



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA
MODALIDAD PRESENCIAL



DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA
DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICOLOGA CLINICA

PROBLEMA:

DISFUNCION FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL EMBARAZO DE UNA
PACIENTE ADOLESCENTE DE 17 AÑOS DE EDAD, ATENDIDA EN EL
CONSULTORIO OBSTÉTRICO VIRGEN NARCISA DE JESÚS DEL CANTÓN
VENTANAS.

AUTORA:

CARMEN MARGARITA MONSERRATE CHIRIGUAYO

TUTOR:

MSC. FRANCISCO ALEJANDRO AMAIQUEMA MARQUEZ

BABAHOYO – ABRIL 2021



DEDICATORIA

Esta dedicatoria va dirigida a todos los seres humanos maravillosos que DIOS ha puesto en mi camino. MI FAMILIA: mi padre (Manuel): que desde el cielo me cuida y protege, él que siempre me inculcó por el camino del bien y la superación personal; a mi madre (María): la que comparte conmigo mis triunfos, mis fracasos, y me regala su BENDICION; a mis hijos: MIS TRES AMORES (Malenni, Edgar y Ariel): Mi razón principal y mi motor de vida, quienes me apoyan, me impulsan, y son esa fuente de amor puro e inagotable, que me motiva a ser cada día una mejor mamá y un mejor ser humano. Paralelamente resalto una dedicatoria especial a mi esposo (Willian): porque es un ser humano maravilloso, me ofrece su apoyo incondicional e ayuda idónea, me ha aconsejado e impulsado para cumplir este proyecto de vida. Posteriormente agradezco a mis dos hermanas, tres hermanos, sobrinas, y nuera. Quienes han aplaudido mis triunfos y me han motivado para conquistar este sueño. A todos ellos mi dedicatoria.

En pocas palabras concluiré diciendo DIOS ME LOS BENDIGA, GRACIAS, GRACIAS a todos. Por haber estado siempre conmigo, los llevo en mi mente y corazón.

AGRADECIMIENTO

Desde lo más profundo de mí ser, agradezco infinitamente a: LA VIDA, por permitirme cristalizar este sueño: Ser parte de un grupo de profesionales dedicados a la SALUD MENTAL. Agradezco a DIOS los dones, el talento, la inteligencia, los valores recibidos, con los que me desarrollé durante este largo proceso de formación académica (5 años y medios), donde pude destacarme entre el grupo de los mejores estudiantes de la carrera más hermosa del mundo: PSICOLOGÍA CLÍNICA. Agradezco de manera muy especial a toda mi FAMILIA por estar conmigo siempre.

Posterior mente agradezco al Alma Máter UTB por haberme acogido, orientado y formado con una línea de investigación: En educación y desarrollo social, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población. De igual forma mi agradecimiento a cada uno de los docentes, por impartir sus conocimientos, su entrega abnegada, paciencia, y dedicación hacia su vocación, para lograr que sus conocimientos trasciendan. Igualmente agradezco a mis compañeras (os) por su amistad y trabajo en equipo desarrollado a lo largo de este proceso académico.

Gracias infinitas a todos ustedes, por su aporte para que concluya con éxito este proyecto de vida, que al principio me parecía una tarea interminable. No obstante con esfuerzo y dedicación lo he cristalizado. DIOS LOS BENDIGA A TODOS, los llevaré en mi mente y corazón.

Atentamente

Carmen Margarita Monserrate Chiriguayo. PSIC. CLI.

RESUMEN

El estudio de caso aborda la temática de Disfunción familiar y su influencia en el embarazo adolescente, sigue la línea investigativa de la UTB. Y pone a consideración de los lectores todo el proceso de un estudio de caso, efectuado en el cantón Ventanas, consultorio obstétrico Virgen Narcisca de Jesús. La metodología utilizada es la cualitativa, así mismo expone un sustento teórico, donde se identifica que la disfunción en la familia si influye en un embarazo adolescente, porque cuando la familia no está funcionando correctamente, se presentan estas consecuencias.

