pegado fuertemente en la cara con una cachetada, sin razón alguna”.

Paciente refiere además “Luego de que sucedió todo eso él comenzó a comportarse muy distante conmigo, toda esta situación me tiene muy mal, eh perdido el apetito, lloro mucho por las noches y me acuesto a dormir tarde, no logro concentrarme en mi trabajo, hago las cosas de la casa con mucho desanimo, ya no sé qué hacer me siento sola y muy triste”.

Segunda sesión 29/06/2022 (11:00am – 12:00pm).

En esta sesión se trabajó con la técnica de respiración y ejercicios de tensión muscular controlada, con la finalidad de que la paciente se sienta más cómoda y de esta manera presente una colaboración oportuna con la entrevista semiestructurada. En la cual la paciente



respondió a todas las preguntas realizadas por el terapeuta, refiriendo que, a presentado cambios en su estado de ánimo, le cuesta mucho desenvolverse con normalidad en su entorno por esa razón se aísla, además menciono que presenta varios síntomas somáticos como dolores de cabeza, sudoración excesiva y mucha agitación.

Tercera sesión 30/01/2022 (11:00am – 12:00pm)

En esta sesión se procedió a evaluar a la paciente mediante los reactivos psicológicos detallados a continuación: “Escala de Ansiedad de Hamilton”: De acuerdo con la evaluación realizada la paciente obtuvo un resultado de 13 puntos, lo cual indicaría una presencia de una ansiedad menor. “Inventario de Depresión de Beck”: De acuerdo con la evaluación realizada la paciente obtuvo un resultado de 23 puntos, equivalente a una Depresión moderada. “Mini mental”: De acuerdo con la evaluación realizada la paciente obtuvo un resultado de 27 puntos, que hace referencia a una ausencia de deterioro cognitivo.

Cuarta sesión, 01/07/2022 (11:00am – 12:00pm).

En esta cuarta sesión se trabajó con la técnica de registro de pensamientos automáticos de la terapia cognitiva conductual, en la cual se le pidió a la paciente que mediante un registro anote aquellos pensamientos automáticos que se le presentan ante una situación en específico y cuáles son sus cambios emocionales. Además, se trabajó con la paciente con la técnica de psicoeducación en la cual se le explico cómo los pensamientos generan sentimientos.

Quinta sesión, 06/07/2022 (11:00am – 12:00pm).

De acuerdo con lo solicitado anteriormente se evidencio que la paciente registro varios pensamientos negativos acerca de su situación actual los cuales le generan malestar en las diferentes áreas, por esta razón en esta quinta sesión se trabajó con la paciente la técnica: “Diferenciando eventos, pensamientos y sentimientos”.

Sexta sesión, 11/07/2022 (11:00am – 12:00pm).

En la presente sesión se trabajó con la paciente con la técnica: “Programación de actividades”, donde la paciente, sea capaz de incorporar nuevas actividades en su vida diaria,



principalmente aquellas que no le aportaban satisfacción ni siquiera antes del episodio depresivo.

Séptima sesión, 13/07/2022 (11:00am – 12:00pm).

En la presente sesión se trabajó con la paciente con la técnica: “Asignación de tareas graduales”, donde la paciente defina un problema y formule actividades desde la más simple a la más compleja.

Octava sesión, 18/07/2022 (11:00am – 12:00pm).

En la presente sesión se trabajó con la paciente con la técnica progresiva de Jackson en la cual se le proporciono a la paciente una habilidad que le permita afrontar situaciones diarias que pueden generarle afecciones somáticas



SITUACIONES DETECTADAS

De acuerdo con las primeras sesiones se encontró que la paciente de 35 años presenta cambios notables y consistentes en su estado de ánimo, no tiene muchas ganas de realizar las cosas que realizaba normalmente, ya no disfruta realizar las cosas que antes la hacían feliz, se fatiga muy seguido, le cuesta tomar decisiones por si sola, le cuesta conciliar el sueño, ha perdido el apetito, llora mucho por las noches, no logra concentrarse en su trabajo, hace las cosas de la casa con mucho desanimo.

