



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA REDISEÑADA**



**EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO**  
**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:**  
**PSICÓLOGO**

**PROBLEMA:**

**Violencia intrafamiliar y dependencia emocional en una joven de 19**  
**Años de la Parroquia Zapotal**

**AUTOR:**

**ACOSTA QUIÑÓNEZ DEYANEIRA ELIZABETH**

**TUTOR:**

**MSC. VERA ZAPATA JUAN ANTONIO**

**BABAHOYO – ABRIL**

**2023**

## **Contextualización.**

### **1. Planteamiento del Problema.**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) evidencian que la violencia contra la mujer aún se mantiene siendo un problema desbastador que está presente en todas las culturas del mundo, y que se comienza a vivenciar en edades alarmantemente tempranas. Cerca de 736 millones de féminas sufren algún tipo de violencia física o sexual ejercida por un compañero íntimo o por otras personas; esto se traduce a que una de cada tres mujeres en el mundo es violentada por sus agresores (2021).

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Censo (2019) se revela que el 64, 9% de las mujeres ecuatorianas han sufrido violencia de algún modo a lo largo de toda su vida. Se define, además, las tipologías de agresiones receptadas: En el componente de violencia psicológica se sitúa un 56, 9%; con la violencia física un 35, 4%; en el componente de atentado sexual se refleja un 32, 7%; un porcentaje menor referente a la violencia económica y patrimonial de 16, 4%; y finalmente sobre la coacción gineco-obstétrica un 47, 5%.

Aunque no se conocen cifras exactas acerca de los casos de la violencia conyugal hacia la mujer en el cantón Babahoyo; sin embargo, se rescata un referente importante que se dio en el año 2015. El Consejo de la Judicatura de Los Ríos (CJ) junto a representantes del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), Ministerio de Salud Pública (MSP), ECU 911 Babahoyo, la Universidad Técnica de Babahoyo (UTB), y más instituciones de la provincia, organizaron una mesa de trabajo para nutrir una cadena de apoyo en prevención e intervención de la violencia contra la mujer y la familia en la ciudad de Babahoyo; teniendo ante esto, el compromiso de luchar contra la impunidad de las historias de violencia intrafamiliar (Bolaños, 2018).

## 2. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de caso se desarrolla con la finalidad de dar a conocer aspectos importantes acerca del estado de dependencia emocional que puede generar un ambiente familiar o de pareja, donde prima la violencia en sus distintas manifestaciones. Deteniéndose en esta ocasión en la investigación realizada a una joven de 19 años; atendiendo así con esta investigación, a aquellos grupos de edades tempranas que en la actualidad suponen un alto índice de demanda en la problemática de la violencia de género contra la mujer.

La importancia teórica y práctica se fundamenta en que este estudio será útil para próximas indagaciones cercanas al tema planteado, además de que al nivel nacional y local este trabajo se sujeta a la evidente situación de maltrato que padecen a diario las jóvenes por parte de sus compañeros íntimos u hombres próximos a ellas. Esto indica que debemos averiguar no solamente las secuelas tangibles que provoca la violencia intrafamiliar o conyugal; sino también verificar el impacto psicológico que desencadena estas prácticas, como lo es la dependencia emocional.

Los beneficiarios directos de este estudios serán el sujeto de análisis de esta investigación junto a los miembros de su núcleo familiar mientras que, entre los favorecidos indirectos se encuentran todas aquellas féminas ecuatorianas que son víctimas de la violencia de pareja al poderse orientar sobre el impacto de la violencia , la autora de la obra al fortalecer su espíritu de investigadora, y con consolidación y adquisición de nuevos saberes y la Universidad Técnica de Babahoyo al alimentar su repositorio de investigación con más ciencia.

Se considera factible desarrollar este estudio de caso, en virtud de que se tuvo disposición por parte de la joven evaluada a participar activamente de la investigación, agregando a ello el basto respaldo instrumental, y teórico que reposa en el historial virtual de los arqueos en psicología para ambas variables. Siendo el modelo mixto, el diseño de investigación que caracteriza a este proyecto, el mismo que mantiene una tipología no experimental apoyada en el método descriptivo correlacional.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo General:**

- Establecer como incide la violencia intrafamiliar en la dependencia emocional de una joven de 19 años de la parroquia Zapotal, mediante la aplicación de técnicas e instrumentos psicológicos que permitan comprobar una relación entre estas variables.

#### **3.2 Objetivos específicos:**

- Describir la violencia intrafamiliar y la dependencia emocional, a través de la revisión bibliográfica de varios autores
- Detectar por medio de los instrumentos psicológicos, la presencia de dependencia emocional y aspectos relevantes acerca de la violencia intrafamiliar en la joven evaluada.
- Establecer resultados basados en el estudio metodológico realizado en el trabajo, respecto a la violencia intrafamiliar y dependencia emocional en una joven de 19 años de la parroquia Zapotal.

### **4. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio de caso se corresponde a la línea de investigación de psicología clínica y forense, con su respectiva sublínea: Evaluación clínica y forense, por lo que se observará, entrevistará y se aplicará pruebas psicométricas para obtener información sobre el caso a tratar.

## Desarrollo

### 5. Marco Conceptual.

#### 5.1. Violencia Intrafamiliar.

Es un problema de salud pública que promete la violación de derechos humanos e impide el desarrollo moral y social de las distintas ciudades y naciones, lo cual involucra a 7 de cada 10 mujeres en el mundo. Destacándose entre sus consecuencias negativas, las lesiones, trastornos mentales y reproductivos, enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones. Estas secuelas sobre la salud de la mujer pueden ser notorias durante años, en ocasiones constituyen discapacidad física o mental permanente, e incluso la muerte (Cedeño, 2019).

El dilema de la violencia intrafamiliar perjudica con mayor ímpetu a las mujeres, niñas, niños, adolescentes y adultos mayores que han sido debilitados por su condición de género, edad, menos valía y limitados recursos y poderes sociales. Esta conducta violenta no ocasiona solamente resultados graves dentro de la familia, sino que también puede ser aprendida de generación a generación, copiando, adoptando, y practicando el rol de víctima o agresor (Walton y Pérez, 2019).

La intensidad en el casillero de violencia de pareja se puede no solamente discernir en base a la información cualitativa que se ha acumulado concerniente al tema; las sorprendentes cifras que han marcado territorio a lo largo de la historia, permiten e incluso medir esta problemática. Hasta el año 2019, aproximadamente 243 millones de mujeres y niñas sufrieron violencia sexual o física por parte de sus parejas, y hasta el 2020 las demandas de violencia de género hacia las mujeres y niñas en el marco de matrimonios infantiles, ciberacoso, acoso y violencia sexual se incrementaron Noticias (ONU, 2020).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019) ha afirmado que una de cada 3 mujeres percibe violencia en algún estadio de su vida, por lo que bien podría calificarse a este fenómeno como una pandemia silenciosa, epidemia oculta, y se pronosticó, además, que probablemente sería una de las 15 primeras razones de enfermedad y muerte para el año 2020. Puesto que, de entre los 15 y 49 años en las mujeres que han sufrido violencia física o sexual por sus parejas a lo largo de su vida, existe un porcentaje que parte desde el 15% y se extiende hasta el 71%. Siendo la violencia de pareja, la forma más común que viven las mujeres. A modo de ejemplo, en América Latina y el Caribe un 30% de damas han vivido violencia corporal o sexual perpetrada por sus compañeros privados, en tanto que un 11% ha sufrido violencia en su vida a manos de terceros.

### **5.1.1. Tipos de violencia intrafamiliar.**

De acuerdo con Valdebenito (2015) la violencia intrafamiliar acontece cuando existe maltrato entre los integrantes de una familia, tal abuso puede ser de corte físico, sexual, psicológico o económico. Según la autora, en colaboración de Soledad Larraín, consultora de UNICEF; plantea que en una familia es posible encontrar 3 tipos de violencia, los que se presentan a continuación:

#### **5.1.1.1 Maltrato infantil. -**

Se produce cuando la violencia interfiere en el bienestar de los niños, niñas y adolescentes menores de edad, la cual es infundida por sus padres o cuidadores, existiendo maltrato físico cuando los padres o las personas que están al frente del cuidado de un menor, lo golpean con cachetadas, palmoteadas, jalones de cabello o lo dañan físicamente de alguna otra manera. El maltrato psicológico se pone en manifiesto a la hora de agredir verbalmente a los infantes; por ejemplo, el pronunciar contra ellos palabras descalificativas como bruto, inservible, feo, no puedes hacer nada bien, etc. En cambio, en el abuso sexual, los niños, niñas o adolescentes son intimidados sexualmente por personas adultas cercanas o lejanas a ellos; los adultos pueden violentar a los pequeños mostrando fotos pornográficas, hablando temas obscenos, exhibir o tocar genitales, o penetración coital (Domínguez, Quintero, Hernández y Bravo, 2016).

#### **5.1.1.2 Violencia doméstica o de pareja. -**

Independientemente de que la pareja se encuentre bajo un código matrimonial, o solo por una relación de convivencia marital; la violencia doméstica no pierde su estatus de no ser normal. La violencia psicológica en la pareja afecta la autoestima, el estado de ánimo y restringe la libertad humana. De igual manera, suelen ser evidentes los daños en el cuerpo a causa de los golpes de puño, empujones, cachetadas, patadas, intento de ahorcamiento, o atentados con armas blancas o de fuego. A pesar de que las relaciones coitales son propias en los esposos o convivientes, el ser forzado u obligado a tener relaciones sexuales, sentir presión para realizar actos sexuales indecorosos o involuntarios; estos son indicativos de violencia sexual dentro de la pareja (Cordero y Teyes, 2016).

Las mujeres también lidian con la violencia en el área económica dentro de su hogar, y esto se debe a que en la mayoría de las familias el marido o compañero íntimo es el miembro que promueve los ingresos económicos para los suyos. Por esta razón, el jefe de familia tiende a aportar insuficientemente con el dinero para suplir todas las carencias de la casa, le prohíbe a su mujer a que se ocupe en algún tipo de trabajo remunerado, controla todo lo que gasta la esposa en compras

para el hogar o hijos; y si la fémina llegase a laborar, el marido supervisa la administración de su sueldo (Cordero y Teyes, 2016).

### **5.1.1.3 Maltrato a los adultos mayores.**

- Hace referencia a las atenciones agresivas u ofensivas que reciben los abuelos o abuelas en una familia, es decir, los miembros de edad más avanzada.