Por otra parte se explican las técnicas para la recolección de información como: historia clínica, observación clínica, entrevista clínica, test psicométricos. Terapia Cognitiva Conductual, usada en el tratamiento, seguidamente se consideran las técnicas utilizadas dentro de la TCC: técnicas diferenciando hechos, pensamientos y sentimientos; técnica examinando las evidencias a favor y en contra. Finalmente explica hallazgos que revelan las áreas afectadas y los resultados obtenidos en todo el proceso terapéutico. En resumidas cuentas la investigación aporta una solución ante este fenómeno social que afecta a muchas familias y busca el buen vivir colectivo; generando calidad de vida en las familias afectadas por causa de disfunciones familiares.

Palabras claves: Disfunción familiar, embarazo, adolescente, baterías psicométricas, observación clínica, hallazgos

ABSTRACT

The research addresses the issue of family dysfunction and its influence on adolescent pregnancy, follows the research line of the UTB. And it puts the whole process of a case study, carried out in the canton Ventanas, for the readers' consideration. Virgin Narcisa de Jesús obstetric office. The methodology used is qualitative, likewise it exposes a theoretical support, where it is identified that dysfunction in the family does influence an adolescent pregnancy, because when the family is not working correctly, these consequences occur.

On the other hand, the techniques for the collection of information such as: clinical history, clinical observation, clinical interview, psychometric batteries are explained. Cognitive Behavioral Therapy, used in the treatment, the techniques used within CBT are considered next: techniques differentiating facts, thoughts and feelings; technique by examining the evidence for and against. Finally, it explains findings that reveal the affected areas and the results obtained throughout the therapeutic process. In short, the research provides a solution to this social phenomenon that affects many families and seeks collective good living that generates quality of life in families affected by family dysfunctions.

Keywords: Family dysfunction, pregnancy, adolescent, psychometric batteries, clinical observation, findings

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL.....	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.....	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN.....	III
ABSTRACT	IV
RESULTADOS DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
INFORME FINAL DEL SISTEMA URKUND	¡Error! Marcador no definido.
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. DESARROLLO	2
2.1 JUSTIFICACIÓN	2
3. OBJETIVO GENERAL.....	2
4.1 Definición de disfunción.....	3
4.2 Definición de familia	3
4.2.1 Tipos de familias.....	3
4.2.2 Ciclo vital familiar.....	4
4.2.3 Clasificación de las etapas del ciclo vital según la OMS	5
4.3 Disfunción familiar.....	5
4.3.1 Características de las familias disfuncionales.....	7
4.4 Embarazo	7
4.5 Embarazo adolescente.....	8
4.5.1 Causas del embarazo adolescente.....	8
4.5.2 Consecuencias del embarazo adolescente	9
4.6 Habla serio sexualidad sin misterios	10
5.1 Entrevista Clínica	10
5.2 Observación Clínica	10
5.3 Historia clínica.....	11
5.4 Test de inteligencia IG -2	11

5.5 Test de Escala de Ansiedad de Hamilton	11
5.6 Test B.D.I. Inventario de la depresión de Beck	11
5.7 Test prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF – SIL)	12
6. RESULTADOS OBTENIDOS	12
7. SITUACIONES DETECTADAS	14
7.1 Hallazgos	14
7.2 Soluciones planteadas.....	16
7.3 Esquema terapéutico	17
8.1 Recomendaciones	20
BIBLIOGRAFÍA.....	21
ANEXOS.....	22
Anexo # 1.....	22
HISTORIA CLÍNICA	22
Anexo # 2.....	24
Anexo # 3.....	25
ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON.....	25
Anexo # 4.....	27
(B.D.I) INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK	27
Anexo # 5.....	31
FORMATO 3.5.....	31
Anexo # 6.....	32
FORMATO 2.1.....	32
Anexo # 7.....	33
Prueba de Evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF – SIL)	33