En los resultados obtenidos de la observación directa se halló que el paciente de 35 años, de contextura corporal gruesa, de aproximadamente 1.71 metros de altura, etnia mestiza acude a consulta de manera voluntaria, denotando tristeza en su rostro, mirada fija hacia el suelo, presenta un aspecto personal desaliñado a su edad y entorno, al inicio de la evaluación psicológica se le dificultaba concentrarse en la entrevista, sin embargo gracias a los ejercicios de relajación se logró que en las sesiones posteriores su actitud presente cambios positivos mejorando considerablemente su colaboración y compromiso.

En cuanto a los resultados de la entrevista semiestructurada se logró registrar las siguientes situaciones detectadas: Aumento considerable de síntomas para un cuadro depresivo, un impedimento notable para desenvolverse en el ámbito social, familiar y laboral, cambios bruscos de sus emociones y síntomas somáticos

A partir de todo lo trabajado anteriormente y de haber registrado todas aquellas situaciones detectadas durante la evaluación realizada a la paciente, se estableció un cuadro sindrómico el cual contempla las diferentes áreas afectadas, las cuales se detallan a continuación:

Tabla 1.

<i>Cuadro sindrómico</i>		
Área cognitiva:	Dificultad para concentrarse Alteración leve en la percepción de su entorno Pensamientos de culpa	Depresión
Área afectiva:	Estado de ánimo bajo Tristeza Miedo Sentimientos de inferioridad Bajo autoestima	
Área conductual:	Aislamiento	
Área somática:	Dolores de cabeza Sudoración excesiva Mucha agitación Dificultad para conciliar el sueño	

Nota. Signos y síntomas de la paciente *Fuente.* Elaborado por Adriana Cortez (2022)

Mientras tanto en los factores predisponentes la paciente refiere lo siguiente: Que su esposo no le da la atención que ella necesita, que sus hijos le reprochan a cada momento que por culpa de ella su padre es malo y por último la indiferencia de sus compañeros de trabajo.

En cuanto al factor precipitante la paciente manifiesta que toda esta situación se originó a partir de que su esposo llegó tomado el día que cumplió años y la golpeó sin razón alguna. Por otra parte, y de acuerdo con lo manifestado por la paciente esta situación se viene presentando hace 3 meses atrás.

Conforme a los resultados obtenidos durante la intervención psicológica, se pudo concluir que la paciente de 35 años presenta un diagnóstico presuntivo con codificación.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



18

CIE-10 F32.01 (DSM-V 296.31). EPISODIO DEPRESIVO LEVE CON SINDROME SOMATICO, de acuerdo con los criterios sugeridos por el manual de trastorno mentales y del comportamiento CIE-10.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



SOLUCIONES PLANTEADAS

Tabla 2

Plan Terapéutico basado en la Terapia Cognitivo Conductual

Áreas afectadas	Objetivo	Técnica	sesiones	Fecha	Resultados
<p>Área cognitiva y afectiva</p> <ul style="list-style-type: none">• Dificultad para concentrarse• Alteración leve en la percepción de su entorno• Pensamientos de culpa “pienso que soy culpable porque no atendí a mi esposo como debía” “Pienso que si yo no hubiera ido a ver a mi esposo al trabajo no hubiera pasado esto”• Bajo autoestima• Estado de ánimo bajo• Tristeza• Miedo• Sentimientos de	<ul style="list-style-type: none">• Que la paciente se involucre activamente en un ejercicio planteado por el terapeuta, el cual está diseñado para determinar si las actividades que realiza cotidianamente la paciente logran disminuir sus preocupaciones y mejorar su estado emocional.• Lograr que la paciente comprenda, que la manera de como ella interpreta los acontecimientos influye directamente en sus sentimientos y en su conducta.	<ul style="list-style-type: none">• Psicoeducación• Diferenciando eventos, pensamientos y sentimientos	<p>1</p> <p>2</p>	<p>01/07/2022</p> <p>06/07/2022</p>	<ul style="list-style-type: none">• Se logro que la paciente interprete de mejor manera cada acontecimiento de su rutina diaria.• Se logro que la paciente disminuya sus preocupaciones y mejore su estado emocional