De esta triada de violencia intrafamiliar, los tipos más frecuentes a lo largo de la historia y hasta los días son el maltrato infantil y la violencia doméstica o de pareja. Cabe recordar, que en esta cartilla se prioriza la violencia de pareja, en la que el sujeto masculino desempeña el papel de agresor, y el personaje femenino la función de víctima (Valdebenito, 2015).

### **5.1.2 Consecuencias de la violencia intrafamiliar.**

La violencia es un tema complejo y escalofriante que dentro de una relación de pareja comporta la privación de una vida saludable, llegando a ser la muerte una de las consecuencias más fulminantes. Según el Banco Mundial (2015) uno de 5 mujeres jamaiquinas ha testificado violencia de pareja, en Guatemala diariamente se registra la muerte de 2 mujeres, y en Uruguay mueren anualmente cerca de 25 mujeres a manos de sus maridos. Esta circunstancia se refuerza aún más por la falta de protección legal ante la violencia doméstica y sexual, debido a que más de 1000 millones de mujeres carecen de este beneficio (Banco Mundial, 2018).

Se ha demostrado que el estar sometido a un trato violento, tiene un producto desfavorable en el bienestar de la mujer, el que podría tener una estadía corta o duradera. La mujer violentada manifiesta abundantes síntomas físicos y sicosomáticos, una sintomatología de malestar psíquico, descenso del nivel de la autoestima, ansiedad y depresión principalmente, además de las heridas físicas. Los síntomas físicos que con frecuencia suelen componerse por cefaleas, agotamiento, dolor en zonas de la espalda, etc., se desencadenan simultáneamente con los psicológicos. Trastornos como el estrés que se generan por el maltrato estimulan la concepción de distintas patologías y fortalece las existentes (Calvo y Camacho, 2014).

Según se desprende de investigaciones desarrolladas por algunos países de todo el mundo, las gestaciones no deseadas, la mortalidad materna, hemorragias, infecciones de transmisión sexual integrado el VIH, y los abortos espontáneos son más observables en las mujeres que confiesan haber sido torturadas con violencia en algún momento de sus vidas (Organización Panamericana de la Salud, 2014). Por lo tanto, estas mujeres maltratadas física o sexualmente tienen un 16% más de probabilidad de alumbrar a bebés con insuficiencia ponderal, y se supera el

doble de probabilidad de sufrir un aborto inesperado o padecer trastornos emocionales riesgosos como la depresión (Organización Mundial de la Salud, 2013).

A la verdad, como detallan los expertos mencionados, la violencia doméstica de pareja infligida hacia la mujer afecta tanto a la dimensión física al igual que a la psicológica; sin embargo, existen investigaciones que identifican a la esfera psicológica, como uno de los prototipos iniciales y más concurrentes en el ámbito de la violencia de género con vínculo de pareja (Lorenzo, Valdés y Álvarez, 2018). En este sentido, autores como Gallegos, Sandoval, Espín y García concuerdan en la postura de que bien puede coronarse a la violencia psicológica como la promotora de la violencia machista, por lo que abre camino a mal tratos físicos, sexual y mental (Fernández, Valladares, Fernández, Pérez, y Medina, 2020).

A modo de ejemplo, el Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú, sobre los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), reportó que más de la mitad de las mujeres peruanas ha sido víctima de violencia machista por parte de sus esposos o compañeros sentimentales. El tipo de violencia más sobresaliente en la encuesta fue la psicológica que representó al 50, 8% de los casos, en la forma física se obtuvo un 26, 7%, y un 5, 9% para la violencia sexual (El Mercurio, 2022).

## **5.2 Dependencia emocional.**

El amor es uno de los sentimientos más intensos y reforzados que opera en el ser humano, sin embargo, hay ocasiones en las que este sentimiento se torna una necesidad que traerá consigo cambios sustanciales en las relaciones, mayormente en las maritales. Esto es característico de los sujetos que desarrollan un excesivo apego hacia su compañero/a sentimental, lo que luego evolucionará a una dependencia emocional por una unión disfuncional. Explicándose este trastorno, como un tipo de nexos afectivos que se identifica por la manifestación de interdependencia vincular (Villa, Sirvent, Ovejero, y Cuetos, 2018).

La dependencia emocional se asocia con una gran necesidad de transformar un estado sentimental a un vínculo afectivo inmovible y extremo que se ha logrado con un individuo, lo que se traduce a baja autoestima que encubre carencias afectivas. En esta alteración vincular uno de los miembros de la pareja depende extremadamente del otro, efectuando conductas inadecuadas para sí mismo o para la relación. Por tal, afloran patrones adictivos que provocan una asimetría de roles, todo con el único objetivo de satisfacer las demandas de afecto (Tello, 2015).

Se intenta hacer prevalecer el nexo de unión en la pareja, lo que acarrea un conjunto de consecuencias emocionales que parten desde crisis de ansiedad/depresión hasta el despidio del contacto social y el abandono de las actividades del ocio. Es decir, la dependencia emocional no encubre solamente comportamientos, sino también emociones, pensamientos, y motivaciones que se alían para conseguir a todo coste la proximidad del otro, para sentirse completos, seguros y reconocidos. Interfieren además las concepciones irracionales acerca del amor, las relaciones, la soledad y la separación (Tello, 2015).

### **5.1.2 Síntomas de la dependencia emocional.**

De acuerdo con el Diccionario médico Top Doctors (2021), en muchos casos los pacientes con dependencia emocional se unen a personas con un carácter dominante, posesivo y autoritario, construyendo y nutriendo una relación nociva gobernada por la dominación. A pesar de que estén siendo abatidos, desvalorizados, utilizados o violentados aún con todo esto, los dependientes emocionales son incapaces de abandonar la relación. En esta obra lingüística se plantea una lista de síntomas proporcionales a la dependencia emocional, mismos que se describen más adelante.

Los sujetos que padecen dependencia emocional pueden presentar algunos de los siguientes síntomas:

- No resisten estar solos, y el distanciamiento de cualquier índole con su pareja les genera estrés o ansiedad.
- Por el temor a la soledad no pueden dar culmino a la relación, aunque esta no les proporcione felicidad.
- La sumisión reina en el vínculo, prefieren no dar a conocer sus opiniones sobre un tema en concreto ni tampoco discutir el asunto para no incomodar o disgustar a su pareja.
- Con frecuencia tienen un auto concepto minimizado de su valor humano, se sienten insuficientes para sus parejas, por lo cual tienden a engendrar la idea obsesiva de ser traicionados.
- Comúnmente son personas celosas que se aíslan de sus compromisos sociales, para poder supervisar todo el tiempo a sus compañeros/as sentimentales.

### **5.1.3 Factores de la dependencia emocional.**

Según la Universidad Internacional de Valencia (2022) algunos enfoques terapéuticos, los factores de la dependencia emocional serán distintos dependiendo el historial clínico de cada paciente. Generalmente, el psicólogo será el profesional indicado para ayudar al dependiente emocional a identificar las causas de su apego patológico, el que surge de 3 factores:

A) Baja autoestima. – Una persona que mantenga un bajo nivel de la autoestima requiere del reconocimiento de los demás, se le imposibilita canalizar las críticas sociales, se siente inferior, no considera sus habilidades, etc.

B) Miedo al cambio. – La dependencia emocional puede atribuirse al temor para realizar cambios significativos en la vida, sobre situaciones que están bloqueando el favorable bienestar en la pareja.

C) Necesidad de afecto. – Este factor tiene cercanía con la baja autoestima, pues un racional que no ha distinguido entre sus virtudes y limitaciones, clama constantemente por el afecto de su pareja, amigos o familiares.

De mismo modo, en el Top Doctors (2022), se hace mención de que quienes desarrollan dependencia emocional son en gran proporción clientes con baja autoestima, inseguridades y una deficiente calidad de autoconfianza. Además, se propone a la crianza parental o los modelos referenciales que ha tenido a lo largo de su vida. Estos criterios son compartidos por otros autores, que colocan la causa de la dependencia en los primeros años de vida, aludiendo a la violencia intrafamiliar o a aspectos socioculturales Bernstein, como se citó en (Laca y Mejía, 2017).

### **5.2.3 Relación de la violencia intrafamiliar y dependencia emocional**

De acuerdo con Castello, como se citó en Cortegana y Correa (2018), la dependencia emocional es la fuente de donde proviene la violencia hacia la mujer dentro del núcleo familiar. Las mujeres dependientes emocionalmente deciden proseguir en relación con sus maltratadores por el hecho de que se han convencido de que no poseen las herramientas necesarias para salir adelante sin la compañía de su pareja. Por tal, la frecuencia con la que se manifieste el maltrato, producirá la adaptación del afectado a su ambiente violento, provocando un daño en el estado psicológico, sexual, físico y económico de quienes la sufren.

La manera de pensar, sentir y proceder ante la sujeción y buen comportamiento hacia la pareja conlleva a confundir al amor por una necesidad, por miedo a la separación. En la investigación llevada a cabo con una población del Chimborazo-Ecuador, se encontró que las participantes que habían sufrido algún tipo de violencia mantenían niveles sobresalientes de dependencia afectiva, lo cual se correlacionó con sus niveles moderados y graves de violencia (Pilco, Sarmiento, Estrada, Herrera y Amanta, 2021)

De igual manera, en otro estudio con 50 mujeres de Quito y Riobamba, se obtuvo que en un porcentaje de las evaluadas había una probabilidad de desarrollar dependencia emocional en

sus relaciones de pareja o ser víctimas de violencia, dado que eran procedentes de familias con antecedentes de violencia intrafamiliar por varias generaciones (Donoso, Garzón y Zavgorodniaia 2021).

## 6 MARCO METODOLÓGICO

### 6.1 Tipo y diseño de investigación:

El presente trabajo de investigación es de naturaleza mixta, tipo no experimental y de carácter descriptivo-correlacional. Los motivos de la selección de esta metodología se deben a que, para la recolección de datos, se necesitó de pruebas que aportaron con datos cualitativos, al igual de herramientas que facilitaron la obtención de información cuantitativa. Tal es el caso de las escalas psicométricas que, al ser calificadas, no solo brindaron una orientación cualificada del problema abordado, sino que también los puntajes que estos recibieron, aunque son contables permitieron al aplicador aproximarse a un diagnóstico para el problema de la paciente.

Cabe señalar que, con este estudio solo se pretende buscar una asociación entre la violencia intrafamiliar y la dependencia emocional a partir de la descripción del caso de una joven que ha sufrido violencia por parte de su pareja, por tal, se optó por el método descriptivo-correlacional. Para ello, la autora del estudio de caso se alineó a los criterios de métodos de investigación científica, para el correcto proceso metodológico efectuado en el trabajo (Sampiere, Collado y Lucio 2017).