1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso trata el tema: Disfunción familiar y su influencia en el embarazo adolescente, está orientado en la línea de investigación de la Universidad Técnica de Babahoyo, la misma que se basa en: Educación y desarrollo social; paralelamente de la línea de investigación de la Facultad de Ciencias Jurídicas Sociales y de la Educación, como es: Talento humano, Educación y Docencia; y la línea de investigación de la carrera de Psicología Clínica que es: Asesoramiento Psicológico; No obstante también cabe mencionar la sub – líneas de investigación: Asesoría y orientación educativa, personal, socio familiar, vocacional y profesional. Todas tienen los objetivos del objetivo 3: del plan nacional del buen vivir, mejorar la calidad de vida de la población. Es por ello que a continuación se pone a consideración de los lectores la investigación realizada sobre todo el proceso de un estudio de caso dado, en la Provincia de Los Ríos, cantón Ventanas, consultorio obstétrico Virgen Narcisca de Jesús.

El estudio de caso revela las variables que se originan alrededor de este fenómeno social y evidencian teóricamente conceptualizaciones científicas de: ¿Qué es la disfunción familiar?; el funcionamiento familiar, los conflictos que se generan cuando en las familias no existen los límites que tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros. También, se explica cómo se dan las reglas, límites o fronteras familiares dentro de las familias disfuncionales, veremos si estos son difusos, rígidos o claros; así mismo se expone de manera detallada las técnicas que la terapeuta aplica para la recolección de la información, explicando el proceder de cada una de ellas y la metodología cualitativa con la que se trabajó el caso.

Muy seguido se pone a consideración los resultados obtenidos, es decir todos los hallazgos con los que la terapeuta se encontró en cada sesión de trabajo terapéutico con la paciente, por consiguiente, revela cómo se afectan las áreas: cognitiva, afectiva – emocional, social y conductual por la disfunción familiar y la influencia del embarazo adolescente. Finalmente conviene especificar la factibilidad y la trascendencia del desarrollo del tema porque la meta principal es hacer un aporte que ofrezca soluciones ante esta problemática existente en el contexto social. (Internacional, nacional y local). Por ende genere una mejor convivencia familiar y un buen vivir, con una calidad de vida óptima para las familias.

2. DESARROLLO

2.1 JUSTIFICACIÓN

Se aborda el caso porque la familia es la estructura base de la sociedad, es el primer grupo humano al que pertenecemos, es allí nuestra primera escuela de aprendizaje, formación y desarrollo a nivel biológico, psicológico y socio emocional; por ende debe ser la fuente de amor y protección para el buen vivir de todo ser humano, pero sucede que en muchos hogares del cantón Ventanas no resultan ser el lugar más idóneo para la convivencia familiar, es por ello que se precisa abordar el tema en cuestión, investigándolo mediante un análisis profundo basado en una amplia recopilación de información.

La recopilación de información, nos pone de manifiesto, que cuando un miembro de una familia, no ha alcanzado una formación integral en todos los niveles mencionados anteriormente. Este no alcanza el desarrollo normal para su buen funcionamiento dentro del sistema familiar y esto le origina ciertas manifestaciones anormales, que imposibilitan el buen funcionamiento del sistema familia. Provocando así las conocidas disfunciones familiares. Que hoy en día las palpamos como una realidad social alarmante. Presentando una gama extensa de sintomatología que repercuten, no solo en el entorno familiar, sino que trascienden al entorno social. Generando cada vez más la decadencia de los valores.

A través de este estudio de caso se realiza un aporte ilustrativo al lector, y al mismo tiempo se beneficia de forma directa a la paciente de 17 años que se encuentra experimentando las consecuencias de un embarazo no deseado a causa de la disfunción familiar, el mismo que perturba la salud mental, porque no cuenta con la guía de sus progenitores, para que la orienten en este proceso de transición prematuro en su vida. Debo también mencionar la importancia de este estudio de caso, porque aborda la temática de una realidad social, que en pleno siglo 21, poco se toca en las esferas sociales, por ello se precisa que se exponga a los lectores y todos los interesados, temas como este. Para obtener un mejor conocimiento y educación de la sociedad.

3. OBJETIVO GENERAL

Identificar cómo influye la disfunción familiar en el embarazo de una paciente adolescente de 17 años de edad, atendida en el Consultorio Obstétrico Virgen Narcisca de Jesús del cantón Ventanas.