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



inferioridad					
<p>Área conductual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para conciliar el sueño • Aislamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Que la paciente, sea capaz de incorporar nuevas actividades en su vida diaria, principalmente aquellas que no le aportaban satisfacción ni siquiera antes del episodio depresivo. • Que la paciente defina un problema y formule actividades desde la más simple a la más compleja, con la finalidad de que 	<ul style="list-style-type: none"> • Programación de actividades • Asignación de tareas graduales 	<p>1</p> <p>2</p>	<p>11/072022</p> <p>13/07/2022</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se logro que la paciente mejore la satisfacción de realizar tareas que antes no las realizaba. • Se logro que la paciente reconozca sus logros,



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



	la paciente observe sus éxitos, y no minimice sus logros, se evalúe de forma realista y reconozca sus esfuerzos y capacidades para conseguir sus objetivos.				esfuerzos y capacidades personales.
Área somática: <ul style="list-style-type: none">• Dolores de cabeza• Sudoración excesiva• Mucha agitación	<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar a la paciente una habilidad que le permita afrontar situaciones diarias que pueden generarle afecciones somáticas.	<ul style="list-style-type: none">• Técnica progresiva de Jackson	1	18/07/2022	<ul style="list-style-type: none">• Se logro que la paciente afronte las situaciones que se le presentan en su vida cotidiana.



CONCLUSIONES

De acuerdo con la investigación realizada a las variables del presente estudio de caso y la intervención psicológica ejecutada a la usuaria, se concluye que la violencia física si influye directamente en una mujer de 35 años, quien presenta un diagnóstico para trastorno de depresión, esto se justifica debido a que varios autores plantean en sus aportes científicos la relación que existe entre la variable dependiente e independiente además este resultado se confirma gracias a la oportuna evaluación psicológica realizada a la paciente.

Tomando en consideración lo antes mencionado, se concluye que las técnicas aplicadas a la paciente fueron las idóneas, ya que, mediante la implementación de la historia clínica, entrevista semiestructurada, observación directa, clasificación de evento, pensamiento y emoción de la TCC, además de los reactivos psicológicos, escala de ansiedad de Hamilton, inventario de depresión de Beck y el Mini mental se logró indagar sobre la situación actual de la paciente y registrar aquellos signos, síntomas, factores predisponentes, precipitantes y el tiempo que ha persistido la problemática en la paciente.

Es necesario resaltar, que los resultados obtenidos en las técnicas aplicadas a la usuaria permitieron detectar varias situaciones latentes en la paciente a raíz de la violencia física por la cual está atravesando, además de diversos factores externos que se le presentan al momento de realizar las actividades de su vida cotidiana, a partir de todo esto se logró plasmar un diagnóstico presuntivo comprobando de esta manera que la paciente si presenta un episodio depresivo leve con síndrome somático a consecuencia de la violencia física que su pareja ha revelado en varias ocasiones.

Dentro de este marco, después de haber realizado la investigación científica de las variables y haber ejecutado la intervención psicológica, se concluye que fue necesario implementar en el plan terapéutico técnicas de la terapia cognitivo conductual y la técnica progresiva de Jackson, debido a todos los signos como: síntomas referidos y manifestados por la usuaria durante todas las sesiones trabajadas y los cuales confirmaron un episodio



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



20

depresivo, además dichas técnicas lograron registrar resultados favorables en beneficio de la salud mental y conductual de la paciente.

En definitiva, se concluye que el presente estudio de caso cuenta con la validez de una investigación científica y práctica. Por lo que se puede justificar debido a la metodología utilizada en este trabajo psicológico, y la cual se logró construir gracias al apoyo y compromiso de la Universidad Técnica de Babahoyo durante todo el proceso de enseñanza y aprendizaje en los años de estudio en la carrera de Psicología Clínica.

De igual manera, se concluye que la factibilidad del presente trabajo psicológico se alcanzó de manera positiva y oportuna debido a la colaboración y compromiso de la paciente, al igual que su familia, amigos y compañeros quienes fueron un apoyo permanente durante todo el proceso de evaluación psicológica y el tiempo del tratamiento. De esta manera se recalca que el tratamiento planteado en el plan terapéutico fue el más idóneo para esta problemática que manifestó la paciente durante 3 meses y que en la actualidad se pudo modificar.

Igualmente resulta trascendental concluir que gracias a la inmensa cantidad de estudios y trabajos realizados sobre esta problemática se pudo obtener las bases científicas para realizar una comparativa teórica-práctica acerca de la relación que existe entre la violencia física y el trastorno de depresión en una mujer de 35 años.