### 6.2 Técnicas:

#### 5.1.2 Entrevista semiestructurada.

Es una técnica muy utilizada en el ámbito clínico, sobre todo en las primeras consultas para conocer con más detalles el caso del paciente. El especialista emite preguntas a su atendido, las cuales van surgiendo acorde a las respuestas que exprese el entrevistado, pero siempre fundamentada sobre la base del conflicto del paciente. Si bien, en este tipo de entrevista el profesional previamente tiene planificado mentalmente un esquema de interrogantes, no obstante, estas se terminan definiendo durante el cuestionamiento (Trindade, 2016).

#### 5.1.3 Historia clínica.

En psicología, se denomina un documento insustituible en el proceso terapéutico de un paciente. En este archivo se registra información imprescindible en torno al origen, naturaleza, evolución y estado actual del problema del sujeto que llega a consulta. Por lo general, este registro suele mantener una estructura que se conforma por datos generales, motivo de consulta, antecedentes del sujeto, características de la personalidad, historial familiar, exploración mental, diagnóstico, y plan de intervención psicológica (Pozón, 2015).

### **6.2.3 Observación directa**

Es una herramienta intangible, indispensable en todo profesional de la salud mental, a la hora de evaluar psicológicamente a una persona. Con la observación directa, le es posible al evaluador verificar los signos de una patología en un paciente, así como constatar la veracidad de los síntomas que manifiesta el cliente a través de su discurso. Además, con esta técnica se da comienzo al proceso de psicodiagnóstico, y se da culmino al programa de psicoterapia en sus distintas modalidades (Gómez, 2018).

### **6.2.4 Test psicométricos**

Son técnicas que aportan con datos psicológicos de un individuo, esta información puede aludir a la personalidad del paciente, procesos mentales, conducta o emociones. Los test psicométricos se diferencian en la medida que, comúnmente las escalas psicométricas se someten a una calificación sustentada en cifras (varemos o percentiles), mientras que las técnicas proyectiles, en su mayoría son valoradas según el juicio clínico del psicólogo/a, apoyado en instrucciones estandarizadas para la interpretación de los resultados.

## **6.3 Instrumentos:**

A continuación, se describen los instrumentos utilizados en la indagación:

### **6.3.3 Cuestionario de preguntas abiertas**

Para el efecto de este estudio de caso, se diseñó un cuestionario que estuvo conformado por 10 preguntas abiertas. Los reactivos tuvieron como fin conocer datos relevantes sobre los episodios de violencia intrafamiliar que había vivido la paciente, posibles rasgos de dependencia emocional como producto del ambiente violento, y la cognición de la evaluada acerca de su condición actual (Gómez, 2014).

### **6.3.4 Escala de trauma de Davidson**

También conocida como DTS por su nombre en inglés (David son Trauma Sale), diseñada por Davidson Jr., Es una encuesta psicológica, conformada por un cuestionario de 17 preguntas, el evaluado establece un valor numérico de 0 a 4 a cada pregunta. Esta escala mide la frecuencia y la gravedad en cada ítem, donde el 0 significa “nunca-nada”, 1 “a veces-leve”, 2 “2 a 3 veces-moderada”, 3 “4 a 6 veces-marcados” y el 4 “a diario-extremo”. Esta herramienta nos permite medir el nivel de gravedad y frecuencia de un evento traumático vivido por el paciente/evaluado. El autor propone un puntaje corte de 40 en la puntuación total (Davidson, Book, Colket, Tupler, Roth y Feldman, 1997)

### **6.3.5 Escala Hamilton de ansiedad**

Este test fue diseñado por Max Hamilton y consta de 14 ítems, los cuales serán valorados por el paciente de 0 a 4 puntos, donde 0 implica ausencia, 1 leve, 2 moderado, 3 grave y 4 muy incapacitante. Este instrumento permite medir los niveles de ansiedad del paciente o evaluado estableciendo tres rangos en relación con la puntuación final; 0-4 ausencia de ansiedad, 5-14 ansiedad leve y de 15 en adelante ansiedad moderada a grave (Hamilton, 1960).

### **6.3.6 Inventario de depresión de Beck (BDI)**

Este instrumento fue elaborado por un psiquiatra de Pensilvania Arón T. Beck en el año 1961, el cual se emplea para detectar la depresión y su gravedad en pacientes adolescentes y adultos que cuenten como mínimo con 13 años de edad. Esta prueba se constituye un autoinforme ya que es el paciente el que completa el cuestionario, respondiendo a 21 afirmaciones planteadas. El creador del test ofrece la siguiente modalidad de calificación para el inventario

- 1-10 Ausencia de depresión puede haber algunos altibajos, pero se consideran normales.
- 11-16 Leve perturbación del estado de ánimo.
- 17-20 Estados de depresión intermitentes.
- 21-30 Depresión moderada.
- 31-40 Depresión grave.
- 41 o Más Depresión extrema.

Estos test fueron utilizados con la finalidad de medir los síntomas básicos de la dependencia emocional, como lo son ansiedad, depresión, estrés y el trauma que genera la violencia intrafamiliar, con la finalidad de poder acercarse a un diagnóstico de violencia intrafamiliar y dependencia emocional en la paciente evaluada, y esto se debe a que no se cuenta con instrumentos gratuitos que permitan medir esta variable, o debido a que es muy limitada la accesibilidad en instrumentos específicos o test específicos, que me permitan medir la dependencia emocional y la violencia intrafamiliar.

## 7 RESULTADOS

### 7.1 Descripción del caso:

Se presenta el caso de una joven de 19 años que actualmente sufre violencia intrafamiliar en la modalidad de violencia de pareja. La mujer solicitó ayuda en los talleres de manejo del estrés en tiempos de COVID-19, proyecto que se estaba llevando a cabo por parte de la autora de este trabajo en virtud de dar cumplimiento al proceso de vínculo con la sociedad, impulsado por la carrera de psicología de la Universidad Técnica de Babahoyo.

La joven reside en la parroquia Zapotal del cantón Ventanas, indica que vive con Marcos su esposo de 22 años, y Alexander su hijo de 2 años de edad, su domicilio se encuentra distanciado de sus padres. Desde ya hace 3 años se unió a su compañero sentimental, y a sus 17 años tuvo su bebé. Por motivos de complicaciones en su estado de gestación y decisión de su pareja, optó por abandonar sus estudios universitarios por un determinado periodo de tiempo mientras su salud se restableciera.

En un primer contacto la joven confesó sentirse estresada ya que estaba teniendo problemas serios en su hogar. Esta situación le preocupaba mucho a la paciente, y por tal razón se inscribió en el programa de los talleres acerca del manejo del estrés. La fémina entabló un diálogo directo con la autora de este estudio, donde narró su historia de vida con detalles y firmeza.

La paciente expresó que ya un año que su pareja le maltrata con frecuencia, llega ebrio casi todas las noches, no le deja salir a ella de casa, y en ocasiones ha intentado mal tratar a su pequeño hijo también. Ella agregó que no se ha atrevido a demandar con la justicia a su pareja, porque a pesar de todo el daño que él le está causando, ella asegura aún amarlo y se resiste a separarse de él. El sujeto ha sido su primer novio en su vida, y señala amarlo a cuesta de todo. El amor todo lo soporta, explica la joven.

Esta narrativa llamó la atención de la responsable de la presente investigación, por tal, le propuso a la joven acudir a consulta psicológica con ella y de esa manera estudiar mejor su caso, y hallar una forma de poderle ayudar en su angustioso problema.

## **7.2 Sesiones:**

### **7.2.1 Primera Sesión.**

Fecha: 5 de enero del 2023, 15-00 pm.

En esta primera sesión se trabajó con el llenado de la estructura básica de la historia clínica, donde además se realizó una entrevista semiestructurada a la paciente, para conocer indicadores importantes acerca de su problemática. La entrevista consistió en 10 preguntas abiertas que estaban direccionadas a solicitar información acerca del comienzo del problema de la paciente, sintomatología, su progreso y estado actual.

En el levantamiento de información para elaborar la historia clínica de la joven concretamente en el apartado del cuadro psicopatológico, ella comunicó lo siguiente:

“A pesar de que ya me he independizado de mis padres aún tengo grabado en mi mente los malos recuerdos de mi infancia, todas aquellas ocasiones en las que veía que mi padre maltrataba injustamente a mi madre, e incluso a mí mismo sin causa alguna. Por este mismo motivo me uní a mi novio siendo tan chica aún, pero nunca me imaginé que la historia se volvería a repetir. Mi pareja me golpea, me insulta y me cela mucho, sin embargo, yo no quiero separarme de él, lo amo mucho que creo que sin él no podría vivir”. No lo he denunciado por temor, solo que no quiero quedarme sola.

### **7.2.2 Segunda sesión.**

Fecha: 12 de enero del 2023, 15-00 Pm.

Se continuó con el llenado de la historia clínica de la paciente, avanzando hasta el punto de la anamnesis. Además, se aplicaron 2 pruebas psicométricas a la joven para conocer su reciente estado emocional, estas pruebas fueron la escala Hamilton de ansiedad y el inventario de depresión de Beck. Ambas escalas miden características esenciales de depresión y ansiedad, síntomas que a su vez son comunes en las personas que atraviesan por una dependencia emocional hacia su pareja.

En la dimensión fenomenológica, la paciente muestra nerviosismo, agitación al momento de hablar, voz apagada, llanto en su discurso, hombros caídos, atavió desorganizado y extremadamente culto, y llegó con lentes oscuros a la consulta.

Como parte de esta sesión, se efectuó a la paciente la escala de trauma de Davidson, con la intención de verificar la intensidad y gravedad de la violencia intrafamiliar que ha estado sufriendo dentro de su hogar, por parte de su compañero marital. Puesto que, con este cuestionario es posible analizar la dinámica de un trauma ocasionado por un evento estresor, en este caso, el trauma que

ha representado el ambiente de violencia ante el que ha estado expuesta la paciente por aproximadamente un año de vida conyugal.

Adicionalmente, se trabajó con un cuestionario de 10 preguntas abiertas para contrastar y acotejar los resultados obtenidos en los test psicométricos aplicados, y confirmar o descartar una relación entre los problemas de la paciente.

### **7.2.3 Tercera sesión.**

Fecha: 19 de enero del 2023, 15-00 Pm.