4. SUSTENTO TEÓRICO

4.1 Definición de disfunción

La disfunción es una alteración o un problema que altera el funcionamiento normal de las cosas; es decir que es opuesto a lo funcional. El significado etimológico es “mal funcionamiento, alteración”. La composición léxica son: por el prefijo dis (separación múltiple), fungi (cumplir, emplear), más el sufijo ción (acción y efecto). (R.A.E., 2020)

4.2 Definición de familia

La familia es percibida como el núcleo más primario del ser humano, es en este contexto familiar donde cada miembro experimenta sus primeras emociones, realizando sus primeros aprendizajes significativos e incorporando patrones de comportamiento socialmente aceptados. De esta forma el núcleo familiar forma al individuo en el desarrollo intelectual, físico, social, afectivo y psicológico. Es en la familia donde se forma la identidad, la personalidad de ser humano, los valores, el sistema de creencias, principios, que lo guiaran durante su vida. En él se debe cumplir funciones: espirituales, económicas, biológicas, culturales que resultan básicas para el desarrollo del individuo, del mismo modo se debe cubrir necesidades: de afecto, seguridad, confianza y educar al individuo en un sistema: de creencias, normas y valores que le ayuden en una sana interacción social. De este modo el comportamiento será recíproco a las enseñanzas inculcadas en la familia, porque recibió de sus padres una formación integral para un sano desarrollo. (Ruales.E, 2013)

4.2.1 Tipos de familias

Los tipos de familias que existen son según los miembros que la integran. La forma como están estructuradas se presenta a continuación:

- ✓ Familia nuclear: (papá, mamá e hijos).
- ✓ Familia mono parental: (un solo progenitor e hijos).
- ✓ Familia de padres ausentes: (ausencia de los progenitores, solo hijos).
- ✓ Familia reconstituida: (un progenitor, su nueva pareja e hijos).
- ✓ Familia homosexual: (dos personas de igual sexo).

- ✓ Familia extensa: (progenitores, hijos, abuelos; 3 generaciones).
- ✓ Familia ampliada: (en la familia nuclear o extensa se suma un miembro por afinidad).

4.2.2 Ciclo vital familiar

Es el proceso que recorren todas las familias durante su evolución (formación e integración, extensión, consolidación de la extensión, salida de los hijos del hogar y muerte), cada una de estas etapas por las que pasan las familias les exige definir y redefinir nuevas formas de relacionarse, también trae consigo nuevas tareas, no obstante también oportunidades y riesgos, del mismo modo se tiene que renovar expectativas para fluir a la nueva etapa. En el ciclo vital familiar se desarrolla una dinámica propia, que caracteriza a cada familia, pueden cambiar de forma y función, la transición es de acuerdo a las creencias, la cultura, las costumbres. En relación al entorno familiar no hay un formato correcto o incorrecto de transitar por las diferentes etapas. Varios autores estiman que el ciclo vital es una serie ordenada y universal, predicha, en la que la solución de tareas de la fase anterior, facilita la superación de la fase posterior. Y la precede una crisis de desarrollo que invita a sus integrantes al desarrollo de habilidades.

Durante el ciclo vital familiar se puede presentar el caso que los integrantes omitan habilidades en una de sus etapas, pero eso no impide aprender nuevas habilidades en una etapa posterior para un perfecto funcionamiento del sistema familiar. Es posible que sin aprender nuevas habilidades se pase a la siguiente etapa. (Esto traerá consecuencias negativas en sus relaciones y transiciones venideras).