RECOMENDACIONES

Se recomienda a la paciente continuar con el asesoramiento psicológico, al mismo tiempo y de manera conjunta fortalecer la dinámica social, familiar y laboral, todo esto con la finalidad de que la paciente logre superar de manera completa e integral aquellos malestares detectados durante la evaluación psicológica.

Finalmente, se sugiere que el presente estudio de caso sea considerado como una guía rápida para solucionar aquellas afecciones presentes a nivel psicológico y somático a consecuencia de la violencia física que día a día las personas viven en su contexto social, familiar y laboral.



BIBLIOGRAFIA

- Calero, D., & Vaca, E. (2019). *Ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia*. Quito, Ecuador: Universidad Internacional SEK. Obtenido de <https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3513/3/Cristina%20Calero%20PROYECTO.pdf>
- Cuervo, E. (2016). *Exploración del concepto de violencia y sus implicaciones en educación*. Valencia-España: Universitat de Valencia-España. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n46/0188-7742-polcul-46-00077.pdf>
- Fabián, E., Vilcas, L., & Yovana, A. (2020). Factores de riesgo que influyen en la violencia con mujer de parte del cónyuge en la sierra central del Perú. *Revista Espacios*, 1-17. Obtenido de <https://www.revistaespacios.com/a20v41n22/a20v41n22p17.pdf>
- Lara, E., Aranda, C., Zapata, R., Bretones, C., & Alarcón, R. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en a relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 1-8. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/333888410_Depresion_y_ansiedad_en_mujeres_victimas_de_violencia_en_la_relacion_de_pareja/fulltext/5d0ae52092851cfc6251ec2/Depresion-y-ansiedad-en-mujeres-victimas-de-violencia-en-la-relacion-de-pareja.pdf?origin=p
- Ministerio de Salud Pública de Chile. (2013). *Guía Clínica depresión en personas de 15 años y más*. Santiago de Chile: Subsecretaría de Salud Pública. Obtenido de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
- ONU MUJERES. (9 de julio de 2022). *Hechos y cifras: Poner fin a la violencia contra las mujeres*. Obtenido de <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



23

Obtenido de

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., & Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Biomed*, 89-115. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio172c.pdf>

Romero, J. (2017). Implicaciones psicosociales individuales de la violencia colectiva en víctimas del conflicto armado colombiano. *International e-Journal of Criminal Science*, 1-16. Obtenido de <https://ojs.ehu.eus/index.php/inecs/article/download/18059/15665/66801>

Tlalolin, B. (2017). ¿Violencia o violencias en la universidad pública? Una aproximación desde una perspectiva sistémica. *El Cotidiano*, 39-50. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/325/32553518005.pdf>

Vacacela, S., & Mideros, A. (2022). *Identificación de los factores de riesgo de violencia de género en el Ecuador como base para una propuesta preventiva*. Quito-Ecuador: Universidad de Los Andes. Obtenido de <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/epub/10.13043/DYS.91.3>



ANEXOS

Anexo 1

FICHA DE OBSERVACION CLINICA

MODELO DE REPORTE DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

1. DATOS GENERALES:

Nombre: NN

Sexo: Femenino

Edad: 35

Lugar y fecha de nacimiento: 10/02/1987

Instrucción: Tercer Nivel

Tiempo de Observación: 45 minutos

Hora de Inicio: 11:00 am

Minutos: 45

Hora final: 12:00

Fecha: 27/06/2022

Tipo de Observación: Descriptiva Nombre del Observador (a): NN

2. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN:

2.1 DESCRIPCIÓN FÍSICA Y VESTIMENTA.

Paciente de 35 años, de contextura corporal gruesa, de aproximadamente 1.71 metros de altura, presenta un aspecto personal desaliñado a su edad y entorno

2.2 DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE.

Ambiente cómodo para la atención psicológica, no existen distracciones ni interrupciones.

2.3 DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA

Le dificultaba concentrarse en la entrevista, sin embargo, gracias a los ejercicios de relajación se logró que en las sesiones posteriores su actitud presente cambios positivos mejorando considerablemente su colaboración y compromiso.