En esta sesión se realizó la respectiva devolución de resultados a la paciente, acerca de todos los instrumentos aplicados, tanto las escalas psicométricas, al igual que las entrevistas. De acuerdo con la detenida valoración e interpretación que se llevó a cabo de los hallazgos encontrados en el proceso de evaluación psicológica, se obtuvo que actualmente la paciente sufre dependencia emocional como consecuencia de la violencia que recibe en casa por mano de su joven pareja.

Frente a esta situación, se elaboró un esquema terapéutico basado en terapia cognitiva conductual con la cual se pretende ayudar a la paciente a regular su estado emocional y modificar sus pensamientos irracionales sobre el amor dentro de la relación de pareja. Sin embargo, se recomendó a la paciente apoyarse también del ámbito jurídico, para que le brinden la orientación oportuna en cuanto a la parte legal de su problema con su esposo maltratador.

### **7.2.4 Cuarta sesión**

Fecha: 26 de enero del 2023, 15-00 Pm.

En esta sesión, se comenzó a trabajar con las técnicas derivadas de la terapia cognitiva conductual. Se partió con la técnica de reestructuración cognitiva con la que se buscó desintegrar la sobreestimación de la amenaza que presentaba la paciente, es decir, apuntar a la idea de que si ella denunciaba a su pareja se iba a quedar sola. La soledad en este contexto no es racional, ya que el compañero de ella no es la única persona con la que puede contar para sentirse apoyada, también está su hijo Alexander y su madre y hermanas que siempre han estado dispuestas para ayudarla.

### **7.2.5 Quinta sesión**

Fecha: 02 de febrero del 2023, 15-00 Pm.

En esta fase, se ayudó a la paciente a disminuir los sentimientos de culpa y miedo asociados a sus síntomas de depresión. Para ello, se trabajó con la técnica de pensamientos alternativos con la iniciativa de que la joven reflexionara y comprendiera que de ninguna manera ella fue la

responsable del maltrato que le dio su pareja, al contrario, fue una víctima de su agresor conyugal que justificaba su comportamiento por el alcohol y estrés laboral.

#### **7.2.6 Sexta sesión.**

Fecha: 09 de febrero del 2023, 15-00.

En esta sesión, se intervino en la extrema sumisión de la joven a su compañero sentimental al igual que en la regulación de sus niveles de ansiedad, los que se manifestaban en su miedo a la soledad. Para su efecto, fue indispensable que la paciente pudiera hacer consciencia de todo el material humano con el que cuenta en la vida, lo que sería suficiente para soltar su miedo a la idea de creer quedarse sola si abandona a su esposo. Además, se recomendó a la paciente meditar en la decisión de demandar a su conyugue por su seguridad, y desligarse permanentemente de él para evitar que tal sufrimiento se repitiera.

#### **7.2.7 Séptima sesión**

Fecha: 16 de febrero del 2023, 15-00.

En este último encuentro de consultorio con la paciente, se realizó una retroalimentación de todo lo ejercitado en el proceso psicoterapéutico. La joven tratada declaró sentirse bastante mejor emocionalmente, indicando que realmente fue capaz de comprender que lo que hacía su pareja con ella no era una muestra de amor, más bien era una señal de que algo muy malo estaba sucediendo en su relación, y que lo más conveniente era separarse de su compañero y denunciar su violencia ante las autoridades pertinentes. De esta manera, se finalizó la intervención en este caso de violencia intrafamiliar y dependencia emocional en una joven de 19 años de edad de la parroquia Zapotal.

### **7.3 Situaciones detectadas:**

Se describen a continuación, los resultados obtenidos de las pruebas psicológicas aplicadas a la paciente.

- Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la escala Hamilton de ansiedad se encuentran en un rango de 16 puntos, manifestando una ansiedad moderada. La paciente padece de malestares psicossomáticos, predominando los psíquicos los cuales se han originado de una violencia de pareja. Expresándose estos síntomas en forma de aumento de tensión, preocupaciones, irritabilidad, insomnio, entre otros síntomas.

- En el inventario de depresión de Beck, la evaluada alcanzó una puntuación de 27 puntos lo que sugiere una depresión moderada, presentada mediante síntomas como cambios en el estado

de ánimo, alteraciones en el sueño, falta de apetito, llanto mayor de lo habitual, desinterés por el sexo, pensamientos suicidas no consumados, falta de concentración, entre otros.

• La escala trauma de David son muestra que ciertamente la violencia que ha recibido la mujer por parte de su pareja ha significado un estrés postraumático para ella, no obstante, la paciente tanto en la casilla de frecuencia, así como en el componente de gravedad, tuvo una calificación que está debajo de la puntuación de corte que plantea el autor del instrumento: frecuencia (35 puntos) y gravedad (32 puntos). Esto hace alusión a que el estrés vivenciado por la paciente como producto de su experiencia traumática con la violencia, es de carácter moderado. Se presenta con síntomas de irritabilidad, cambios en el sueño, sentimientos de tristeza, alteraciones en la capacidad de concentración, desesperanza, aislamiento, temblores corporales, incapacidad para disfrutar las cosas, etc.

• Finalmente, en el cuestionario de preguntas abiertas la paciente confirmó la violencia sufrida por parte de su pareja, los antecedentes de tal acontecimiento, su impacto y su perspectiva en cuanto a tal experiencia traumática. Aquí se encontró que la madre de la paciente también había sido violentada por su esposo, el padre de la evaluada.

Analizando en conjunto los resultados obtenidos a partir de la respectiva calificación e interpretación de las pruebas psicológicas, y lo confesado por la paciente en su discurso inicial y en el llenado de su historia clínica; se define que la joven E. A de 20 años de edad, padece una dependencia emocional moderada ocasionada por la violencia de pareja que ha atravesado por el periodo de un año, y a ello se suma también los antecedentes de violencia intrafamiliar que presentó la joven en su infancia.

**Tabla 1**

*Matriz del cuadro psicopatológico*

<b>Función</b>	<b>Signos y síntomas</b>
Cognitivo/Pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Culpabilidad</li> <li>• Baja autoestima</li> <li>• Sueño fragmentado</li> </ul>
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento</li> <li>• Sumisión</li> <li>• Llanto repentino</li> </ul>
Somática	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cansancio</li> </ul>

- Debilidad
- Pérdida de apetito
- Temblores corporales

---

Emocional

- Apatía
- Nerviosismo
- Ansiedad
- Miedo
- Inseguridad
- Impotencia
- Tristeza
- Irritabilidad

---

Elaborado por Deyaneira Acosta.

**Tabla 2**

HC de la paciente E. P

<b>Hallazgos</b>	<b>Meta Terapéutica</b>	<b>Técnica</b>	<b>Número de Sesiones</b>	<b>Fecha</b>	<b>Resultados Obtenidos</b>
<b>Cognitivo:</b> sobre estimación de la amenaza, ya que la paciente recurre en el pensamiento: “si lo denunció él me abandonará”	Cambiar esos pensamientos disfuncionales a pensamientos funcionales	Reestructuración cognitiva	2	05 al 12 de enero del 2023	Se logró cambiar los pensamientos disfuncionales, por pensamientos funcionales.
<b>Emocional:</b> apatía, tristeza, irritabilidad y miedo.	Disminuir los sentimientos de tristeza, miedo y culpa.	Buscando Pensamientos alternativos	3	19 al 26 de enero del 2023	Se logró disminuir sus sentimientos de culpa y miedo. Logro reconocer sus pensamientos y emociones que está afectando su salud mental.
<b>Conductual:</b> mucha dependencia emocional y sumisión ante el agresor.	Disminuir los niveles del miedo a separarse de su pareja	Trabajar el miedo a la soledad y/o al abandono.	2	09 al 16 de febrero del 2023	Se logró disminuir los niveles de miedo que presentaba la paciente a quedarse sola.

**Fuente:** Esquema terapéutico**Elaborado por:** Deyaneira Acosta.

## 8 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La violencia intrafamiliar puede ser aprendida de generación en generación, en cuyo aprendizaje el individuo podría imitar el rol de agresor o víctima. De mismo modo, en la investigación de Donoso, Garzón y Zavgorodniaia, se halló que las participantes con antecedentes de violencia intrafamiliar en fases tempranas de su vida, eran más propensas a desarrollar dependencia emocional o sufrir violencia de pareja. Pilco, Sarmientos, Estrada, Herrera y Amanta en su estudio con mujeres del Chimborazo ecuatoriano, encontraron que las evaluadas que habían vivido algún tipo de violencia por sus maridos, presentaban además niveles altos de dependencia afectiva.

Estos 3 estudios concuerdan con lo observado en el caso de la paciente evaluada en este trabajo. Al igual que en las investigaciones anteriores, la paciente declaró recordar que en su infancia su padre golpeaba a su madre y que aquello fue muy fuerte para ella y sus hermanas quienes aún eran unas indefensas niñas. Así mismo, en el primer encuentro de consulta la joven informó que nunca imaginó que la historia que vivió su madre se iba a repetir con ella.

Por otra parte, Calvo y Camacho, postulan que las mujeres violentadas lidian con síntomas psicossomáticos como la baja autoestima, ansiedad, depresión, cefaleas y agotamiento físico. De igual manera la Organización Mundial de la Salud advierte que la violencia de pareja hacia las mujeres puede acarrear trastornos emocionales complejos como la depresión. Estas posturas se cumplen en el caso de la paciente, al alcanzar en las pruebas psicométricas criterios diagnósticos de ansiedad y depresión moderada.

En las entrevistas realizadas a la paciente, manifestó que a pesar del maltrato que recibe a mano de su pareja, ella no quiere separarse de él, siente que lo ama mucho y que sin él no podría vivir. Esta posición es explicada por Villa, Sirvent, Ovejero, y Cuetos, autores que explican a la dependencia emocional como un sentimiento de amor que ha evolucionado a una necesidad patológica. A esto se adjunta el miedo a la soledad que transmitió la paciente por la creencia de que, si denuncia a su pareja, él la abandonará. No obstante, este indicador cognitivo lo confirma el portal Psicólogos Madrid, al afirmar que en la dependencia emocional interfieren también los pensamientos irracionales sobre el amor, las relaciones, la soledad y la separación.

## 9 CONCLUSIONES.

Según los autores consultados en este trabajo, la violencia intrafamiliar se estima como uno de los detonantes de la dependencia emocional en mujeres que son violentadas por sus parejas. Se ha revelado que las mujeres que en su etapa de niñez y adolescencia fueron testigos de violencia en sus núcleos familiares, ellas mismas en un futuro han vuelto a vivenciar la violencia por parte de sus compañeros sentimentales. Por lo cual, en etapas posteriores las féminas ponen en práctica el rol de víctima que aprendieron de sus madres maltratadas por sus conyugues.