La importancia de conocer el ciclo vital familiar, es porque todos sin excepción hemos formado o formamos parte de él, por consiguiente las experiencias vividas: positivas o negativas influyen en quien nos convertimos o en quien somos, por consiguiente cuanto más claro comprendamos los retos que se nos presenta en cada etapa del ciclo vital familiar, tendremos mayores posibilidades de progresar con éxito la siguiente etapa. Por ende obtener mejor calidad de vida familiar y personal. (Vital, 2012)

4.2.3 Clasificación de las etapas del ciclo vital según la OMS

Etapa	Desde	Hasta
I. Formación	Matrimonio	El nacimiento del primer hijo
II. Extensión	Nacimiento del primer hijo	Nacimiento del último hijo
III. Extensión completa	Nacimiento del último hijo	Primer hijo abandona el hogar
V. Contracción	Primer hijo abandona el hogar	Último hijo abandona el hogar
V. Contracción completa	Último hijo abandona el hogar	Muerte del primer conyugue
VI. Disolución	Muerte del primer conyugue	Muerte del conyugue sobreviviente

Fuente: (Vital, 2012) Autor: Carmen Monserrate

4.3 Disfunción familiar

La disfunción familiar es la alteración en el comportamiento inoportuno o inmaduro de un miembro del sistema familiar, es decir que no funciona correctamente o no sigue ciertos patrones de comportamientos. Cuando se trata de uno de los padres, este reprime el desarrollo de la individualidad y la facultad de una relación sana con el subsistema hijos. Así podemos observar que una gran cantidad de las familias disfuncionales, son el resultado de padres adolescentes e inmaduros, que no están preparados a nivel biológico, psicológico, y socio emocional para asumir la responsabilidad que conlleva una familia.

Muchos de estos hogares disfuncionales incorporan problemas conyugales con los problemas de los hijos para recibir algún beneficio o ya sea para perjudicar a la pareja, de esta manera se afecta todo el sistema familiar, porque la familia es un grupo que interacciona y está ligado por lazos emocionales. No obstante también cabe mencionar que una familia disfuncional es aquella donde los integrantes están afectados en sus áreas psicológica, afectiva

– emocional y espiritual, desde este estado mental, no logran obtener un equilibrio en las interacciones de convivencias diarias, dentro del sistema familiar.

Por otra parte la disfunción familiar también implica hablar de roles de cada miembro del sistema familiar, porque estos deben estar bien definidos, para obtener como resultado una excelente interacción, pero resulta que en las familias disfuncionales, estos no funcionan porque se ven alterados, ya sea por uno o más de sus miembros, afectando a todo el grupo familiar. (Sánchez, 2018)

Actualmente la disfunción familiar, es una problemática que genera mayor polémica en el entorno social y educativo, en el campo educativo se manifiesta con problemas de aprendizaje o problemas de conducta; en el entorno social sus manifestaciones se dan con embarazos adolescentes no deseados, problemas de conductas, violencia, consumo de sustancias psicotrópicas, entre otras. Por todo lo mencionado anteriormente resulta importante se mantenga la comunicación activa y sobre todo efectiva, donde se pueda exponer cómodamente lo positivo y lo negativo que le pasa a cada miembro de la familia.

En las familias disfuncionales resulta difícil que los integrantes identifiquen límites o fronteras familiares, muchas veces cada uno pretende imponer su punto de vista, estableciendo sus propias reglas de convivencias, sin tomar en consideración las opiniones de los demás integrantes de la familia. Es así que en ocasiones los hijos no respetan la jerarquía del subsistema parental (padres). No acatando las disposiciones planteadas en el sistema familiar. Otras ocasiones suele suceder que los padres son muy estrictos, autoritarios y abusan del poder de decisiones que poseen sobre el subsistema filias (hijos).

Por otra parte también sucede que en las familias disfuncionales los límites entre los subsistemas varían en cuanto a su grado de permeabilidad pudiendo ser difusos o rígidos. Los difusos son aquellos que resultan difíciles de determinar; Los rígidos son aquellos que resultan difíciles de alterar en un momento dado. En las familias disfuncionales se debe realizar un trabajo psicoterapéutico desde la terapia sistémica familiar para establecer límites claros; porque resultan definibles y a la vez modificable. También ayudando en el comportamiento y adaptabilidad. Ideal para el tratamiento terapéutico.