III. COMENTARIO:

La paciente colabora de manera positiva con la entrevista



Anexo 2

HISTORIA CLÍNICA

HC. # ----

Fecha: --/--/----

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: NN

Edad: 35 años

Lugar y fecha de nacimiento:

Género: Femenino

Estado civil: Unión libre

Religión: católica

Instrucción: Tercer nivel

Ocupación: Profesora

Dirección:

Teléfono: NN

Remitente: Consulta externa

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta y refiere “Hace tres meses atrás vengo presentando problemas con mis emociones, no tengo muchas ganas de realizar las cosas que solía hacer antes con normalidad y por lo tanto, tampoco disfruto de las actividades que me causaban alegría, me fatigo muy rápido, me cuesta tomar decisiones por sí sola, en las noches no suelo conciliar el sueño. Esto se viene presentando debido a que mi esposo en varias ocasiones llega borracho y 2 veces me ha pegado fuertemente en la cara con una cachetada, sin razón alguna”

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

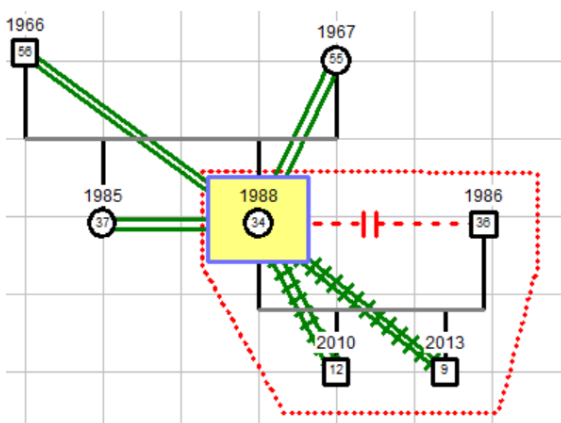
Paciente refiere además “Luego de que sucedió todo eso él comenzó a comportarse muy distante conmigo, toda esta situación me tiene muy mal, eh perdido el apetito, lloro mucho por las noches y me acuesto a dormir tarde, no logro concentrarme en mi trabajo,

hago las cosas de la casa con mucho desanimo, ya no sé qué hacer me siento sola y muy triste”.

Por otra parte en el relato de la historia del cuadro psicopatológico actual la paciente manifiesta ”Todo empezó un día que fui a ver a mi pareja a su trabajo porque era su cumpleaños, yo llegue a su oficina y el me recibió feliz, fuimos a comer junto el almuerzo y me despedí de el sin discutir, ya en la noche mientras lo esperaba con mis hijos para merendar y cantarle por su cumpleaños él llega borracho, nos insultó y cuando yo le estaba llevando al dormitorio para que ya duerma el comienza a insultarme y decirme que nunca más lo fuera a ver en su trabajo, yo solo lo escuchaba, pero cuando ya le dije que se acostara el levanto su mano y me pego una cachetada, yo me quede sin palabras ya que él nunca había hecho eso durante el tiempo que vivimos juntos, pasaron varias semanas y un viernes llego a la casa pero esta vez no estaba borracho me reprocho por la comida diciéndome que estaba desabrida y que no la iba a comer me lanzo la cuchara a la espalda y se fue a la cama”.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).



b. Tipo de familia.

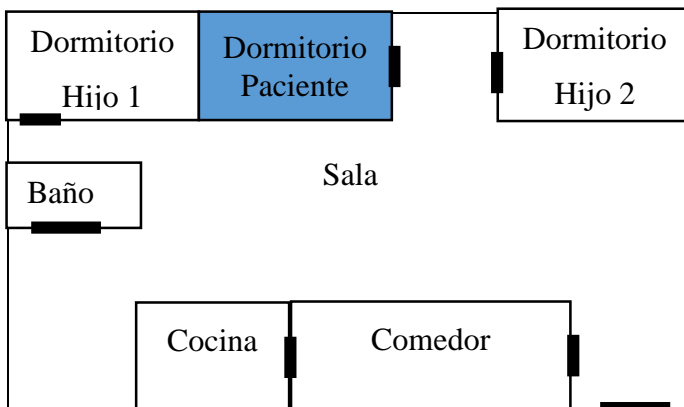
Familia nuclear.

