



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



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

PROBLEMA:

**VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU REPERCUSIÓN EN EL ESTADO
EMOCIONAL DE UNA ADOLESCENTE DE 15 AÑOS DEL CANTÓN ALFREDO
BAQUERIZO MORENO, JUJAN.**

AUTOR:

LIZARZABURO VERA JOYCE VALERIA

TUTOR:

LIC. MORÁN BORJA LILA, MSC

BABAHOYO – 2023



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



DEDICATORIA

He llegado al final de esta larga travesía que ha sido mi estudio de caso. Hay muchas personas que me han ayudado a lo largo del camino, pero quiero dedicar este logro a mis padres, amigas e Isaac, mis seres queridos más cercanos.

Gracias por apoyarme en los momentos difíciles, por impulsarme a seguir adelante cuando ya no podía más y por confiar en mí y en mis capacidades. Sin ustedes, mi camino hacia la obtención de este título habría sido mucho más difícil y sin duda, mucho menos gratificante.

Todos ustedes son una fuente de inspiración constante para mí. Gracias por ser mi familia y mis amigas en los buenos y malos momentos. Espero que este estudio de caso no sea solo una prueba de mi capacidad y dedicación, sino también un símbolo de mi gratitud y amor incondicional hacia todas ustedes.

Con todo mi cariño y agradecimiento,

Joyce Valeria Lizarzaburo Vera.



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



RESUMEN

En el presente estudio de caso se estudió la influencia de la violencia intrafamiliar y su repercusión en el estado emocional de una adolescente de 15 años del Cantón Alfredo Baquerizo Moreno Jujan, con la cual mediante entrevista semiestructurada se pudo llevar a cabo el diagnóstico presuntivo en la cual se implementaron uso de técnicas cognitivo-conductual que ayudaron a la paciente en su tratamiento. También este estudio de caso se llevó a cabo mediante la metodología del enfoque cualitativo ya que, en los estudios cualitativos, es posible desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y análisis de datos, lo que puede ayudar a descubrir las preguntas de investigación más importantes y mejorarlas para obtener respuestas precisas.

El presente estudio de caso se lleva a cabo en base a intervenciones que se tuvo con una paciente adolescente dentro de las prácticas profesionales, en la cual se recolectó información mediante entrevistas semiestructuradas, evaluaciones psicológicas y aplicación de reactivos, todo esto ayudará a extraer la información necesaria para poder llevar a cabo un plan terapéutico en base a las técnicas de TCC en base a su diagnóstico.

Palabras claves: Adolescentes, Familia, Violencia, Terapia.

ABSTRACT

In this case study we studied the influence of domestic violence and its impact on the emotional state of a 15 year old adolescent girl from Canton Alfredo Baquerizo Moreno Jujan, with which through a semi-structured interview we were able to carry out a presumptive diagnosis in which we implemented the use of cognitive-behavioral techniques that helped the patient in her treatment. Also this case study was carried out using the qualitative approach methodology since, in qualitative studies, it is possible to develop questions and hypotheses before, during or after data collection and analysis, which can help to discover the most important research questions and improve them to obtain accurate answers.

The present case study is carried out based on interventions that were had with an adolescent patient within the professional practices, in which information was collected through semi-structured interviews, psychological evaluations and application of reagents, all this will help to extract the necessary information to be able to carry out a therapeutic plan based on CBT techniques based on their diagnosis.

Key words: Adolescents, Family, Violence, Therapy

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO	2
Justificación	2
OBJETIVOS	2
SUSTENTOS TEÓRICOS	3
Adolescencia	5
TECNICAS PARA LA RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN.....	11
Historia clínica.	11
RESULTADOS OBTENIDOS	13
SITUACIONES DETECTADAS.....	15
SOLUCIONES PLANTEADAS.....	17
CONCLUSIONES	19
RECOMENDACIONES	20
BIBLIOGRAFÍA.....	21
ANEXOS	23

INTRODUCCIÓN

La violencia intrafamiliar es un problema grave que afecta a muchas personas en todo el mundo, incluyendo a adolescentes. Este tipo de violencia puede incluir abuso físico, sexual, emocional o psicológico por parte de un miembro de la familia o pareja. La violencia intrafamiliar en adolescentes puede tener un impacto significativo en su desarrollo emocional y puede afectar su capacidad para establecer relaciones saludables en el futuro.

Los adolescentes que tienen problemas emocionales pueden tener dificultades para concentrarse en la escuela, tener un bajo rendimiento académico y tener dificultades para establecer relaciones satisfactorias con sus compañeros. Además, los adolescentes que sufren violencia intrafamiliar pueden tener dificultades para establecer relaciones saludables y tener una vida satisfactoria en el futuro.

Es importante que se tomen medidas para prevenir y abordar la violencia intrafamiliar en adolescentes. Esto incluye la promoción de relaciones saludables y respetuosas. También es importante que los adolescentes que sufren violencia intrafamiliar busquen ayuda y apoyo de profesionales capacitados, como terapeutas y trabajadores sociales.

El presente estudio de caso se lleva a cabo en base a intervenciones que se tuvo con una paciente adolescente dentro de las prácticas profesionales, en la cual se recolectó información mediante entrevistas semiestructuradas, evaluaciones psicológicas y aplicación de reactivos, todo esto ayudará a extraer la información necesaria para poder llevar a cabo un plan terapéutico en base a las técnicas de TCC en base a su diagnóstico.

La metodología implementada en este estudio de caso es el enfoque cualitativo ya que, en los estudios cualitativos, es posible desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y análisis de datos, lo que puede ayudar a descubrir las preguntas de investigación más importantes y mejorarlas para obtener respuestas precisas.

En este documento se desarrolla: justificación, técnicas aplicadas, sustentos teóricos, situaciones detectadas, soluciones planteadas, resultados obtenidos, conclusiones, bibliografía y anexos que podrán encontrar a continuación.

DESARROLLO

Justificación

La violencia intrafamiliar es una problemática que afecta a personas de todas las edades, géneros y culturas en todo el mundo. La violencia intrafamiliar puede tener graves consecuencias para la salud física y mental de las víctimas, incluyendo problemas emocionales. Por lo tanto, este estudio de caso sobre la violencia intrafamiliar y su repercusión en el estado emocional de una adolescente de 15 años se lleva a cabo por varias razones.

Dado que el presente estudio de caso puede contribuir a ampliar nuestro conocimiento sobre la violencia intrafamiliar y sus efectos en la salud mental de las víctimas en especial de la adolescente de 15 años. A través de la recopilación de información mediante la entrevista y el análisis de datos obtenidos mediante la observación y aplicación de test, y así poder brindar un diagnóstico. Estos hallazgos pueden ser útiles para brindarle herramientas enfocadas en la prevención y el tratamiento de la violencia intrafamiliar y su estado emocional.

Además, abordar sus problemas emocionales y la atención de la víctima de la violencia intrafamiliar. Al conocer con mayor detalle las necesidades específicas de la adolescente, se pueden desarrollar mejores prácticas clínicas y programas de tratamiento.

De igual manera, este estudio de caso puede servir como una herramienta para sensibilizar a la sociedad sobre la gravedad de la violencia intrafamiliar y sus efectos en la salud mental de las víctimas. La difusión de los resultados del estudio puede ayudar a generar conciencia sobre la importancia de prevenir y erradicar la violencia intrafamiliar en los adolescentes.

OBJETIVOS

Analizar la violencia intrafamiliar y su repercusión en el estado emocional de una adolescente de 15 años del cantón Alfredo Baquerizo Moreno, Jujan.