Al realizarse un trabajo terapéutico estableciendo reglas o límites claros en un sistema familiar, se ayuda a prevenir conductas inapropiadas por el subsistema filial (hijos), estos van a tener presente lo que deben hacer y lo que no deben hacer dentro y fuera del sistema familiar. Obteniendo de este trabajo terapéutico un excelente funcionamiento de los roles por parte de todos los subsistemas del sistema familia, de esta forma se da el equilibrio que se requiere para el buen vivir. (Gallego Henao, 2012)

4.3.1 Características de las familias disfuncionales

Dentro de este parámetro se conoce una amplia gama de características de las familias disfuncionales; entre las más importante se mencionan las siguientes:

✓ **Negación:** Niegan que se comportan de una forma inapropiada e inmadura, ya sea uno o varios miembros del sistema familiar.

✓ **Comunicación:** Dentro del sistema familiar la comunicación verbal o no verbal, se presenta y observa de manera negativa, si existe la verbal suele ser para descalificar o agredir psicológicamente a otro miembro de la familia, en la comunicación no verbal el mensaje es de forma negativa.

✓ **Falta de empatía:** Muchos padres olvidan que ellos también pasaron por la etapa de adolescencia y cuando los hijos se equivocan, no hacen la corrección con amor, sino que más bien condenan, juzgan, reprochan y castigan, ya sea física o psicológicamente a sus hijos. Como resultado pierden la confianza de sus hijos y estos buscar fuera del sistema familiar, redes de apoyo que muchas veces no son las más adecuadas para su beneficio.

✓ **Límites:** Los límites que existen dentro de las familias disfuncionales suelen ser difusos o rígidos

✓ **Peleas constantes:** Estas puede darse entre conyugues, entre hermanos, entre padres a hijos o viceversa, pueden ser maltrato físico o maltrato psicológico o una fusión de ambos. (Pillcorema. B, 2013)

4.4 Embarazo

Etimológicamente proviene de un sustrato lingüístico prerromano, leonés (provincia y ciudad de España), así como del portugués, que deriva de “baraca” ”embaracar” (lazo, cordel, cordón) relacionado más con el cordón umbilical que con sentido de impedida. A juzgar por,

Joan Coromines quien propone para el castellano “embarazo”, “embarazar”, “embarazada” significa “impedir, estorbar”. Por otra parte “preñada” procede del latín “praegnas” que quiere decir: “encinta” “embarazada” a punto de brotar o lleno. (Lugones Botell, 2015)

Conviene especificar que para: (Tedros, 2018). El embarazo comienza cuando termina la implantación, proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito, a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. el proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.

4.5 Embarazo adolescente

El embarazo adolescente o precoz es aquella gestación que se produce durante los 2 primeros años de edad ginecológica (edad de la menarquia) y/ o cuando la adolescente depende totalmente del cuidado y protección de la familia parental. En Ecuador resulta una de las preocupaciones principales del sistema de salud pública. Las estadísticas nos muestran que 7 de cada 10 adolescentes presentan un embarazo, situación que resulta alarmante, para el sistema de salud pública. Conviene mencionar que el embarazo adolescente genera consecuencias que afectan la salud física y psicológica de la madre y él bebe, por consiguiente tiene repercusiones en el ámbito social.

4.5.1 Causas del embarazo adolescente

De hecho como lo reportan las instituciones que atienden esta problemática social, asimismo como lo documentan diferentes estudios realizados sobre este fenómeno social las causas del embarazo adolescente son muy diversas:

- ✓ Matrimonio precoz
- ✓ Rol de genero asignado tradicionalmente
- ✓ Relaciones sexuales sin protección (no uso de métodos anticonceptivos)
- ✓ Presiones de grupos
- ✓ Consumo (alcohol, drogas)
- ✓ Falta de una buena educación sexual
- ✓ Disfunciones familiares

4.5.2 Consecuencias del embarazo adolescente

Es necesario incidir en las consecuencias del embarazo adolescente. Como lo plantean desde diversas investigaciones, nos revelan que en la mayoría de los casos, resultan con efectos negativos vistos desde tres aspectos fundamentales: la perspectiva médica alude el peligro en las complicaciones del parto, debido a algún diagnóstico de anemia, enfermedad de transmisión sexual, alta tasa de mortalidad, malformaciones congénitas, parálisis, retraso mental, ceguera, problemas en el desarrollo; Destacando la visión del psicólogo: nos manifiesta que se debe prestar mayor atención a la realidad que experimenta la adolescente frente al embarazo, a las dificultades que le pueden ocasionar en el área cognitiva, emocional – afectiva y conductual. Dependiendo de las circunstancias del embarazo: (si implica algún problema personal, familiar o drama sentimental con la pareja) puede ocasionarle padecer una depresión, y esta puede ser tan fuerte que la pueden inducir hasta un suicidio, o por consiguiente alguna idea de aborto.