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

Paciente refiere que en su familia no existe antecedentes psicopatológicos.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

Paciente refiere que su vivienda es propia y consta de 3 dormitorios, un baño en la habitación principal y otro general, sus respectivas puertas y ventanas, una cocina y un comedor y una sala. Paciente prefirió no dar más detalles.



6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

Paciente es la última de 2 hermanas, manifiesta que no hubo complicaciones en el parto, que fue parto normal sin ningún tipo de enfermedad, su lactancia fue del pecho de su madre, y leche en polvo, tuvo 2 años de lactancia, su crecimiento fue normal y cumplió con las especificaciones de cada etapa de crecimiento.

6.2. ESCOLARIDAD

Paciente manifiesta que, en su etapa de escolaridad, fue una niña normal con notas promedio, aparentemente sociable, tenía muchos amigos, su rendimiento era normal, siempre mantuvo una conducta agradable y esto ayudó a que sus maestros y familiares la apreciaran mucho.

6.3. HISTORIA LABORAL



Paciente manifiesta que comenzó a trabajar aproximadamente a sus 19 años como docente, trabajo que mantiene hasta la actualidad.

6.4. ADAPTACIÓN A SU ENTORNO

Paciente refiere que en cualquier lugar que ella se encuentre, se le hace muy fácil adaptarse, siempre mantiene conversaciones con sus familiares y amigos más cercanos. Sin embargo, a raíz de su problemática en la actualidad refiere tener problemas para relacionarse.

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE

En la actualidad prefiere que usa su tiempo libre para cuidar de sus hijos y estar con ellos.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

Paciente manifiesta que con sus 2 hijos es muy afectiva, pero a raíz de la problemática ha demostrado desinterés afectivo, respecto a su sexualidad, ésta ha venido disminuyendo a causa de que su esposo le manifiesta desinterés.

6.7. HÁBITOS

Paciente manifiesta no tener hábitos.

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

Paciente refiere que los últimos 3 meses aproximadamente ha preferido no comer, ha tenido problemas para consolidar el sueño se acuesta muy tarde y se despierta muy temprano.

6.9. HISTORIA MÉDICA

Sin antecedentes de enfermedades graves.

6.10. HISTORIA LEGAL

Aparentemente sin antecedentes legales.

6.11. PROYECTO DE VIDA

Paciente manifiesta que en la actualidad no tiene en mente un proyecto de vida.

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA

Paciente de 35 años, de contextura corporal gruesa, de aproximadamente 1.71 metros de altura, etnia mestiza acude a consulta de manera voluntaria, denotando tristeza en su



rostro, mirada fija hacia el suelo, presenta un aspecto personal desaliñado a su edad y entorno, al inicio de la evaluación psicológica se le dificultaba concentrarse en la entrevista, sin embargo gracias a los ejercicios de relajación se logró que en las sesiones posteriores su actitud presente cambios positivos mejorando considerablemente su colaboración y compromiso.

7.2. ORIENTACIÓN

Se encuentra orientada en tiempo y espacio

7.3. ATENCIÓN

Su atención no es normal se distrae muy fácilmente con el entorno, alteración leve en la percepción de su entorno.

7.4. MEMORIA

Su memoria no está en los rangos normales, pero recuerda la mayor parte de cosas, fluida, no manifiesta problemas aparentemente

7.5. INTELIGENCIA

Aparentemente normal

7.6. PENSAMIENTO

Se denota una distorsión en sus pensamientos, manifiesta creencias negativas sobre el problema actual.

7.7. LENGUAJE

Su lenguaje se muestra distorsionado por el problema actual.

7.8. PSICOMOTRICIDAD

Presenta control psicomotor fino y grueso.

7.9. SENSOPERCEPCION

Paciente presenta problemas en su percepción del entorno.

7.10. AFECTIVIDAD

Estado de ánimo bajo, tristeza, miedo, sentimientos de inferioridad y bajo autoestima

7.11. JUICIO DE REALIDAD



Paciente está consciente de la situación en la que se encuentra.

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Paciente presenta conciencia de su padecimiento actual y por tal motivo tomo la decisión de buscar ayuda psicológica.

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

Manifiesta un antecedente traumático.