SUSTENTOS TEÓRICOS

Violencia

Se define la violencia desde lo más visible, normalmente se alude a “la utilización de una fuerza física o verbal para producir daños o heridas contra otros, con el objetivo de obtener de una persona o de un grupo algo que no desea consentir libremente”. Toda acción o conducta que se acomode a estas características es fácilmente considerada violenta, se puede cuantificar, conocer su intensidad, quiénes son los actores de la misma. Se entiende como establecer los “hechos” (Hernandez, 2002).

Es de suma importancia tomar en cuenta que la “violencia” no solo podemos evidenciarla con los hechos, cuantificar, ubicar en contextos y determinar actores, sino también en lo que se establece en cuanto a juicio, dolor, tormento, tortura, tragedia, desesperación, odio, martirio... Resulta importante identificar que éstas, sus consecuencias (visibles/invisibles), suelen constantemente a callarse explícitamente en su concepción, donde sólo se conlleva a través de la repulsa emocional que se manifieste frente a la misma (Hernandez, 2002).

La violencia presenta diferentes manifestaciones y sus motivos varían, además la mayoría de los casos pasan desapercibidos. Se considera una conducta humana y está relacionada directamente con factores individuales, históricos, culturales y económicos (Alpízar CLB, 2018).

Se ha escrito por distintos autores, la relación entre padres, madres o tutores, que ejercen el maltrato a sus descendientes, sin identificarlo como tal. Queda evidenciado entonces el acto como forma de enseñanza y corrección de fallas en sus sucesores. En esto influyen factores culturales y tradicionales que se transmiten histórica y generacionalmente en la sociedad (Alpízar CLB, 2018).

Violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar no se limita a agresiones físicas o sexuales, sino que también puede incluir daño emocional que afecta la salud mental individual. Los niños que son testigos o víctimas de violencia tienen mayores probabilidades de desarrollar depresión y otros trastornos emocionales. (Hundek Pichón, 2010).

Al ejercer cualquier tipo de violencia a los menores por la repercusión que en ellos ocasiona, hechos que terminan en sentimientos de soledad, dolor y desamparo, por dañar los lazos emocionales entre progenitores e hijos y por las posibles consecuencias para su forma de convivencia (MR, 2018).

Los progenitores son los principales maestros de los menores, son sus consejeros en el bien y el mal, todo esto se debe llevar a con amor, tolerancia y firmeza, en el cual se debe tener establecidos los valores, las costumbres y las actitudes que deben tener presente. Según estudios realizados se identifica que en la mayoría de los menores que cohabitan en familias con violencia intrafamiliar que los problemas psicológicos son predominantes y de mayor gravedad que las agresiones físicas (MR, 2018).

Violencia sexual

En conexión con la violencia sexual se determina que la gran parte de los casos sucede dentro del hogar de la víctima, siendo el agresor una persona cercana, muchas veces, el mismo padre. Según los análisis, el abuso sexual en adolescentes es más usual de lo que se piensa. No obstante, muchas de las veces el delito no se denuncia, lo que se determina como "círculo de silencio", en el que participan el progenitores, la familia y las personas afectadas (AA, 2018).

Violencia psicológica

Los adolescentes que sufren violencia psicológica pueden experimentar una serie de efectos negativos en su autoestima, estado de ánimo, capacidad de concentración y calidad de sueño, así como una disminución en su interés por las actividades que antes disfrutaban. Además, estos jóvenes pueden experimentar sentimientos de culpa y vergüenza, y a menudo se sienten responsables de lo que les sucede, lo que les impide buscar ayuda. Para denunciar la situación, algunos adolescentes tendrían que acusar a un miembro de su familia, lo que les genera miedo a las posibles reacciones del agresor o de otros miembros de la familia (KidsHealth 2020).

Medidas de precaución y prevención.

Una de las soluciones más efectivas para abordar el problema de la violencia es implementar medidas de precaución y prevención. Es importante considerar que algunos

agresores han experimentado violencia en sus propias familias, lo que puede llevar a que repitan estos patrones en sus propias relaciones. Esto destaca la necesidad de brindar ayuda profesional para que puedan superar estas experiencias traumáticas y aprender a manejar sus emociones de manera saludable (Vásquez, 2018).

En nuestra sociedad, es crucial fomentar valores y educar a los niños sobre los efectos perjudiciales de la violencia en las relaciones interpersonales. Lamentablemente, a menudo se pasa por alto este tema tanto en el ámbito familiar como en el educativo. Es fundamental tener conversaciones abiertas y honestas sobre la importancia de la buena convivencia y la armonía, ya que esto contribuye a construir una sociedad pacífica y próspera (Vásquez, 2018).

Emociones

Se ha discutido ampliamente sobre la naturaleza y función de las emociones. Algunos argumentan que las emociones son respuestas a las condiciones de nuestro entorno que afectan nuestros objetivos adaptativos y que involucran procesos cognitivos de evaluación. Otros, como Darwin, enfatizan la función comunicativa y adaptativa de las emociones. Por otro lado, hay teóricos que consideran que la sociedad y la cultura son elementos importantes para comprender el papel de las emociones en la vida humana (Estrada, 2014).

Las emociones son impulsos que contienen una tendencia a actuar, como sugiere su origen etimológico latino "emoción", que proviene del verbo "movere", que significa moverse, y el prefijo "e-", que significa movimiento hacia algo (Estrada, 2014).

Adolescencia

La Organización mundial de la salud (OMS) (UNICEF, 2020), implantó que la adolescencia se determina como el lapso de crecimiento después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Esta es una etapa que no se puede saltar y muy relevante en nuestras vidas, en donde se implementan fortalezas, la adolescencia es desafiante y de un sin número de cambios que involucran a los progenitores y familiares (UNICEF, 2020).

Los cambios fisiológicos que se dan durante en la adolescencia son distinguidamente conocidos y pueden estar vinculados con la maduración sexual. También cabe resaltar sobre

el desarrollo psicológico, que va de la mano en armoniosa articulación con el desarrollo físico y químico, y social en el que se haya la persona (Palacios, 2019).

Sin embargo, la inmadurez de su cerebro y las limitaciones que este implica sobre el periodo de toma de decisiones, el adolescente se encuentra en ellas a expensas de los resultados de una inmadura capacidad para modificar y planificar sus actitudes, en respuesta a un proceso de desarrollo de la corteza prefrontal, que no ha alcanzado su culminación. Hay que recalcar que la elección de decisiones es un lapso muy lento durante la adolescencia (Palacios, 2019)

De acuerdo con Vera (Vera, 2021) esta gran etapa es una construcción cultural, variable y argumentada por la manera en que las culturas nombran el estatus adulto y el fundamento de las funciones/responsabilidades adultas que los adolescentes empiezan a implementar en su vida.

Dado que los adolescentes pasan por distintos tipos de conductas, entre ellas la más común en los adolescentes es la conducta antisocial que se determina por una alta insatisfacción con su entorno y rechazo a las normas implementadas por la sociedad, así como las normas familiares y todo lo que para él significa cumplimiento. Existen diversos sucesos que influyen en el lapso de esta etapa, como las conductas individuales del adolescente, la repercusión de los lazos familiares y el maltrato (Vera, 2021).

Conductas antisociales durante la adolescencia

La dinámica familiar es muy influyente en la conducta antisocial de los adolescentes. La escasez de recursos económicos, poco coeficiente intelectual, antecedentes de violencia y una crianza de baja calidad son los factores de mayor incidencia en estos casos (Vargas, 2018).