De esta manera, la relación que en un principio se fundamentó en el amor, pero que luego se vio acompañada de golpes, amenazas e insultos provocó una adaptación de la mujer a su ambiente violento, y posteriormente el desarrollo de una dependencia emocional hacia su agresor. Es decir, las mujeres dependientes emocionalmente remplazan al mal trato por los afectos para satisfacer el obsesivo sentimiento que tienen por sus parejas. Soportándolo todo con tal de no quedarse solas, y sentir que su necesidad de unión hacia el otro ha sido suplida.

Los instrumentos psicológicos aplicados, indican que indudablemente la paciente mantiene problemas en su estado emocional por el clima de violencia ante el que ha estado expuesta. Por esta razón, se encontraron características cognitivas como las alteraciones del sueño y dificultad para concentrarse, síntomas somáticos comprendidos en temblores y agotamiento, rasgos de depresión y ansiedad moderada, así como indicadores leves sobre el estrés que representó los eventos traumáticos vivenciados por la paciente en su contexto de relación amorosa.

Frente a esta sintomatología, y con lo manifestado por la joven en las entrevistas, se le asignó un diagnóstico de dependencia moderada como producto de la violencia intrafamiliar que experimentó en su infancia y por la violencia sufrida actualmente por parte de su pareja. Por tanto, se determinó que la violencia intrafamiliar en el componente de violencia de pareja ha incidido considerablemente en la dependencia emocional que ha desarrollado la joven evaluada.

## **10 RECOMENDACIONES.**

- Se motiva a profundizar en la incidencia que tiene la violencia intrafamiliar en la dependencia emocional, ya que en el caso de la violencia de pareja el agresor también puede haber sido víctima de violencia intrafamiliar en su infancia, por lo cual en su etapa adulta ha aflorado el rol que aprendió de algún integrante de su familia durante su niñez. Por tanto, se estaría aludiendo a una problemática donde es necesario identificar con más claridad el verdadero rol que han puesto en función ambos miembros de la pareja.

- Se aconseja dar seguimiento al caso de la paciente evaluada, para conocer la dinámica de su condición en periodos más duraderos. Esto con la visión de que su estado emocional no reincida a su presentación anterior.

- Se sugiere el empleo de técnicas más específicas para medir con más exactitud los niveles de dependencia emocional y violencia intrafamiliar en las pacientes. Así, se pretende obtener datos más concretos sobre a qué síntoma de la dependencia emocional se alinea más la paciente, y desde que generación y en qué medida se ha venido dando la violencia intrafamiliar en las víctimas.

<https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2018/02/01/more-than-1-billion-women-lack-legal-protection-against-domestic-sexual-violence-finds-world-bank-study>

## REFERENCIAS.

Guerrero Bolaños, K. J. (2018). Medios de comunicación impresos y su relación con la violencia contra la mujer en el sector <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/4969>

Walton, S. M., & Pérez, C. A. S. (2019). La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual. *Gaceta médica espirituana*, 21(1), 96-105.

<https://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1747>

Tovar Domínguez, A. G., Almeraya Quintero, S. X., Guajardo Hernández, L. G., & Borja Bravo, M. (2016). El maltrato infantil desde la voz de la niñez. *Revista mexicana de ciencias agrícolas*, 7(1), 195-207.

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-09342016000100195](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-09342016000100195)

Aiquipa Tello, J. J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología (PUCP)*, 33(2), 411-437.

<https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/13050>

Cordero, V., & Teyes, R. (2016). Resiliencia de mujeres en situación de violencia doméstica. *Omnia*, 22(2), 107-118 <https://www.redalyc.org/pdf/737/73749821009.pdf>

Trindade, V. A. (2016). Entrevistando en investigación cualitativa y los imprevistos en el trabajo de campo: de la entrevista semiestructurada a la entrevista no estructurada. *Técnicas y estrategias en la investigación cualitativa*, 18, 34.

[http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/53686/Documento\\_completo\\_.pdf?sequence=1](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/53686/Documento_completo_.pdf?sequence=1)

Gómez, N. T. P. (2018). Registro de observación directa.

<https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/514>

Ramos Pozón, S. (2015). La historia clínica en salud mental. *Acta bioethica*, 21(2), 259-268.

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v21n2/art12.pdf>

Gómez, W. A. R. (2014). Preguntas abiertas en encuestas ¿cómo realizar su análisis? *Comunicaciones en estadística*, 7(2).

<https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/estadistica/article/view/1480>

Davidson, J. R. T., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., ... & Feldman, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological medicine*, 27(1), 153-160.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9122295/>

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23(1), 56-62.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14399272/>

banco Mundial. (2018, Febrero 01). *Mas de 1000 millones de mujeres carecen de protección legal contra la violencia doméstica y sexual*. Retrieved from Banco Mundial:

<https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2018/02/01/more-than-1-billion-women-lack-legal-protection-against-domestic-sexual-violence-finds-world-bank-study>

Calvo, G., & Camacho, R. (2014, Enero). La violencia de género: Evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global*, 13(33), 424-439. Retrieved from

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000100022](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100022)

Cedeño, M. P. (2019). Violencia intrafamiliar: Mediación condicionada al tratamiento remedial. *Universidad y Sociedad*, 11(1), 193-200. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v11n1/2218-3620-rus-11-01-193.pdf>

Comunicado de prensa conjunto. (2021, Marzo 09). *La violencia contra la mujer es omnipresente y devastadora: La sufren una de cada tres mujeres*. Retrieved from Comunicado de prensa conjunto: <https://www.who.int/es/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>

Cortegana, N. A., & Correa, Z. J. (2018). *Dependencia emocional y violencia intrafamiliar en madres de un colegio de Porcón Bajo bachilleres*. Tesis, Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo,

- Cajamarca Perú. Retrieved from <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/812/DEPENDENCIA%20EMOCIONAL%20Y%20VIOLENCIA%20INTRAFAMILIAR%20EN%20MADRES%20DE%20UN%20COLEGIO%20DE%20PROCON%20BAJO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Donoso, V., Garzón, M. J., & Zavgorodniaia, A. I. (2021, Junio 02). Dependencia emocional transgeneracional: Mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en la Sierra del Ecuador. (U. d. Zulia, Ed.) *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, 27(3), 299-316. Retrieved from <https://www.redalyc.org/journal/280/28068740019/>
- El Mercurio. (2022, Noviembre 25). *Más de la mitad de peruanas reporta haber sido víctima de violencia machista*. Retrieved from Diario El Mercurio: <https://www.elmercurio.com.ec/2022/11/25/mas-de-la-mitad-de-peruanas-reporta-haber-sido-victima-de-violencia-machista/>
- Fernández, L. P., Valladares, A. L., Fernández, L. P., Perez, J. E., & Medina, E. P. (2020). Violencia psicológica en relaciones de pareja de los estudiantes de enfermería de la Universidad Metropolitana. *Revista científica Hallazgos*, 21(5), 162-170. Retrieved from <https://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/article/view/457/357>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2019). *Violencia de género*. Retrieved from INECECUADOR: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/violencia-de-genero/>
- Laca, F. A., & Mejía, J. C. (2017, Enero-Abril). Dependencia emocional, consciencia del presente y estilos de comunicación en situaciones de conflicto con la pareja. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 66-75. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/292/29251161006.pdf>
- Lorenzo, M. D., Valdes, A. A., & Álvarez, C. d. (2018, Junio). Violencia en la relación de pareja, repercusión en la salud. *Medigraphic*, 13(Especial), 449-453. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2018/pcss181cc.pdf>
- Los Ríos. (2015, Noviembre Miércoles). *Judicatura de Los Ríos articula acciones de ayuda para víctimas de violencia*. Retrieved from Los Ríos: [https://losrios.funcionjudicial.gob.ec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=742%3Ajudicatura-de-los-rios-articula-acciones-de-ayuda-para-victimas-de-violencia&catid=42%3Anoticias-home&Itemid=217](https://losrios.funcionjudicial.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=742%3Ajudicatura-de-los-rios-articula-acciones-de-ayuda-para-victimas-de-violencia&catid=42%3Anoticias-home&Itemid=217)

- Mayor, S., & Salazar, C. A. (2019, Abril 01). La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual . *Gaceta Médica Espirituana*, 21(1), 96-105. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212019000100096](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212019000100096)
- Noticias ONU. (2020, Noviembre 25). *Basta de violencia contra la mujer, dice la ONU en la jornada Internacional contra ese flagelo*. Retrieved from Noticias ONU: <https://news.un.org/es/story/2020/11/1484692>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: Prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*. Retrieved from OMS: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85243/WHO\\_RHR\\_HRP\\_13.06\\_spa.pdf;jsessionid=484D21D5F76F78876A76703F3D11D2C2?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85243/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf;jsessionid=484D21D5F76F78876A76703F3D11D2C2?sequence=1)
- Organización Panamericana de la Salud. (2014, Novimebre 24). *La violencia contra la mujer guarda relación con los problemas de la salud reproductiva*. Retrieved from OPS/OMS: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10229:2014-violence-against-women-is-linked-to-reproductive-health-problems&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10229:2014-violence-against-women-is-linked-to-reproductive-health-problems&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0)
- Pilco, G. A., Sarmientos, A. S., Estrada, M. J., Herrera, Y. R., & Amanta, J. E. (2021). Dependencia afectiva y violencia intrafamiliar en una población de Chimborazo-Ecuador. *Revista Médica Científica Cambios*. Retrieved from <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/704/511>
- Psicólogos Madrid. (2022, Junio 14). *Que es la dependencia emocional*. Retrieved from Psicólogos madrid: <https://www.psicologosmadridcapital.com/blog/consiste-dependencia-emocional/>
- Quirós, E. (IV 155). El impacto de la violencia intrafamiliar: Transitando de la desesperanza a la recuperación del derecho a vivir libres de violencia. *PEPSIC*, 3(4), 2-7. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pp/v3-4/v3-4a17.pdf>
- Sampiere, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. B. (2014). *Metodología de la investigación-Sexta edición* (Vol. 6). (S. D. C.V., Ed.) México: Mexicana. Retrieved from <https://bit.ly/2JLPtUM>
- Top Doctors. (2021). *Que provoca la dependencia emocional*. Retrieved from Diccionario médico Top Doctors: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/dependencia-emocional>