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

“Escala de Ansiedad de Hamilton”: De acuerdo con la evaluación realizada la paciente obtuvo un resultado de 13 puntos, lo cual indicaría una presencia de una ansiedad menor. “Inventario de Depresión de Beck”: De acuerdo con la evaluación realizada la paciente obtuvo un resultado de 23 puntos, equivalente a una Depresión moderada. “Mini mental”: De acuerdo con la evaluación realizada la paciente obtuvo un resultado de 27 puntos, que hace referencia a una ausencia de deterioro cognitivo.

• **MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO**

<i>Cuadro sindrómico</i>		
Área cognitiva:	Dificultad para concentrarse Alteración leve en la percepción de su entorno Pensamientos de culpa	Depresión
Área afectiva:	Estado de ánimo bajo Tristeza Miedo Sentimientos de inferioridad Bajo autoestima	
Área conductual:	Aislamiento	



Área somática:	Dolores de cabeza Sudoración excesiva Mucha agitación Dificultad para conciliar el sueño	
----------------	---	--

9.1. Factores predisponentes:

Mientras tanto en los factores predisponentes la paciente refiere lo siguiente: Que su esposo no le da la atención que ella necesita, que sus hijos le reprochan a cada momento que por culpa de ella su padre es malo y por último la indiferencia de sus compañeros de trabajo.

9.2. Evento precipitante:

En cuanto al factor precipitante la paciente manifiesta que toda esta situación se originó a partir de que su esposo llegó tomado el día que cumplió años y la golpeó sin razón alguna. Por otra parte, y de acuerdo con lo manifestado por la paciente esta situación se viene presentando hace 3 meses atrás.

9.3. Tiempo de evolución:

Esta situación ha persistido durante 3 meses en la paciente.

9. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

CIE-10 F32.01 (DSM-V 296.31). EPISODIO DEPRESIVO LEVE CON SINDROME SOMATICO, de acuerdo con los criterios sugeridos por el manual de trastorno mentales y del comportamiento CIE-10.

10. PRONÓSTICO

La paciente tiene un pronóstico favorable ya que presenta una actitud de colaboración propicia para la entrevista y las sesiones posteriores, y esto ayudara a que regrese a su vida de forma normal.

11. RECOMENDACIONES



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

12. ESQUEMA TERAPÉUTICO



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



31

Áreas afectadas	Objetivo	Técnica	sesiones	Fecha	Resultados
<p>Área cognitiva y afectiva</p> <ul style="list-style-type: none">• Dificultad para concentrarse• Alteración leve en la percepción de su entorno• Pensamientos de culpa “pienso que soy culpable porque no atendí a mi esposo como debía” “Pienso que si yo no hubiera ido a ver a mi esposo al trabajo no hubiera pasado esto”• Bajo autoestima• Estado de ánimo bajo• Tristeza• Miedo• Sentimientos de inferioridad	<ul style="list-style-type: none">• Que la paciente se involucre activamente en un experimento planteado por el terapeuta, el cual está diseñado para determinar si las actividades que realiza cotidianamente la paciente logran disminuir sus preocupaciones y mejorar su estado emocional.• Lograr que la paciente comprenda, que la manera de como ella interpreta los acontecimientos influye directamente en sus sentimientos y en su conducta.	<ul style="list-style-type: none">• Psicoeducación• Diferenciando eventos, pensamientos y sentimientos	1 2	01/07/2022 06/07/2022	<ul style="list-style-type: none">• Se logro que la paciente interprete de mejor manera cada acontecimiento de su rutina diaria.• Se logro que la paciente disminuya sus preocupaciones y mejore su estado emocional
<p>Área conductual:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dificultad para conciliar el sueño	<ul style="list-style-type: none">• Que la paciente, sea capaz de incorporar nuevas actividades en su vida diaria, principalmente	<ul style="list-style-type: none">• Programación de actividades	1	11/072022	<ul style="list-style-type: none">• Se logro que la paciente mejore la satisfacción



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento 	<p>aquellas que no le aportaban satisfacción ni siquiera antes del episodio depresivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que la paciente defina un problema y formule actividades desde la más simple a la más compleja, con la finalidad de que la paciente observe sus éxitos, y no minimice sus logros, se evalúe de forma realista y reconozca sus esfuerzos y capacidades para conseguir sus objetivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de tareas graduales 	<p style="text-align: center;">2</p>	<p style="text-align: center;">13/07/2022</p>	<p>de realizar tareas que antes no las realizaba.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se logro que la paciente reconozca sus logros, esfuerzos y capacidades personales.
<p>Área somática:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolores de cabeza • Sudoración excesiva • Mucha agitación 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a la paciente una habilidad que le permita afrontar situaciones diarias que pueden generarle afecciones somáticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica progresiva de Jackson 	<p style="text-align: center;">1</p>	<p style="text-align: center;">18/07/2022</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se logro que la paciente afronte las situaciones que se le presentan en su vida cotidiana.