Existen diversas formas en las que pueden manifestarse las conductas antisociales, que van desde violar las normas establecidas por la sociedad, dañar objetos, agredir a otros, fumar, beber alcohol, cambiar o esconder notas, incurrir en faltas regulares en la institución educativa, hasta cometer agresiones físicas o emocionales contra otras personas. La relación entre la familia y la escuela puede ser un factor determinante en la socialización de los individuos, y los conflictos que se produzcan en uno de estos ámbitos pueden tener consecuencias en el otro. Los niños, niñas y adolescentes que experimentan violencia en el hogar pueden sufrir secuelas de por vida (Vera, 2021).

Influencia de las relaciones familiares durante la adolescencia

El papel de la familia y su estilo de crianza son fundamentales en la prevención de comportamientos antisociales, especialmente durante la adolescencia. Durante esta etapa, es esencial el apoyo y guía que la familia brinda para el desarrollo personal del adolescente, lo que influye en el ambiente y actitudes en los que el joven se desenvuelve (Ochoa Ávila, 2016). Para regular las conductas antisociales en los adolescentes, se puede implementar una fase formativa integral que involucre a profesores, padres, autoridades y profesionales competentes, los cuales brinden una orientación viable y completa para reducir los factores de riesgo (Vera, 2021).

Las relaciones familiares influyen en el proceso del grupo familiar y las relaciones positivas y cooperativas pueden fortalecer el vínculo entre los miembros. Como grupo primario, la familia debe basarse en relaciones personales y emocionales, así como un alto grado de involucramiento con cada uno de sus miembros (Vera, 2021).

Las relaciones que un adolescente tiene con su entorno, incluyendo las relaciones individuales, familiares y escolares, tienen un gran impacto en su comportamiento. Estas relaciones pueden influir positiva o negativamente en el individuo, y pueden ser un factor determinante en la aparición de comportamientos antisociales (Quitian Bustos, 2020).

Maltrato físico y mental en adolescentes

Es importante considerar el maltrato como una enfermedad, y no como algo inherente a la cultura. Cualquier médico debe ser capaz de identificar o sospechar el maltrato en cualquier paciente que presente factores de riesgo y signos visibles de maltrato, ya sea físico o psicológico. Para lograr esto, el médico debe establecer una relación de confianza con el niño y el progenitor, lo que es esencial para proporcionarles apoyo y asesoramiento efectivos en la atención de esta patología (Alpízar CLB, 2018).

La mayoría de las agresiones y violencia hacia niños, niñas y adolescentes permanece oculta, ya que solo una pequeña parte de ellos denuncia o documenta estos actos. A menudo, los niños se sienten vulnerables para denunciar la violencia debido al temor de represalias por parte del agresor (Alpízar CLB, 2018).

Cuando el maltrato juvenil no se evidencia en lesiones físicas visibles, sus efectos pueden ser aún más perjudiciales y duraderos para el bienestar físico, psicológico y social

de la víctima. En algunos casos, las conductas violentas se normalizan y se vuelven constantes, lo que dificulta su identificación y prevención temprana. Además, estas formas de violencia a veces se llegan a legitimar, lo que aumenta la complejidad del problema (Alpízar CLB, 2018).

La labor de reconocer los factores de peligro de conductas violentas en los adolescentes ayuda de forma preventiva a tener acciones con los menores actos de violencia, las víctimas y subsecuentemente los homicidios y suicidios en este periodo de la vida. No todos los grupos de adolescentes tienen el misma conducta y actitudes, y en ello influyen entre otros factores, las percepciones acerca del fenómeno en sí desde lo individual (Alpízar CLB, 2018).

Los profesionales de la salud y de la educación deben trabajar juntos en un enfoque multidisciplinario para abordar los problemas de violencia en niños y adolescentes. Es importante desarrollar estrategias efectivas para la evaluación, intervención, derivación y seguimiento de aquellos en mayor riesgo de violencia (AA, 2018).

América Latina y el Caribe tienen una población de 185 millones de personas menores de 18 años, con 6 millones sufriendo agresiones físicas graves y 80,000 falleciendo cada año debido a ellas. En países como Ecuador, México y Uruguay, la violencia ha aumentado debido a tensiones socioeconómicas, desempleo y disminución de ingresos, y en Colombia y Guatemala, es una de las principales causas de muerte en niños de 5 a 14 años (AA, 2018).

Según lo indicado por (AA, 2018), los niños generalmente son objeto de abuso por parte de los adultos, lo que puede llevar a una serie de respuestas emocionales negativas, como ansiedad, angustia, abatimiento y miedo a la recurrencia. Además, los niños también pueden ser víctimas secundarias de la victimización por parte de instituciones educativas, policiales y judiciales, lo que puede ser aún más perjudicial que la victimización primaria.

En un análisis de lo que diversos investigadores definían en aquel momento como daño psicológico:

- El deterioro emocional

- El deterioro emocional serio manifestado trastornos de ansiedad, trastorno de depresión ya sea así mismos o a otros
 - Deterioro en la capacidad intelectual o psicológica del niño expresada en un límite observable y sustancial en su capacidad normal para desenvolverse
 - También podría darse diagnóstico de desviaciones en el desarrollo general, emocional o comportamental en el nivel suficiente como para garantizar su seguridad (Arruabarrena, 2011).

Influencia del maltrato familiar en el ámbito educativo

Se argumenta que el rendimiento académico se refiere al nivel de educación que un adolescente ha alcanzado, el cual se evalúa a través de un examen evaluativo. La familia es un factor crucial en la formación de los estudiantes, ya que tiene un gran impacto en su desempeño. El apoyo económico y moral de los padres ayuda a mejorar los logros educativos, mientras que la violencia doméstica, la falta de interés de los padres y los problemas sociales y económicos pueden afectar negativamente el interés y el progreso académico (Campos Batallas & Puga Guerrero, 2017).

Estar vinculado regularmente a escenarios de estrés crónico como la violencia o la falta nutricional, daña neuronas de zonas que están enlazadas al aprendizaje y al desarrollo emocional. Según con el Fondo de las Naciones Unidas, los infantes que sufren violencia física grave tienen una media de 27.8% notas más bajas que aquellos que no viven en violencia. Se dice que, el ambiente familiar influye directamente en el desempeño académico del adolescente, el cual se verá afectado en las conductas emocionales que pueden terminar en el aislamiento, depresión, ser víctima de acoso escolar o provocar bullying a otros estudiantes (Campos Batallas & Puga Guerrero, 2017).

Violencia intrafamiliar y su repercusión.

Se ha comprobado que la violencia y el maltrato en el ámbito familiar son fenómenos comunes y aceptados socialmente. Desde una perspectiva estadística y en la investigación de dicha definición, se puede determinar que se trata de una forma cultural que se relaciona con valores y se refuerza a través de creencias, mitos y estereotipos arraigados en la sociedad (Chinga, 2022).

Debido a la posición de vulnerabilidad en la que se encuentran los niños, son susceptibles de sufrir golpes emocionales y psicológicos que pueden afectar su capacidad para comprender y defenderse. Aún no tienen la capacidad de formar opiniones verdaderas o tomar decisiones adecuadas para la situación. Además, los golpes y las situaciones psicológicas en su contra pueden generar una gran presión y una inestabilidad en la persona, ya que carece de la protección necesaria y se encuentra indefenso (Chinga, 2022).