De igual forma se considera lo que destaca el contexto social y este nos hace referencia a la disminución de las oportunidades de superarse académicamente, dificultades en el mercado laboral, desarrollo social y cultural, formación de una familia y pérdida de su estabilidad. Por otra parte cabe señalar la existencia de estudios realizados que documentan que las adolescentes embarazadas a más temprana edad les aumentan la probabilidad de riesgos, porque no tienen la estructura biológica apta para el proceso de gestación. Por consiguiente las gestantes de 15 hasta 18 años tienen el doble de riesgo que las embarazadas de 20 años, y un embarazo a los 14 años tiene 5 veces mayor riesgo. (Trejo, 2015)

Por lo que refiere la información del Ministerio de Inclusión Económica y Social, donde explica los especificadores del embarazo adolescente, este se da en un contexto de pobreza, violencia familiar, violencia de género, nivel bajo en educación; pongo por ejemplo a consideración el porcentaje de las madres adolescentes en pobreza es del 74%, asunto que marca el crecimiento fundamental de la criatura, además también afecta a la madre y el sistema familiar. (Muentes, 2018)

4.6 Habla serio sexualidad sin misterios

Es un proyecto educativo que tiene por objetivo disminuir en Ecuador los embarazos adolescentes, creando un área de conversación para todas las personas, brindando información sobre salud sexual, reproductiva, educación sexual, derecho sexual. (Muentes, 2018)

5. TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recogida de información se eligió metodología cualitativa, porque permite al investigador recoger y analizar datos con el propósito de explicar todo el proceso paso a paso de manera descriptiva, ilustrando detalladamente las cuestiones importantes con las que se encontró. Por lo tanto, se sustenta a través de la aplicación de instrumentos y técnicas, que permiten documentar hallazgos y enfatizar aspectos dinámicos holísticos e individuales de las experiencias de la paciente.

5.1 Entrevista Clínica

Es la herramienta más valiosas e importante con la que se contó para abordar el caso, se la utilizó con la finalidad de conocer la postura ideológica de la paciente. Mediante ella se llevó a cabo el registro de notas importantes, el llenado de la historia clínica, para el respectivo diagnóstico y tratamiento. Así mismo la entrevista se la desarrolló semiestructurada con un formato de mayéutica abierta y cerrada para lograr inducir a la paciente en la utilización del discurso libre. Cabe mencionar que dentro de esta también se aplicó la técnica: Rapport para crear una conexión de empatía con la paciente y obtener como resultado una comunicación con menor resistencia.

5.2 Observación Clínica

Este instrumento clínico se lo utilizó paralelamente en cada entrevista como un elemento básico en todas las sesiones terapéuticas, porque analógicamente permitió a la terapeuta la observación directa, es decir ver de cerca las expresiones verbales y no verbales de la paciente. No obstante cabe mencionar que en ciertas ocasiones se pudo observar el contexto de interacciones con su entorno familiar. Por lo tanto fue una herramienta muy útil para apoyar el diagnóstico, pronóstico y el tratamiento. Del mismo modo estuvo fundamentada en la

observación estructurada mediante registros de anécdotas, fichas, tablas, valoradas en escalas descriptivas y numéricas: ocurrencia, frecuencia, latencia, duración, intensidad del conjunto de signos y síntomas de la paciente.