Anexo 3

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Fecha: 29/06/2022

- ¿Hábleme de la relación con su pareja?

- ¿Cómo describiría la relación con sus hijos?

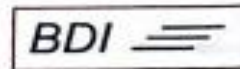
- ¿Cómo describiría la relación de su pareja con sus hijos?

- ¿Qué tan seguido presenta todos esos síntomas, descríbame como usted se siente?

- ¿Cómo describiría su desenvolviendo en el trabajo?

- ¿Hábleme acerca de los posibles motivos por los cuales su pareja ha cambiado su comportamiento los ultimo meses?

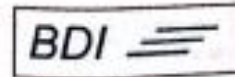
Anexo 5



Identificación Fecha 30-01-2022

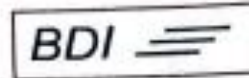
En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 Me siento desanimado respecto al futuro.
 Siento que no tengo que esperar nada.
 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3. No me siento fracasado.
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 Me siento culpable constantemente.
6. No creo que esté siendo castigado.
 Me siento como si fuese a ser castigado.
 Espero ser castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
7. No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.
 Me da vergüenza de mí mismo.
 Me detesto.



Identificación Fecha

8. No me considero peor que cualquier otro.
 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 Continuamente me culpo por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 Descartaría suicidarme.
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. No lloro más de lo que solía.
 Ahora lloro más que antes.
 Lloro continuamente.
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. No estoy más irritado de lo normal en mí.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado continuamente.
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. No he perdido el interés por los demás.
 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 He perdido todo el interés por los demás.
13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 Evito tomar decisiones más que antes.
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 Ya me es imposible tomar decisiones.
14. No creo tener peor aspecto que antes.
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 Creo que tengo un aspecto horrible.



Identificación Fecha

15. Trabajo igual que antes.
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 No puedo hacer nada en absoluto.
16. Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. No me siento más cansado de lo normal.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.
19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar: SI NO
20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 Estoy menos interesado por el sexo que antes
 Estoy mucho menos interesado por el sexo
 He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL:

23

Anexo 7

30-01-2022

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: *NW* Varón Mujer
 Fecha: F. nacimiento: Edad: *35*
 Estudios/Profesión: *Docente* Núm. Historia:
 Observaciones:

¿En qué año estamos? 0-1 ✓ ¿En qué estación? 0-1 ✓ ¿En qué día (fecha)? 0-1 ✓ ¿En qué mes? 0-1 ✓ ¿En qué día de la semana? 0-1 ✓	ORIENTACIÓN TEMPORAL (máx. 5)	5
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ✓ ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ✓ ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ✓ ¿En qué provincia estamos? 0-1 ✓ ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1 ✓	ORIENTACIÓN ESPACIAL (máx. 5)	5
Nombre tres palabras peseta-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 ✓ Caballo 0-1 ✓ Manzana 0-1 ✓ (Balón 0-1 ✓ Bandera 0-1 ✓ Árbol 0-1 ✓)	Núm. de repeticiones necesarias FIJACIÓN RECUERDO inmediato (máx. 3)	3
Si tiene 30 euros y me va dando de tres en tres, ¿Cuántos le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 ✓ (0 0-1 0 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1) ✓	ATENCIÓN CÁLCULO (máx. 5)	5
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 ✓ (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1) ✓	RECUERDO DIFERIDO (máx. 3)	3
DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera, lápiz 0-1, reloj 0-1. REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "en un trigal había 5 perros") 0-1. ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con la mano derecha 0-1 dobla por la mitad 0-1 pone en suelo 0-1. LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1. ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1. COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1.	LENGUAJE (máx. 9)	6
Puntuaciones de referencia: 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia	PUNTUACIÓN TOTAL (máx. 30 puntos)	27