En el año 2021 la información proporcionada de la Unicef, determina que la negligencia parental es la primordial forma de maltrato que tiene fuerte incidencia en esta sección de la población. El Código de la Niñez y de la Adolescencia argumenta a este de hecho como delito el descuido grave y reiterado de los progenitores hacia sus hijos. Pero también al no proporcionarles alimentos o cuidados de salud. De acuerdo con La Dirección Nacional de Policía Especializada para Niños, Niñas y Adolescentes (Dinapen), el trato negligente o descuido en un 55.4 %, maltrato físico 24.9, maltrato psicológico 19.4 y maltrato institucional 0.4 % (DINAPEN, 2020).

Se ha comprobado que la violencia y el maltrato en el ámbito familiar son fenómenos comunes y aceptados socialmente. Desde una perspectiva estadística y en la investigación de dicha definición, se puede determinar que se trata de una forma cultural que se relaciona con valores y se refuerza a través de creencias, mitos y estereotipos arraigados en la sociedad (Chinga, 2022).

Debido a la posición de vulnerabilidad en la que se encuentran los niños, son susceptibles de sufrir golpes emocionales y psicológicos que pueden afectar su capacidad para comprender y defenderse. Aún no tienen la capacidad de formar opiniones verdaderas o tomar decisiones adecuadas para la situación. Además, los golpes y las situaciones psicológicas en su contra pueden generar una gran presión y una inestabilidad en la persona, ya que carece de la protección necesaria y se encuentra indefenso (Chinga, 2022).

TÉCNICAS PARA LA RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

Historia clínica.

La historia clínica incluye una variedad de información, como la historia personal de la paciente de 15 años, su historial médico, su historial familiar. También se incluyó información sobre los síntomas que la paciente estaba experimentando, así como detalles sobre sus relaciones personales, situaciones de vida y cualquier evento traumático que haya experimentado.

Se tiene un registro detallado y confidencial que se utilizará para comprender los antecedentes psicológicos de la paciente, la evolución de su problema y las estrategias terapéuticas que han sido útiles en su tratamiento.

Entrevista semiestructurada

La flexibilidad de la entrevista semi-estructuradas también permitió que se pueda adaptar las preguntas a las necesidades específicas de la paciente de 15 años, lo que mejoró la calidad de los datos recopilados. Sin embargo, el hecho de que las preguntas no sean predefinidas esto dio tiene la libertad de cambiar el orden de las preguntas, omitir preguntas y agregar preguntas nuevas según sea necesario.

Observación directa.

La técnica mencionada recopila información detallada sobre el comportamiento, las emociones y las interacciones de la paciente. A través de la observación directa, se pudo obtener información objetiva y fiable sobre la conducta de la paciente, lo que resulto ser útil en el diagnóstico y el tratamiento del problema psicológico.

Genopro

Se usó para representar gráficamente la estructura familiar y la dinámica intergeneracional. Es una especie de árbol genealógico que incluye información sobre las relaciones familiares, las enfermedades hereditarias, los patrones de comportamiento, los traumas y otros factores relevantes para el bienestar emocional de los miembros de la familia.

Reactivos y técnicas aplicadas

“Registro de la Terapia Cognitivo Conductual”

La técnica psicológica de la TCC tiene como resultado registrar, analizar mediante un cuadro de exploración los pensamientos automáticos y las emociones que presenta el paciente ante una situación en específico, determinar si dichos pensamientos y emociones influyen en la conducta del paciente que se pueden observar en las sesiones redactadas.

“Cuestionario de Estrés Percibido de Levenstein”

Consta de 30 preguntas que evalúan la percepción de la persona sobre su capacidad para afrontar situaciones estresantes. Las preguntas se enfocan en los síntomas físicos y emocionales asociados con el estrés, así como en la percepción de la capacidad de la persona para controlar situaciones estresantes que se puede observar en las sesiones redactadas.

“Escala de ansiedad de Hamilton”

En las sesiones redactadas encontraremos la EAH consta de 14 ítems que evalúan los síntomas físicos y psicológicos de la ansiedad, como la tensión muscular, la preocupación, el insomnio y la ansiedad somática de la paciente. Cada ítem se califica en una escala de 0 a 4, donde 0 indica la ausencia de síntomas y 4 indica la presencia de síntomas graves. La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 56, y cuanto mayor sea la puntuación, mayor será la gravedad de la ansiedad.

“Inventario de Depresión de Beck”

Se usó el BDI que consta de 21 ítems que evalúan los síntomas cognitivos, afectivos y somáticos de la depresión, como la tristeza, la desesperanza, la culpa, la pérdida de interés en las actividades y los problemas de sueño y alimentación. Cada ítem se califica en una escala de 0 a 3, donde 0 indica la ausencia de síntomas y 3 indica la presencia de síntomas graves. La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 63, y cuanto mayor sea la puntuación, mayor será la gravedad de la depresión, más adelante podrán observar los resultados de estos test.

RESULTADOS OBTENIDOS

Paciente de 15 años de edad, género femenino, asiste a consulta por voluntad propia, refiere ser estudiante de colegio en segundo año de bachillerato en ciencias, actualmente reside en el cantón Jujan, de estado civil soltera.

En la presente intervención psicológica de este estudio de caso se necesitó de seis sesiones las cuales se llevaron a cabo en coordinación con la paciente y se detallan a continuación

En la primera sesión realizada el 13 de septiembre de 2022

Se indagó el motivo de consulta e historia del cuadro psicopatológico actual, la cual manifiesta en el motivo de consulta, “Hace algunas semanas de que me siento mal porque me fui de mi casa ya que mi papá me agredía físicamente y me insultaba siempre que no hacia lo que él quería.”

De acuerdo con la historia del cuadro psicopatológico actual la paciente refiere

“Hace algunas semanas que me siento mal porque extraño a mi hermana gemela y a mi mamá, también tengo miedo de que les pase algo malo estando con mi papá, me fui de casa hace más de seis meses porque mi papá me agredía cuando hacía algo mal o que a él no le gustaba, también me insultaba si no le ponía las medias como a él le gustaban o si yo no quería ir al campo con él a trabajar me golpeaba mucho.

Mi mamá sabía de todo lo que nos hacía a mi hermana y a mí, pero nunca hizo algo porque mi papá la amenazaba de muerte delante de nosotras y ella tenía mucho miedo, yo no podía dormir por las noches me sentía desprotegida e insegura, así que le dije a mi hermana para irnos de la casa, pero ella no quiso, al día siguiente de contarle a mi hermana me fui al colegio y después de eso no regrese a casa porque quería quedarme con mi tía. Aún sigo teniendo muchas pesadillas siempre sueño con mi papá goleándome o a mi hermana y no puedo dormir bien tampoco me puedo concentrar en las clases y no quiero ir.

Mis otros hermanos apoyan lo que hace mi papá, ellos son mayores y no me ayudan. Mi papá nos impedía contarle algo a otras personas, pero yo le conté a mi tía todo lo que él nos hacía y ella me creyó y me invitó a vivir en su casa ya que ella vive sola y yo le podría hacer compañía, pero mi hermana nunca quiso venir a vivir con nosotras porque mi papá la sobornó diciéndole que si se quedaba le compraría un teléfono nuevo a ella.”

En la segunda sesión realizada el día 15 de septiembre de 2022

Se trabajó con la paciente la técnica de relajación autógena por tres minutos esto se llevó a cabo dado que se encontraba un poco nerviosa, sudaba y no podía colaborar con la entrevista, luego de que la paciente se relajara y estuvo dispuesta a seguir con la entrevista semiestructurada se le realizó preguntas previamente elaboradas de acuerdo a su problemática actual.