Universidad Internacional de Valencia. (2022, Marzo 31). *Dependencia emocional: Tratamiento y causas*. Retrieved from VIU: <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/dependencia-emocional-tratamiento-y-causas>

Valdebenito, L. (2015). *La violencia le hace mal a la familia*. Cartilla, UNICEF, Santiago de Chile. Retrieved from [https://www.unicef.org/chile/media/1321/file/la\\_violencia\\_le\\_hace\\_mal\\_a\\_la\\_familia.pdf](https://www.unicef.org/chile/media/1321/file/la_violencia_le_hace_mal_a_la_familia.pdf)

Villa, M. d., Sirvent, C., Ovejero, A., & Cuetos, G. (2018). Dependencia emocional en las relaciones de pareja como síndrome de Artemisa: Modelo explicativo. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 36(3), 156-166. Retrieved from <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v36n3/0718-4808-terpsicol-36-03-0156.pdf>

## ANEXOS (A)

### Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

**Nombre:** E. A

**Estado Civil:** Soltera

**Edad:** 19 años      **Sexo:** Femenino

**Ocupación:** Ama de casa      **Educación:** Bachiller

**Fecha:** 19 de enero del 2023.

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

#### 1. Tristeza

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

#### 2. Pesimismo

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

### **3. Fracaso**

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

### **4. Pérdida de Placer**

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

### **5. Sentimientos de Culpa**

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. X
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

### **6. Sentimientos de Castigo**

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

### **7. Disconformidad con uno mismo.**

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

### **8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores X
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

### **9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

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

### **10. Llanto**

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

### **11. Agitación**

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

### **12. Pérdida de Interés**

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

### **13. Indecisión**

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

#### **14. Desvalorización**

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

#### **15. Pérdida de Energía**

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

#### **16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

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

#### **17. Irritabilidad**

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

#### **18. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1<sup>a</sup>. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

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

### **19. Dificultad de Concentración**

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

### **20. Cansancio o Fatiga**

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

### **21. Pérdida de Interés en el Sexo**

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

Puntaje Total: 27

## ANEXOS (B)

### ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON.

Nombre del paciente: **E. A**

Edad: **19** años \_\_\_\_\_

Fecha: **16 de febrero del 2023.**

Instrucciones: La lista de síntomas es para ayudar al médico o psiquiatra en la evaluación del grado de ansiedad del paciente y sin alteración patológica. Por favor anote la puntuación adecuada.

0 = Ninguno. 1= Leve. 2 = Moderada. 3 = Grave. 4 = Muy incapacitante.

<b>Elemento</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Punt.</b>
1. Ansioso	Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad	3
2. Tensión	Sensación de tensión, fatiga, respuesta de alarma, llanto fácil, temblor, sentimiento de inquietud, incapacidad para relajarse	2
3. Miedos	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solos, a los animales, al tráfico, a las multitudes	1
4. Insomnio	Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño insatisfactorio o fatiga al despertar, sueños, pesadillas o terrores nocturnos	1
5. Intelectual	Dificultades de concentración, memoria reducida	0
6. Humor Depresivo	Pérdida de interés, ausencia de placer en las aficiones, depresión, despertar anticipado, variación en el día	3

7. Somático (muscular)	Dolores, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de dientes, voz titubeante, aumento de tono muscular	1
8. Somático (sensorial)	Tinnitus, visión borrosa, ráfagas de frío o calor, sensación de debilidad, sensación de incomodidad	1
9. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, pulso fuerte, sensación de desvanecimiento, ausencia de latido	1
10. Síntomas respiratorios	Presión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea	1
11. Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómito, borborigmos, atonía intestinal, pérdida de peso, estreñimiento	0
12. Síntomas genitourinarios	Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia	0
13. Síntomas Autónomos	Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, mareos, cefalea tensional, erizamiento del cabello	2
14. Comportamiento durante la entrevista	Nerviosismo, inquieto o tranquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez, facial, tragar saliva, eructos, sacudidas tendinosas enérgicas, pupilas dilatadas, exoftalmos	0
	<b>Puntuación total</b>	<b>16</b>

<b>Ansiedad psíquica</b>	10
<b>Ansiedad somática</b>	6
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>16</b>

## ANEXOS (C)

### 7.17. Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS)

**Paciente:** E. A

**Estado civil:** Soltera

**Edad:** 19 años.

**Fecha:** 16 de enero del 2023.

Por favor, identifique el trauma que más le molesta		
Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante <i>la última semana</i> . Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número de 0 a 4, para indicar la frecuencia y la gravedad del síntoma.		
<i>Frecuencia</i>	<i>Gravedad</i>	
0. Nunca	0. Nada	
1. A veces	1. Leve	
2. 2-3 veces	2. Moderada	
3. 4-6 veces	3. Marcada	
4. A diario	4. Extrema	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Gravedad</i>
1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	3	3
2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	3	2
3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?	3	3
4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?	2	1
5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)	1	1

6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?	3	3
7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?	2	2
8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	0	0
9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	3	3
10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	2	2
11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?	0	0
12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	2	2
13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?	3	3
14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	3	3
15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?	2	2
16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido «en guardia»?	1	1
17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	1	1

7. *Instrumentos de evaluación para los trastornos neuróticos y secundarios a situaciones estresantes* **225**

## ANEXOS (D)

### ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

**Evaluado/a:** E. A

**Edad:** 19 años

**Género:** Femenino

**Nivel de instrucción:** Secundaria

**Estado civil:** Soltera

**Residencia:** Nuevo Zapotal

**Fecha:** 19 de enero del 2023.

#### Preguntas:

1. **¿Durante su infancia percibió en su hogar algún tipo de violencia?**

Si

2. **¿Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿Qué tipo de violencia observó y por parte de quién?**

Violencia Física, Por Mi papi

3. **¿Quiénes fueron las víctimas?**

Mi mamá y mis hermanas conmigo.

4. **¿Cuál es su opinión sobre estas experiencias?**

Que el maltrato de mi papi hacia mi mami afecto mucho en el hogar, y no es un ambiente sano para mí y mis hermanas que en aquel entonces éramos unas niñas.

5. **Ahora en su vida adulta, ¿Ha experimentado en carne propia violencia intrafamiliar?**

Si.

6. **Según su criterio, ¿Cuáles fueron los motivos de la violencia intrafamiliar suscitada en su hogar?**

Por celos un poco, pero también por problemas que había con miembros de la familia de él y yo, y su desconfianza hacia mí. Además, mi pareja me golpeaba cada vez que llegaba borracho de su trabajo, y se justificaba por los tragos y por lo que llegaba estresado de trabajar casi todo el día y en ocasiones no estaba lista la comida porque yo tenía que atender a nuestro hijo de 2 años.

7. **¿Qué consecuencias trajo a su vida la violencia intrafamiliar?**

Inseguridad hacia los demás específicamente en los hombres.

**8. Describa el impacto que tuvo en usted la violencia recibida por parte de su agresor**

Que cuando vivía todo mi maltrato mi hijo, mi bebe haya sido parte de eso al observar el maltrato de mi agresor hacia mí.

**9. Después de comprobar que su conyugue era un maltratador, ¿Qué hizo usted?**

Después de un año de maltrato decidí ya no callar más y contarle a alguien mi problema porque no soportaba ya esa situación

**10. A pesar del sufrimiento que le provocó la violencia intrafamiliar, ¿Piensa en volver a entablar una relación sentimental con su pareja? ¿Porqué?**

A pesar de todo mi amor siempre fu leal hacia él, fue el primer amor en mi vida. Pero ahora ya no sé si lo que siento por él es amor o un sentimiento desagradable. Lo que si estoy segura es de no querer volver a vivir más estas experiencias con ningún hombre.

## HISTORIA CLÍNICA

HC. # 001

FECHA: 05/01/2023

### **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**NOMBRES:** E. A

**EDAD:** 19 años

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:** Ventanas 22/02/2004

**ESTADO CIVIL:** Soltera

**RELIGIÓN:** Indefinida

**OCUPACIÓN:** Ama de casa

**GÉNERO:** Femenino

**INSTRUCCIÓN:** Secundaria

**DIRECCIÓN:** Parroquia “Los Ángeles”

**TELÉFONO:** 0989233582

**REMITENTE:** La paciente buscó ayuda psicológica de manera autónoma.

### **2. MOTIVO DE CONSULTA**

Joven de 19 años que desde hace un año sufre violencia de pareja y que actualmente presenta síntomas de dependencia emocional hacia su agresor. La mujer es madre de un bebé de 2 años, siente ya no soportar más su situación de maltrato, expresa estar muy triste, angustiada, preocupada y ansiosa por su condición de vida, por lo cual solicita atención psicológica para que le ayuden con su problema.

### **3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL**

La paciente manifestó lo siguiente:

“A pesar de que ya me he independizado de mis padres aún tengo grabado en mi mente los malos recuerdos de mi infancia, todas aquellas ocasiones en las que veía que mi padre maltrataba injustamente a mi madre, e incluso a mí mismo sin causa alguna. Por este mismo motivo me uní a mi novio siendo tan chica aún, pero nunca me imaginé que la historia se repetiría. Mi pareja me golpea, me insulta y me cela mucho, sin embargo, yo no quiero separarme de él, lo amo mucho que creo que sin él no podría vivir”. No lo he denunciado por temor, solo que no quiero quedarme sola”.



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

Paciente proveniente de un embarazo no planificado, siendo la segunda hija de 4 hermanas; parto Normal. Lactancia mantuvo hasta los 13 meses, la marcha empezó a los 15 meses, el lenguaje empezó a los 12 meses y el control de esfínteres a los 3 años, a sus 5 años sufrió desnutrición leve.

### **6.2. ESCOLARIDAD**

La paciente tuvo inconvenientes en su proceso de adaptación escolar, ya que tenía temor relacionarse con maestros adultos porque le recordaban a su figura paterna. Ingresó al jardín a sus 5 años y siempre se caracterizó por ser una estudiante responsable y destacada en sus estudios. Por ninguna ocasión se cambió de escuela. Posteriormente, continuó con la secundaria donde se relacionó armoniosamente con sus compañeros de clases y docentes, menos con sus maestros varones que mostraban una edad cercana a la de su padre.

Al culminar el colegio entró a la universidad y avanzó hasta el 3er semestre de su carrera de enfermería, luego abandonó sus estudios por el cuidado de su bebé y por disposición de su pareja.