- ¿Cómo afectan estos síntomas a su vida diaria? ¿Ha afectado a sus estudios, relaciones personales o actividades cotidianas?
- ¿Cómo han evolucionado sus síntomas con el tiempo? ¿Han mejorado o empeorado?
- ¿Con qué frecuencia experimenta estos síntomas de? ¿Hay alguna situación o desencadenante específico que los provoque?

En la tercera sesión realizada el 19 de septiembre de 2022

Se trabajó con la paciente de 15 años de edad las siguientes pruebas psicológicas:

- Cuestionario de estrés percibido de Levenstein: Evaluar el estado actual de la paciente ante acontecimientos estresantes.
- Escala de ansiedad de Hamilton: Medir la gravedad de los síntomas de ansiedad.
- Inventario de depresión de Beck: Detectar los síntomas de depresión.

En la cuarta sesión que se llevó a cabo el 21 de septiembre de 2022

Se realizó con la paciente el “Registro de la Terapia Cognitivo Conductual”, la cual se centra en identificar los patrones de pensamiento negativos que pueden estar contribuyendo a los problemas emocionales de la paciente de 15 años. Gracias a esto se ayuda a que la paciente aprenda a reconocer estos pensamientos y a desarrollar formas más realistas y positivas de pensar.

En la quinta y sexta sesiones realizadas el 23 y 26 de julio de 2022

Se pudo ayudar a la paciente a desarrollar habilidades de comunicación efectivas y a establecer límites saludables en sus relaciones personales. También se trabajó en ayudar a la paciente a mejorar su autoestima y su confianza.

SITUACIONES DETECTADAS

En los resultados de la entrevista semiestructurada se adaptó preguntas de acuerdo a las problemáticas de la paciente de 15 años de edad la cual se logró detectar cambios en su conducta. En las primeras sesiones se pudo encontrar que la paciente presenta cambios en su estado de ánimo, no puede concentrarse en sus tareas escolares, sudaba, tenía palpitaciones, presentaba dificultad para conciliar el sueño, se irrita fácilmente, estaba nerviosa y preocupada la mayor parte del tiempo, dificultad para respirar, inquietud tiene pesadillas en las que le recuerdan el maltrato de parte de su padre y se le dificulta desenvolverse con normalidad en su entorno social, familiar y escolar.

En los resultados obtenidos de la observación directa se halló que la paciente de 15 años, de contextura corporal delgada, de 1.55 metros aproximadamente, de etnia mestiza acude a consulta y revela tristeza en su rostro, nerviosismo, temblor en sus manos, no obstante presenta un aspecto personal normal, un vestuario acorde a su edad, al inicio de la intervención se le dificultaba colaborar con la entrevista, pero a medida que avanzaba la sesión y se le pidió realizar ejercicios de relajación su actitud mejoró y su colaboración con la entrevista avanzó favorablemente.

En los Resultados de las pruebas aplicadas se pudo registrar los siguientes datos:

- **“Escala de Ansiedad de Hamilton”:** Resultado de la paciente de 15 años es de 17 pts., presencia de ansiedad moderada.
- **“Inventario de Depresión de Beck”:** Dando como resultado de la paciente de 15 años una puntuación de 8 puntos, equivalente a una Depresión leve.
- **“Cuestionario de Estrés Percibido de Levenstei”:** Obteniendo como resultado 26, a menudo está estresado.
- **“Registro de la Terapia Cognitivo Conductual”**

Se detalla en la tabla a continuación

Tabla 1

Registro de la TCC

Evento	Pensamiento negativo.	Emociones o intensidad	Reacción conductual
“Ver a mi papá”	Me golpeará	Miedo.	Aislarme.
“Tratando de dormir”	Mi hermana y mamá están en peligro	Miedo, nerviosismo	Insomnio.
“Ir a al colegio”	Que mi papá se aparezca y me quiera llevar a su casa”	Miedo.	Aislarme

Examen mental

- **Expresión y lenguaje:** Lenguaje coherente y fluido.
- **Motricidad:** Presenta una motricidad fina y gruesa adecuada.
- **Orientación:** Orientada en tiempo, espacio y persona.
- **Estado de conciencia:** Conciencia lucido.
- **Atención y concentración:** Alteración moderada en su concentración.
- **Memoria:** No presenta ninguna alteración, recuerda con claridad toda etapa de su vida.
- **Alteraciones del sueño:** insomnio
- **Afectividad:** Cambio en su estado de ánimo y la relación social.
- **Sensopercepción**
- : Leve alteración en su percepción del entorno.
- **Pensamiento y expresión:** Se registran pensamientos irracionales.

Los resultados obtenidos refieren **CIE-10 F41.1 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.**

SOLUCIONES PLANTEADAS

La TCC, puede enseñar a la paciente de 15 años habilidades para manejar mejor las emociones difíciles, como la ansiedad. La paciente puede aprender técnicas de relajación, ejercicios de respiración y otros métodos para reducir la intensidad de sus emociones. Ofrece herramientas para mejorar las relaciones interpersonales.

Enfocarse en cambiar los patrones de comportamiento que pueden estar contribuyendo a los problemas emocionales de la paciente, puede aprender a establecer metas realistas, a enfrentar los miedos y a desarrollar hábitos más saludables. Aprender habilidades prácticas y útiles para manejar sus problemas actuales y para prevenir recaídas en el futuro.

Técnicas:

- La formación a la paciente acerca de los pensamientos irracionales.
- La relajación con técnica conductual para la ansiedad, relajación pasiva.
- Anticipación de los eventos que los costes-beneficios producen pensamientos ansiosos e identifique soluciones alternativas.
- Paciente verifique la veracidad de su pensamiento en su contexto.

Metas terapéuticas:

- Mejorar la confianza para resolver problemas.
- Asegurar la seguridad y auto-confianza.
- Soportar el riesgo y la tolerancia a los resultados ambiguos de situaciones futuras.
- Crecer el control captado sobre la preocupación.

Tabla 2

Plan Terapéutico basado en la Terapia Cognitivo Conductual

Áreas afectadas	Técnica	Meta terapéutica	Sesiones	Fecha	Resultados obtenidos.
Conductual	La formación a la paciente acerca de los pensamientos irracionales.	Creer el control captado sobre la preocupación.	1	23-09-2022	Se logró que la paciente pudiera detectar las situaciones que le generan ansiedad.
Afectiva	Recogida de evidencias y Análisis de los costes-beneficios.	Que logre identificar evidencias a favor o en contra del pensamiento irracional y así mejorar la confianza para resolver problemas.			Se logró que la paciente identifique las evidencias.
Pensamiento	Anticipación de los eventos que producen pensamientos irracionales e identifique soluciones alternativas	Lograr que la paciente reconocer sus recursos.	1	26-09-2022	Se logró que la paciente detecte sus recursos en su entorno.
Somática	La relajación con técnica conductual para la ansiedad, relajación pasiva.	Erradicar la tensión muscular.	1	15-09-2022	Se logró disminuir su tensión muscular y fatiga.

CONCLUSIONES

Para concluir, es importante abordar el trastorno de ansiedad generalizada lo antes posible, ya que puede afectar significativamente la calidad de vida de una persona y aumentar el riesgo de otros problemas de salud mental.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una forma efectiva de psicoterapia para el trastorno de ansiedad generalizada, ya que ayuda a las personas a identificar y cambiar los patrones de pensamiento negativos que contribuyen a su ansiedad.

El trastorno de ansiedad generalizada es una afección mental que se caracteriza por la presencia de ansiedad excesiva y persistente en situaciones que no justifican tal respuesta. Se trata de un problema de salud mental que afecta a un gran número de personas en todo el mundo y que puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de quienes lo padecen.

A lo largo de este estudio de caso, se ha analizado la problemática del trastorno de ansiedad generalizada en una paciente de 15 años del cantón Alfredo Baquerizo Moreno Jujan, quien presentaba síntomas de ansiedad en diferentes situaciones cotidianas. A partir del análisis de su caso, se pueden establecer diversas conclusiones.

Se puede afirmar que el trastorno de ansiedad generalizada es una afección compleja y multifactorial que puede tener su origen en diversos factores. En el caso de la paciente analizada, se identificó una posible relación entre su problemática y su historia familiar de trastornos de ansiedad, así como con factores estresantes en su entorno familiar y personal.

También se puede destacar la importancia de una evaluación adecuada y una intervención temprana para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. En el caso de la paciente, se realizó una evaluación exhaustiva de sus síntomas y de los factores que podrían estar influyendo en su problema de salud mental, lo que permitió un diagnóstico temprano y una intervención adecuada.

Así mismo, se puede afirmar que el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada puede ser complejo y requerir de un enfoque multidisciplinario. En el caso de la paciente, se diseñó un plan de tratamiento que incluía terapia cognitivo-conductual y cambios en su estilo de vida. Este enfoque integral permitió una reducción significativa en sus niveles de ansiedad y una mejora en su calidad de vida.

Por otra parte, se puede destacar la importancia de una intervención terapéutica adecuada y personalizada para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. En el caso de la paciente, se trabajó con ella en el desarrollo de habilidades de afrontamiento y técnicas de relajación que le permitieron manejar de manera efectiva sus síntomas de ansiedad y preocupación.

Se puede afirmar que el trastorno de ansiedad generalizada es un problema de salud mental que requiere de un abordaje a largo plazo. En el caso de la paciente, se estableció un seguimiento periódico con el objetivo de mantener los avances logrados en su tratamiento y con pronóstico favorable.

Finalmente, el trastorno de ansiedad generalizada es una afección mental que puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de quienes lo padecen. Sin embargo, con una evaluación adecuada, una intervención temprana y un enfoque multidisciplinario y personalizado, es posible manejar efectivamente los síntomas de ansiedad y lograr una mejora en la calidad de vida de las personas afectadas por esta afección.

RECOMENDACIONES

Es importante que la paciente de 15 años diagnosticada con trastorno de ansiedad generalizada aprenda a cuidarse a sí misma y a manejar sus síntomas de ansiedad en su vida diaria. Es recomendable que implemente las técnicas de relajación, ejercicios de respiración y estrategias de afrontamiento para ayudarles a manejar su ansiedad y mejorar su bienestar emocional.

Es recomendable apoyar y alentar la participación en actividades sociales, como deportes, clubes escolares o actividades extracurriculares. La estructura y las rutinas pueden ayudar a reducir la ansiedad y mejorar el bienestar emocional. Es recomendable establecer rutinas regulares para las actividades diarias, como las comidas y el horario de sueño.

Realizar un seguimiento periódico del paciente para evaluar su progreso y detectar posibles recaídas, y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario.

BIBLIOGRAFÍA

- AA, C. (2018). Violencia en niños, niñas y adolescentes. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 140-143.
Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2018/cmi184o.pdf>
- Alpízar CLB, P. G. (2018). Caracterización de la violencia en adolescentes. *Rev Cub Med Mil*, 1-14.
Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85981>
- Arruabarrena, M. I. (2011). Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la familia. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, pág. 28. Obtenido de <https://journals.copmadrid.org/pi/archivos/in2011v20n1a3.pdf>
- Campos Batallas, V. R., & Puga Guerrero, S. A. (2017). *Influencia de violencia intrafamiliar en el rendimiento escolar*. Milago.
- Chinga, O. K. (2022). Criterios sobre la violencia intrafamiliar y su influencia en el desarrollo. *Revista Sinapsis*. Obtenido de <file:///C:/Users/valer/Downloads/Dialnet-CriteriosSobreLaViolenciaIntrafamiliarYSuInfluenci-8627134.pdf>
- DINAPEN. (2020). *En Ecuador, el 52% del maltrato infantil impacta a las niñas*. Ecuador. Obtenido de <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/ecuador-maltrato-infantil-ninos-ninas/>
- Estrada, A. R. (2014). Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios. *Enseñanza e investigación en psicología*. Obtenido de Enseñanza e investigación en psicología: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29232614006.pdf>
- Hernandez, T. (2002). *Des-cubriendo la violencia. Violencia, sociedad y justicia en America Latina*. . Caracas . Obtenido de Violencia, sociedad y justicia en America Latina: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/violencia/hernandez.pdf>
- Hundek Pichón, L. (2010). Violencia Doméstica: hombres versus mujeres maltratantes en la ciudad de Barranquilla. *Revista Pensamiento Americano*, 71.
- MR, M. C. (2018). Violencia intrafamiliar y su repercusión en menores de la provincia de Bolívar, Ecuador. *Rev Colombiana Psiquiatria*, 5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.04.006>

- Ochoa Ávila, E. H. (2016). Relación entre los factores familiares de riesgo y la conducta antisocial de los adolescentes. *Cultura Científica Y Tecnológica*. Obtenido de <https://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/view/1261>
- Palacios, X. (2019). Adolescencia:¿ una etapa problemática del desarrollo humano? *Revista Ciencias de la Salud*, 17(1). Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732019000100005
- Quitian Bustos, R. M. (2020). Conducta delictiva y personalidad en adolescentes en riesgo de exclusión social en una institución educativa. *Revista Logos Ciencia & Tecnología*. doi:<https://doi.org/10.22335/rlct.v12i2.1162>
- UNICEF. (2020). *UNICEF*. Obtenido de <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20define%20a,adaptativo%2C%20funcional%20y%20decisivo%20que%20tiene%20esta%20etapa.>
- Vargas, K. V. (19 de Junio de 2018). Factores protectores de la conducta prosocial en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Obtenido de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/65290>
- Vásquez, A. L. (30 de Mayo de 2018). *Derecho Ecuador* . Obtenido de <https://derechoecuador.com/violencia-intrafamiliar/>
- Vera, L. y. (03 de Abril de 2021). El maltrato en la familia como factor de riesgo de conducta antisocial en adolescentes. *ReHuSo*, 23-40. doi:DOI: 10.5281/zenodo.5512717

ANEXOS

Anexo 1: Historia clínica.