### **6.3. HISTORIA LABORAL**

No registra

### **6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL**

Paciente indica que se relaciona muy bien con las personas de su entorno, sin embargo, le cuesta mucho acercarse a los hombres que le recuerdan a su padre.

### **6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE**

La paciente confiesa no tener mucho tiempo libre, ya que tiene que atender a su hijo y tener todo impecable para cuando su esposo regresa del trabajo encuentre todo listo. Rara vez sale a pasear con su hijo al parque de su comunidad.

### **6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD**

La paciente señala que a los 17 años tuvo su primer enamorado, quién actualmente es su pareja formal. Mantiene una buena relación con los integrantes de su familia, especialmente con su madre, pero con su padre no tiene mucho apego, casi no conversa

con él.

## **6.7. HÁBITOS (CAFÉ, ALCOHOL, DROGAS, ENTRE OTROS)**

Habitualmente la paciente consume té de manzanilla, menta y aní.

## **6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO**

Declara la mujer que desde sus 5 años comenzó a alimentarse de manera individual, nutriéndose comúnmente con alimentos saludables, pero con porciones mínimas. Sus horarios de comida son siempre fijos y regulares, no obstante, sus jornadas de sueño no son tan placenteras, ya que presenta sueños fragmentados.

## **6.9. HISTORIA MÉDICA**

La paciente informa que a sus 10 años fue atendida por una nutricionista, para tratar su problema de desnutrición causada por comer porciones muy mínimas de comida.

## **6.10. HISTORIA LEGAL**

No refiere antecedentes penales.

## **6.11. PROYECTO DE VIDA**

La joven confiesa que su sueño de vida es ser una enfermera profesional, pero que siente que sus sueños han quedado truncados porque es imposible que su marido le permita retomar sus estudios universitarios. Él la cela mucho que sería incapaz de dejarla ir a la universidad por tantos días y varias horas.

## **7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL**

### **7.1. FENOMENOLOGÍA**

La paciente muestra nerviosismo, agitación al momento de hablar, voz apagada, llanto en su discurso, hombros caídos, atavió desorganizado y extremadamente culto, y llegó con lentes oscuros a la consulta.

### **7.2. ORIENTACIÓN**

La paciente se mostró con una orientación correcta en el tiempo y espacio, sus respuestas eran prudentes y cuerdas.

### **7.3. ATENCIÓN**

- Paciente mostró atención selectiva e inestable
- Paciente mantiene memoria coordinada a largo plazo.

### **7.5. INTELIGENCIA**

La paciente mantiene una inteligencia que se ajusta a su edad biológica.

### **7.6. PENSAMIENTO**

La paciente goza de un pensamiento coherente a su contexto, sin embargo, hay presencia de creencias irracionales sobre el amor, las relaciones, el abandono y la separación.

### **7.7. LENGUAJE**

La paciente mostró un lenguaje estructurado, pero que se entrecortaba por momentos.

### **7.8. PSICOMOTRICIDAD**

La fémina manifestó una postura anatómica regular, pero durante casi todo el tiempo de consulta mantenía sus hombros caídos.

### **7.9. SENSOPERCEPCION**

Paciente mostró una apropiada sensopercepción, respondiendo coherentemente a los estímulos externos, aunque lo hacía a un ritmo lento y con poca energía.

### **7.10. AFECTIVIDAD**

La paciente se expresaba con respeto y cautela. No obstante, ante ciertas preguntas en su tono de voz y mirada se percibía irritabilidad, miedo y angustia frente a la realidad de su situación de mal trato y dependencia emocional.

### **7.11. JUICIO DE REALIDAD**

La joven posee un buen juicio de realidad.

## 7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

La paciente es consciente de su problema

## 7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

La paciente ha tenido ideas suicidas, pero no se concibe capaz de llevarlas a la práctica. Le da mucho miedo el no poder vencer su debilidad a la soledad y el pensar cómo sería su vida sin la compañía de su pareja.

## 8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

- Inventario de depresión de Beck: Consistió en un test compuesto por 21 enunciados, ante los cuales la paciente seleccionaba el síntoma que más se ajustaba a su condición. El cuestionario permitió ubicar a la paciente dentro de un rango diagnóstico de depresión.
- Escala Hamilton de ansiedad: Este cuestionario permite medir el aumento de los niveles de ansiedad en la paciente. Esta sintomatología es frecuente en casos de dependencia emocional y mujeres violentadas.
- Escala trauma de Davidson: Esta prueba sirvió para valorar la frecuencia y gravedad de los eventos estresores que ha experimentado la paciente en su relación de pareja. Esto a su vez, facilita valorar el trauma que ha desarrollado la paciente en torno a la violencia por parte de su compañero sentimental.
- Cuestionario de preguntas abiertas: Este instrumento se conformó por un juego de 10 reactivos, los cuales fueron útiles para acotejar los resultados obtenidos de las pruebas psicométricas y aproximarse a un psicodiagnóstico.

## 9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

<b>Función</b>	<b>Signos y síntomas</b>
<b>Cognitivo/Pensamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Culpabilidad</li><li>• Baja autoestima</li><li>• Sueño fragmentado</li></ul>
<b>Conductuales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aislamiento</li><li>• Sumisión</li><li>• Llanto repentino</li></ul>
<b>Somática</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cansancio</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debilidad</li> <li>• Pérdida de apetito</li> <li>• Temblores corporales</li> </ul>
<b>Emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apatía</li> <li>• Nerviosismo</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Miedo</li> <li>• Inseguridad</li> <li>• Impotencia</li> <li>• Tristeza</li> <li>• Irritabilidad</li> </ul>

### **9.1. FACTORES PREDISPONETES:**

La situación de violencia intrafamiliar que vivió en su hogar cuando era una niña, y el miedo a la soledad.

### **9.2. EVENTO PRECIPITANTE:**

La necesidad de amor que siente por su agresor, el miedo a quedarse sola si lo denuncia, el haberse unido a él siendo muy joven, y el haber gestado a su bebé en un ambiente de violencia con su esposo.

### **9.3. TIEMPO DE EVOLUCIÓN:**

12 meses.

## **10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL**

Según la evaluación realizada se puede concluir que la paciente padece dependencia emocional hacia su conyugue maltratador. Siendo la violencia que recibe por parte de él, la que ha conducido a su estado emocional a un desequilibrio que necesita ser tratado.

## **11. PRONÓSTICO**

Pronóstico desfavorable.

## **12. RECOMENDACIONES**

•Se propone a la paciente asistir a una serie de sesiones de terapia cognitiva conductual para trabajar en la reestructuración de sus pensamientos y en la regulación de sus estados emocionales.

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
<b>Cognitivo:</b> sobre estimación de la amenaza, ya que la paciente recurre en el pensamiento: “si lo denuncio él me abandonará”	Cambiar esos pensamientos disfuncionales a pensamientos funcionales	Reestructuración cognitiva	2	05 al 12 de enero del 2023	Se logró cambiar los pensamientos disfuncionales, por pensamientos funcionales.
<b>Emocional:</b> apatía, tristeza, irritabilidad y miedo.	Disminuir los sentimientos de tristeza, miedo y culpa.	Buscando Pensamientos alternativos	3	19 al 26 de enero del 2023	Se logró disminuir sus sentimientos de culpa y miedo. Logro reconocer sus pensamientos y emociones que está afectando su salud mental.
<b>Conductual:</b> mucha dependencia emocional y sumisión ante el agresor.	Disminuir los niveles del miedo a separarse de su pareja	Trabajar el miedo a la soledad y/o al abandono.	2	05 al 12 de febrero del 2023	Se logró disminuir los niveles de miedo que presentaba la paciente a quedarse sola.

### 13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

#### HISTORIA CLÍNICA

HC. # 001

FECHA: 05/01/2023

## **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**NOMBRES:** E. A

**EDAD:** 19 años

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:** Ventanas 22/02/2004

**ESTADO CIVIL:** Soltera

**RELIGIÓN:** Indefinida

**OCUPACIÓN:** Ama de casa

**GÉNERO:** Femenino

**INSTRUCCIÓN:** Secundaria

**DIRECCIÓN:** Parroquia “Los Ángeles”

**TELÉFONO:** 0989233582

**REMITENTE:** La paciente buscó ayuda psicológica de manera autónoma.

## **2. MOTIVO DE CONSULTA**

Joven de 19 años que desde hace un año sufre violencia de pareja y que actualmente presenta síntomas de dependencia emocional hacia su agresor. La mujer es madre de un bebé de 2 años, siente ya no soportar más su situación de maltrato, expresa estar muy triste, angustiada, preocupada y ansiosa por su condición de vida, por lo cual solicita atención psicológica para que le ayuden con su problema.

## **3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL**

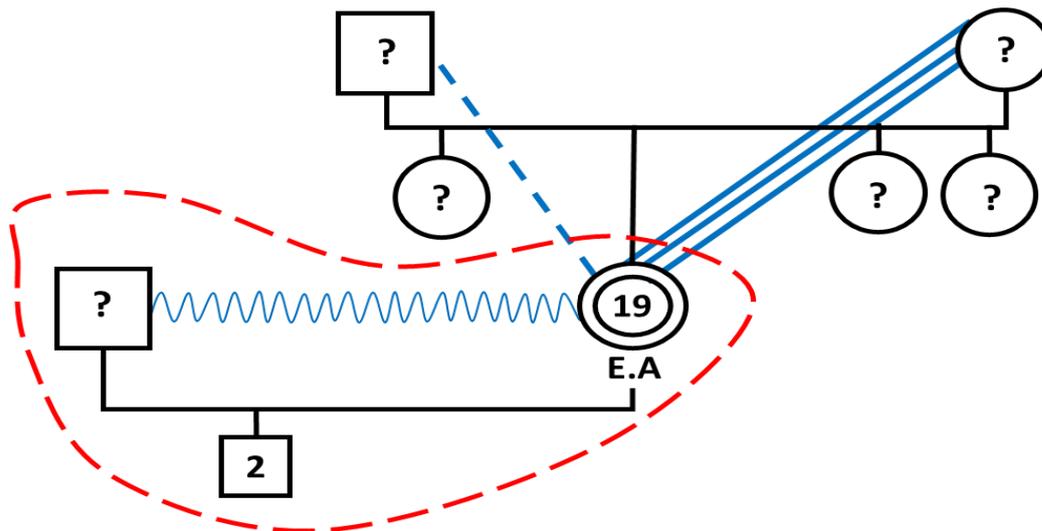
La paciente manifestó lo siguiente:

“A pesar de que ya me he independizado de mis padres aún tengo grabado en mi mente los malos recuerdos de mi infancia, todas aquellas ocasiones en las que veía que mi padre maltrataba injustamente a mi madre, e incluso a mí mismo sin causa alguna. Por este mismo motivo me uní a mi novio siendo tan chica aún, pero nunca me imaginé que la historia se repetiría. Mi pareja me golpea, me insulta y me cela mucho, sin embargo,

yo no quiero separarme de él, lo amo mucho que creo que sin él no podría vivir”. No lo he denunciado por temor, solo que no quiero quedarme sola”.