HISTORIA CLÍNICA

HC. # 03

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: JMLV

Edad: 15 años

Lugar y fecha de nacimiento: 28-05-2007

Género: Femenino

Estado civil: Soltera

Religión: Ninguna

Instrucción: Secundaria

Ocupación: Estudiante

Dirección: Jujan

MOTIVO DE CONSULTA

La paciente acudió a consulta por motivo que tuvo una agresión física, psicológica y posiblemente sexual por parte de su padre

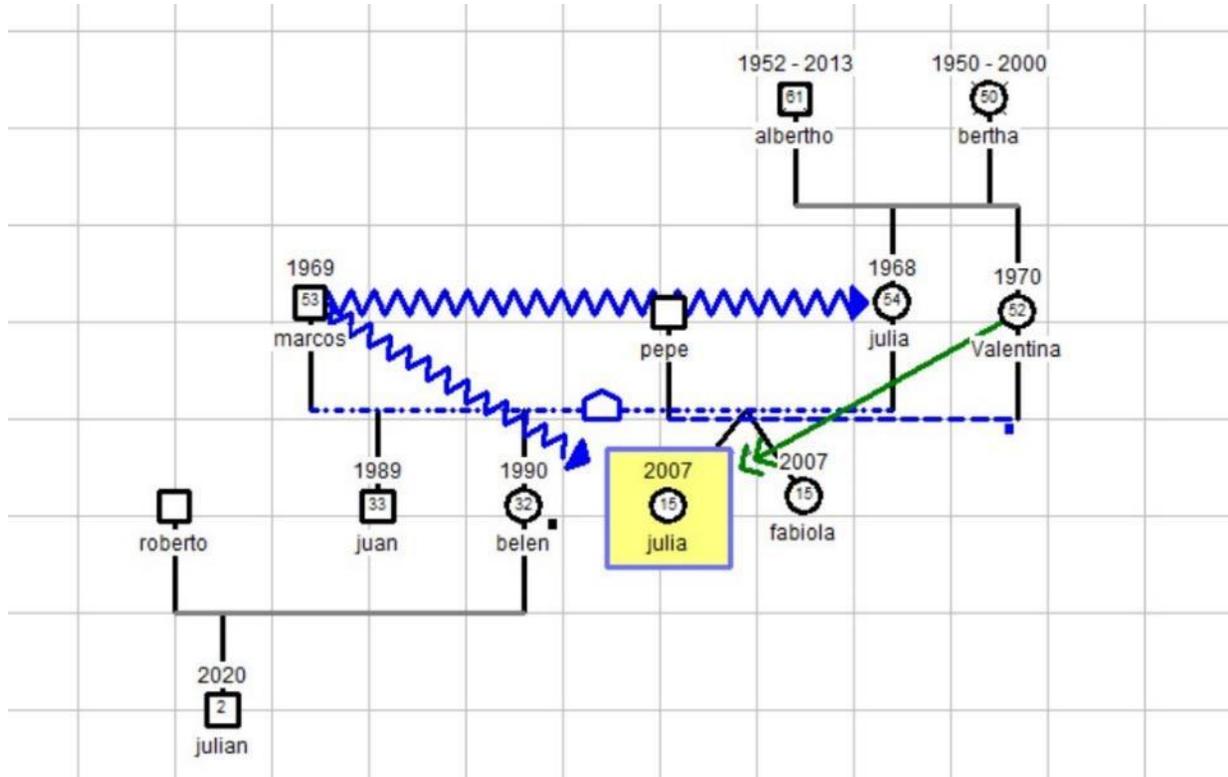
HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

La paciente acude a consulta y manifiesta que se siente nerviosa todo el tiempo que extraña a su hermana melliza y está preocupada por su madre, ella manifiesta que todo esto se dio a raíz de las agresiones físicas que tuvo por parte de su padre biológico, comenta que siempre las golpeaba si es que no les hacían caso, a él le gustaba que ellas les pongan las medias y los zapatos, si es que no lo hacían las golpeaba y a su mamá también, comenta que él les mordía los dedos de las manos y las acariciaba de una forma que ella no le gustaba y eso la hacía sentir muy triste y quería irse de la casa, ya se lo había comentado a su madre pero ella defendía a su papa porque estaba amenazada de muerte la paciente comenta que tiene miedo también por lo que le pase a su madre, JMLV se fue huyendo de su casa pero esto no mejoró sus síntomas sigue nerviosa, no puede dormir porque tiene pesadillas en las que ve a su hermana pidiéndole ayuda, no come mucho y su momento es cuando va a la escuela y puede estar rodeada de amigas, no tiene comunicación con su hermana melliza porque ella decidió quedarse en casa de sus padres, JMLV actualmente vive con su tía le tiene mucho afecto y con ella se siente segura y querida, los acontecimientos tuvieron origen desde su niñez pero su malestar se manifestó hace 6 o más meses ya que ella empezó a ver que todo lo que hacía su padre estaba mal y ellas no merecían vivir todo eso en su

tiempo libre buscaba estudiar inglés porque le gusta mucho y la distraía de sus pensamientos negativos para evitar llorar y que sus hermanos la vieran así. Actualmente no puede ver a su padre porque se siente muy angustiada y le da mucho miedo porque ella denunció a su padre por todo el daño que le hizo.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Genograma (Composición y dinámica familiar).

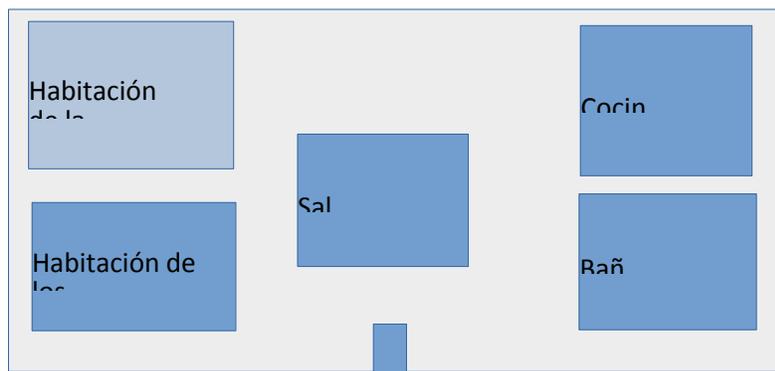


Tipo de familia.

Familia reconstruida.

Antecedentes psicopatológicos familiares. NO REFIERE.

TOPOLOGÍA HABITACIONAL. Casa de bloques:



HISTORIA PERSONAL

ANAMNESIS

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

La paciente manifiesta que su madre tuvo un embarazo normal, nació a los 9 meses, no tomó pecho, empezó a hablar al año y medio y camino al año, la paciente no recuerda mucho de su infancia.

ESCOLARIDAD

Empezó la escuela a los 6 años, en su primer día lloró mucho, no le gustaba ir dado que no estaba acostumbrada a estar rodeada de muchas personas extrañas, le tomó semanas adaptarse, es buena estudiante y su materia favorita es inglés, aunque al principio le costó adaptarse con el pasar de los años estableció buenas relaciones con sus compañeras maestros, hablaba mucho todo el tiempo, hace dos meses se cambió de colegio y le va muy bien no le costó adaptarse.

HISTORIA LABORAL

No refiere.

ADAPTACIÓN SOCIAL

La paciente manifiesta que actualmente tiene buena adaptación social, desde que vive con su tía visitamuchos lugares y tiene más amigos de su edad.

USO DEL TIEMPO LIBRE

Practica inglés escuchando músicas y aprendiendo su pronunciación, le gusta leer historias románticas.

AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD.

Manifiesta que con su familia no era cariñosa ni atenta, solo con su hermana melliza era muy cariñosa. No ha tenido novio ni su primer beso aún.

HÁBITOS.

No refiere. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO.

Actualmente no come mucho y al dormir tiene pesadillas, duerme muy poco alrededor de 5 horas.

HISTORIA MÉDICA.

No refiere.

HISTORIA LEGAL.

Ninguna.

PROYECTO DE VIDA.

Graduarse del colegio, estudiar enfermería o ser profesora de inglés. Desea tener su propia familia.

EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL**FENOMENOLOGÍA**

La paciente se encontraba aseada, llevaba ropa limpia, un poco de maquillaje, estaba peinada. Estaba un poco tensa y triste al contar su situación, preocupada por su bienestar y un poco nerviosa, le temblaba la voz al expresarse, hubo llanto.

ORIENTACIÓN

Se encontraba orientada, sabía la fecha y la hora correcta en la que estábamos.

ATENCIÓN

Se mostraba atenta, miraba fijamente, respondía de forma eficaz a las preguntas.

MEMORIA

Recordaba con facilidad los hechos, no presentaba confusión.

INTELIGENCIA

Entendía perfectamente las indicaciones y preguntas que se les hacía. Inteligencia amplia.

PENSAMIENTO

Presentaba pensamientos melancólicos repetidamente al hablar de su familia en especial de suhermana melliza, pensamientos de culpa.

LENGUAJE

Lenguaje rápido y energético cuando hablaba de ella sin involucrar a su familia. Lenguaje pausado al hablar de su familia o de los hechos suscitados anteriormente.

PSICOMOTRICIDAD

Posee una motricidad gruesa estándar y buena motricidad fina.

SENSOPERCEPCION

Recepta los datos de forma correcta.

AFECTIVIDAD

Relata que tiene mucho apego con su tía, aunque con sus padres casi no lo tuvo. Con sus amistades establece una buena relación.

JUICIO DE REALIDAD

Está consciente de todo lo que le pasó y lo que está viviendo ahora, en algunas ocasiones tiene pensamientos que la alejan de la realidad, imagina una vida sin su padre y solo con su hermana y mamá.

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Tiene claro que todo lo que pasó trajo consigo alguna enfermedad psicológica y física.

HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

la paciente expresa que un hecho traumático que le afectó demasiado fue cuando la hermana le contó que su papá le había tocado sus partes íntimas en ese momento la paciente sintió demasiado miedo constante desde ese momento ya no podía estar en casa ni cerca de su padre. No tuvo ideas suicidas

PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

“Escala de Ansiedad de Hamilton”: Resultado de la paciente de 15 años es de 17 pts., presencia de ansiedad moderada.

“Inventario de Depresión de Beck”: Dando como resultado de la paciente de 15 años una puntuación de 8 puntos, equivalente a una Depresión leve.

“Cuestionario de Estrés Percibido de Levenstei”: Obteniendo como resultado 26, a menudo está estresado.

“Registro de la Terapia Cognitivo Conductual”

MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Falta de asertividad distractibilidad Preocupación.	
Afectivo	Miedo nerviosismo Tristeza Culpabilidad	CIE-10 F41.1 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.
Pensamiento	Pensamientos negativos y tristes	
Conducta social - escolar	Limitada relación con su familia.	

Somática	Insomnio Pérdida de apetito Sudoración	
----------	--	--

Factores predisponentes: Abuso psicológico, físico por parte de su padre dese hace años

Evento precipitante: Abuso físico y psicológico hacia ella y abuso sexual por parte de supadre hacia su hermana melliza

Tiempo de evolución: 2 meses

DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL: CIE-10 F41.1 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.

PRONÓSTICO: Favorable.

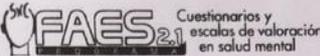
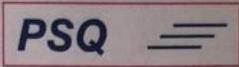
RECOMENDACIONES: Acudir a terapia, seguir realizando las actividades de su interés, seguir fortaleciendo su autoestima.

1. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Áreas afectadas	Técnica	Meta terapéutica	Sesiones	Fecha	Resultados obtenidos.
Conductual	La formación a la paciente acerca de los pensamientos irracionales.	Creer el control captado sobre la preocupación.	1	23-09-2022	Se logró que la paciente pudiera detectar las situaciones que le generan ansiedad.
Afectiva	Recogida de evidencias y Análisis de los costes-beneficios.	Que logre identificar evidencias a favor o en contra del pensamiento irracional y así mejorar la confianza para resolver problemas.			Se logró que la paciente identifique las evidencias.
Pensamiento	Anticipación de los eventos que producen pensamientos irracionales e identifique soluciones alternativas	Lograr que la paciente reconozca sus recursos.	1	26-09-2022	Se logró que la paciente detecte sus recursos en su entorno.

ANEXO 2:

Cuestionario de estrés percivido de Levenstein.

1/2

Identificación Paciente de 15 años Fecha

A: Casi nunca B: Algunas veces C: A menudo D: Casi siempre

	1-2 últimos años				Último mes			
	A	B	C	D	A	B	C	D
1. Se siente descansado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
2. Siente que recaen sobre usted excesivas tareas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Está enfadado o irritable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>				
4. Tiene demasiadas cosas que hacer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Se siente solo o aislado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
6. Se encuentra ante situaciones conflictivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>				
7. Siente que está haciendo cosas que realmente desea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
8. Se siente cansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>				
9. Teme que no va a poder alcanzar sus objetivos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
10. Se siente tranquilo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
11. Tiene demasiadas decisiones que tomar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Se siente frustrado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>				
13. Se siente lleno de energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Se siente tenso	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
15. Sus problemas parecen amontonarse	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

Identificación Paciente de 15 años Fecha 2/2

	1-2 últimos años				Último mes			
	A	B	C	D	A	B	C	D
16. Tiene la sensación de ir demasiado deprisa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
17. Se siente seguro y protegido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Tiene muchas preocupaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
19. Está bajo presión de otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Se siente desalentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Se divierte	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
22. Tiene miedo del futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>				
23. Siente que hace las cosas porque tiene que hacerlas no porque quiera hacerlas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
24. Se siente criticado o juzgado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
25. Se siente alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Se siente mentalmente exhausto	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
27. Tiene dificultad para relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>				
28. Se siente cargado de responsabilidades	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
29. Tiene bastante tiempo para sí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Se siente bajo presión de fechas (plazos)								<input checked="" type="radio"/>

PSQ General:

PSQ Reciente:

ANEXO 3

Calificando emociones y creencias.

FORM 2.5

Clasificando Emociones y Creencias

El grado de su creencia en pensamientos negativos puede variar con los distintos eventos y bajo distintas circunstancias. Anote el evento o la situación en la que se encuentra cuando experimenta un pensamiento negativo. Por ejemplo, "sentado solo" o "pensando si ir a una fiesta" o "tratando de trabajar". Luego anote sus pensamientos negativos, cuanto cree en ellos, sus emociones y la intensidad con que las experimenta.

Evento/situación	Pensamiento negativo y grado de creencia (0-100%)	Emoción e intensidad de la misma (0-100%)
Ver a mi papá	de golpearlo 95%	Miedo 80%
Al ir a dormir	mi papá y hermana están en peligro 90%	Miedo 90%
En el colegio	que mi papá aparezca 90%	Miedo 90%

De Técnicas de Terapia Cognitiva: Una Guía para el Profesional, Segunda Edición. Robert L. Leahy. Copyright © 2017 The Guilford Press. Se otorga permiso para fotocopiar este material a los compradores de este libro para uso

Anexo 4

Escala de ansiedad de Hamilton.



Servicio Andalúz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala **heteroadministrada** por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	13
Ansiedad somática	4
PUNTUACIÓN TOTAL	17

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Mi apetito no ha disminuido.
No tengo tan buen apetito como antes.
Ahora tengo mucho menos apetito.
He perdido completamente el apetito.

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.

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago.
Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
Estoy menos interesado por el sexo que antes.
Estoy mucho menos interesado por el sexo.
He perdido totalmente mi interés por el sexo.

18