#### 4. ANTECEDENTES FAMILIARES

##### 4.1. GENOGRAMA (COMPOSICIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR).



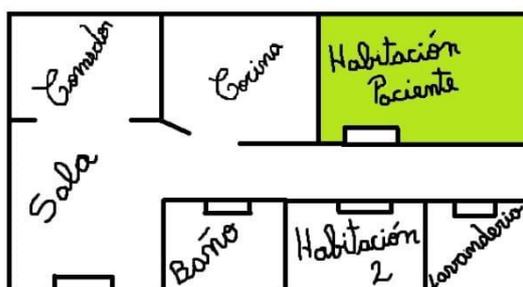
##### 4.2. TIPO DE FAMILIA

La paciente procede de una familia nuclear

##### 4.3. ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS FAMILIARES.

La joven indicó que su padre maltrataba con frecuencia a su madre, y le castigaba además físicamente sin causa racional a ella y a sus hermanas cuando eran unas niñas.

#### 5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL



## **6. HISTORIA PERSONAL**

### **6.1. ANAMNESIS**

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

Paciente proveniente de un embarazo no planificado, siendo la segunda hija de 4 hermanas; parto Normal. Lactancia mantuvo hasta los 13 meses, la marcha empezó a los 15 meses, el lenguaje empezó a los 12 meses y el control de esfínteres a los 3 años, a sus 5 años sufrió desnutrición leve.

### **6.2. ESCOLARIDAD**

La paciente tuvo inconvenientes en su proceso de adaptación escolar, ya que tenía temor relacionarse con maestros adultos porque le recordaban a su figura paterna. Ingresó al jardín a sus 5 años y siempre se caracterizó por ser una estudiante responsable y destacada en sus estudios. Por ninguna ocasión se cambió de escuela. Posteriormente, continuó con la secundaria donde se relacionó armoniosamente con sus compañeros de clases y docentes, menos con sus maestros varones que mostraban una edad cercana a la de su padre.

Al culminar el colegio entró a la universidad y avanzó hasta el 3er semestre de su carrera de enfermería, luego abandonó sus estudios por el cuidado de su bebé y por disposición de su pareja.

### **6.3. HISTORIA LABORAL**

No registra

### **6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL**

Paciente indica que se relaciona muy bien con las personas de su entorno, sin embargo, le cuesta mucho acercarse a los hombres que le recuerdan a su padre.

### **6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE**

La paciente confiesa no tener mucho tiempo libre, ya que tiene que atender a su hijo y tener todo impecable para cuando su esposo regresa del trabajo encuentre todo listo. Rara vez sale a pasear con su hijo al parque de su comunidad.

### **6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD**

La paciente señala que a los 17 años tuvo su primer enamorado, quién actualmente es su pareja formal. Mantiene una buena relación con los integrantes de su familia, especialmente con su madre, pero con su padre no tiene mucho apego, casi no conversa con él.

#### **6.7. HÁBITOS (CAFÉ, ALCOHOL, DROGAS, ENTRE OTROS)**

Habitualmente la paciente consume té de manzanilla, menta y aní.

#### **6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO**

Declara la mujer que desde sus 5 años comenzó a alimentarse de manera individual, nutriéndose comúnmente con alimentos saludables, pero con porciones mínimas. Sus horarios de comida son siempre fijos y regulares, no obstante, sus jornadas de sueño no son tan placenteras, ya que presenta sueños fragmentados.

#### **6.9. HISTORIA MÉDICA**

La paciente informa que a sus 10 años fue atendida por una nutricionista, para tratar su problema de desnutrición causada por comer porciones muy mínimas de comida.

#### **6.10. HISTORIA LEGAL**

No refiere antecedentes penales.

#### **6.11. PROYECTO DE VIDA**

La joven confiesa que su sueño de vida es ser una enfermera profesional, pero que siente que sus sueños han quedado truncados porque es imposible que su marido le permita retomar sus estudios universitarios. Él la cela mucho que sería incapaz de dejarla ir a la universidad por tantos días y varias horas.

### **7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL**

#### **7.1. FENOMENOLOGÍA**

La paciente muestra nerviosismo, agitación al momento de hablar, voz apagada, llanto en su discurso, hombros caídos, atavió desorganizado y extremadamente culto, y

llegó con lentes oscuros a la consulta.

## **7.2. ORIENTACIÓN**

La paciente se mostró con una orientación correcta en el tiempo y espacio, sus respuestas eran prudentes y cuerdas.

## **7.3. ATENCIÓN**

- Paciente mostró atención selectiva e inestable
- Paciente mantiene memoria coordinada a largo plazo.

## **7.5. INTELIGENCIA**

La paciente mantiene una inteligencia que se ajusta a su edad biológica.

## **7.6. PENSAMIENTO**

La paciente goza de un pensamiento coherente a su contexto, sin embargo, hay presencia de creencias irracionales sobre el amor, las relaciones, el abandono y la separación.

## **7.7. LENGUAJE**

La paciente mostró un lenguaje estructurado, pero que se entrecortaba por momentos.

## **7.8. PSICOMOTRICIDAD**

La fémica manifestó una postura anatómica regular, pero durante casi todo el tiempo de consulta mantenía sus hombros caídos.

## **7.9. SENSOPERCEPCION**

Paciente mostró una apropiada sensopercepción, respondiendo coherentemente a los estímulos externos, aunque lo hacía a un ritmo lento y con poca energía.

## **7.10. AFECTIVIDAD**

La paciente se expresaba con respeto y cautela. No obstante, ante ciertas preguntas en su tono de voz y mirada se percibía irritabilidad, miedo y angustia frente a la realidad de su situación de mal trato y dependencia emocional.

### **7.11. JUICIO DE REALIDAD**

La joven posee un buen juicio de realidad.

### **7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD**

La paciente es consciente de su problema

### **7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS**

La paciente ha tenido ideas suicidas, pero no se concibe capaz de llevarlas a la práctica. Le da mucho miedo el no poder vencer su debilidad a la soledad y el pensar cómo sería su vida sin la compañía de su pareja.

## **8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS**

- Inventario de depresión de Beck: Consistió en un test compuesto por 21 enunciados, ante los cuales la paciente seleccionaba el síntoma que más se ajustaba a su condición. El cuestionario permitió ubicar a la paciente dentro de un rango diagnóstico de depresión.
- Escala Hamilton de ansiedad: Este cuestionario permite medir el aumento de los niveles de ansiedad en la paciente. Esta sintomatología es frecuente en casos de dependencia emocional y mujeres violentadas.
- Escala trauma de Davidson: Esta prueba sirvió para valorar la frecuencia y gravedad de los eventos estresores que ha experimentado la paciente en su relación de pareja. Esto a su vez, facilita valorar el trauma que ha desarrollado la paciente en torno a la violencia por parte de su compañero sentimental.
- Cuestionario de preguntas abiertas: Este instrumento se conformó por un juego de 10 reactivos, los cuales fueron útiles para acotejar los resultados obtenidos de las pruebas psicométricas y aproximarse a un psicodiagnóstico.

## **9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO**

<b>Función</b>	<b>Signos y síntomas</b>
<b>Cognitivo/Pensamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Culpabilidad</li><li>• Baja autoestima</li><li>• Sueño fragmentado</li></ul>
<b>Conductuales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aislamiento</li><li>• Sumisión</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llanto repentino</li> </ul>
<b>Somática</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cansancio</li> <li>• Debilidad</li> <li>• Pérdida de apetito</li> <li>• Temblores corporales</li> </ul>
<b>Emocional</b>	<p>Apatía</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nerviosismo</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Miedo</li> <li>• Inseguridad</li> <li>• Impotencia</li> <li>• Tristeza</li> <li>• Irritabilidad</li> </ul>

### **9.1. FACTORES PREDISPONENTES:**

La situación de violencia intrafamiliar que vivió en su hogar cuando era una niña, y el miedo a la soledad.

### **9.2. EVENTO PRECIPITANTE:**

La necesidad de amor que siente por su agresor, el miedo a quedarse sola si lo denuncia, el haberse unido a él siendo muy joven, y el haber gestado a su bebé en un ambiente de violencia con su esposo.

### **9.3. TIEMPO DE EVOLUCIÓN:**

12 meses.

## **10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL**

Según la evaluación realizada se puede concluir que la paciente padece dependencia emocional hacia su conyugue maltratador. Siendo la violencia que recibe por parte de él, la que ha conducido a su estado emocional a un desequilibrio que necesita ser tratado.

## **11. PRONÓSTICO**

Pronóstico desfavorable.

## **11 RECOMENDACIONES**

Se propone a la paciente asistir a una serie de sesiones de terapia cognitiva conductual para trabajar en la reestructuración de sus pensamientos y en la regulación de sus estados emocionales.

## **13. ESQUEMA TERAPÉUTICO**

<b>Hallazgos</b>	<b>Meta Terapéutica</b>	<b>Técnica</b>	<b>Número de Sesiones</b>	<b>Fecha</b>	<b>Resultados Obtenidos</b>
<b>Cognitivo:</b> sobre estimación de la amenaza, ya que la paciente recurre en el pensamiento: “si lo denuncio él me abandonará”	Cambiar esos pensamientos disfuncionales a pensamientos funcionales	Reestructuración cognitiva	2	05 al 12 de enero del 2023	Se logró cambiar los pensamientos disfuncionales, por pensamientos funcionales.
<b>Emocional:</b> apatía, tristeza, irritabilidad y miedo.	Disminuir los sentimientos de tristeza, miedo y culpa.	Buscando Pensamientos alternativos	3	19 al 26 de enero del 2023	Se logró disminuir sus sentimientos de culpa y miedo. Logro reconocer sus pensamientos y emociones que está afectando su salud mental.
<b>Conductual:</b> muchas dependencias emocionales y sumisión ante el agresor.	Disminuir los niveles del miedo a separarse de su pareja	Trabajar el miedo a la soledad y/o al abandono.	2	05 al 12 de febrero del 2023	Se logró disminuir los niveles de miedo que presentaba la paciente a quedarse sola.