5.3 Historia clínica

Esta herramienta psicológica se la aplicó como uno de los primeros instrumentos clínicos, para la recogida de información valiosa de la paciente, es decir: en ella se evidenció la anamnesis. En la cual refleja nacimiento por cesaría programada sin complicaciones, funciones de autonomía normales, no padeció de ninguna enfermedad, es de fácil adaptabilidad social y escolar, en afectividad se siente sola, abandonada del cariño y protección de sus padres. Ha buscado fuera del hogar el amor y la protección, tanto así, que en psicosexualidad, a los 15 años comenzó su vida sexual activa, con un enamorado de 25 años para sentirse amada, protegida, actualmente está embarazada de 1 mes y medio, porque no se protegió de un embarazo o una enfermedad de transmisión sexual y tiene firmes ideas de aborto. No registra antecedentes psicopatológicos, entre las características de personalidad, es obediente, sumisa, inteligente, alegre y positiva.

5.4 Test de inteligencia IG -2

Se aplicó con la finalidad de conocer el C.I. Obteniendo como resultado una puntuación entre 76 -106; Según la tabla de inteligencia pertenece a S es decir: CI SUPERIOR destacándose en razonamiento numérico, comprensión verbal. No obstante para potencializar su desarrollo cognitivo hay que potenciar su sus habilidades abstractas.

5.5 Test de Escala de Ansiedad de Hamilton

Se la aplicó con la finalidad de conocer los niveles de ansiedad psíquica y ansiedad somática; Obteniendo como resultado una ansiedad psíquica de 5 puntos y ansiedad somática 1. Puntuándola en la tabla con 6 puntos; Validándola ANSIEDAD LEVE, que podría resultar normal por la situación que está viviendo. No obstante. Requiere ayuda profesional.

5.6 Test B.D.I. Inventario de la depresión de Beck

Se le aplicó con la finalidad de conocer los estados de depresión. Obteniendo como resultado una puntuación de 7 que la ubica en la escala de puntuación total de 1-10 valorándola con un nivel de depresión: “ESTADOS ALTIBAJOS SON CONSIDERADOS NORMALES” no requiere ayuda profesional.

5.7 Test prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF – SIL)

Se aplicó a la tía de la paciente, con la finalidad de conocer la dinámica familiar. Obteniendo como resultado baja puntuación para comunicación, armonía y adaptabilidad de esta forma se verifica el discurso emitido en las sesiones sobre la disfunción familiar.

6. RESULTADOS OBTENIDOS

La paciente de 17 años vive con sus padres, una hermana (madre soltera), sobrino y una tía que la apoya siempre, tiene un enamorado de 27 años de quien, está embarazada, se siente sola y abandonada del cariño de sus padres, es maltratada psicológicamente por Esteban (novio). Para obtener los resultados del presente estudio de caso se realizaron seis sesiones, las mismas que se detallan a continuación:

La primera sesión: se llevó a cabo el día martes 12 de enero del 2021, a las 10:00 am; la paciente a la que llamaré Lorena es una adolescente (embarazada de 1 mes y medio) de 17 años. Referida por su tía (María) de 45 años. Lorena es atendida mediante video llamada de whatsapp. El motivo de consulta es porque se siente angustiada por un embarazo no deseado, en la función de pensamiento la paciente expresa elevados niveles de confusión, ella literalmente manifestó: ¡No quiero tener al bebe!, ¡No quiero estar embarazada!, ¿No sé cómo pasó?, ¿No sé qué voy hacer con él?. Al mismo tiempo manifiesta sentirse con miedo de comunicar la noticia a familia; su padre (Juan) de 58 años, es un militar que llega a casa cada 3 o 4 meses por 15 días, no le presta la atención debida. La madre (Lorena) de 52 años le gusta tomar alcohol con sus amigas los fines de semana, la maltrata psicológicamente, discute mucho con el padre, por estas razones como hija se siente abandonada de la protección parental. Por otro lado expresa que tiene una relación con Esteban (27 años) quien también la maltrata psicológicamente, diciéndole: ¡Eres una infantil!, ¡No te comportas como una mujer de verdad!. Haciéndole sentir a la paciente que: ¡No vale nada! En esas circunstancias expresa no querer darle un hijo. Del mismo modo expresa que cuando Esteban supo la noticia de su embarazo la

ha cuidado mucho, porque no desea que Lorena aborte. Se procedió a evaluar a la paciente, con la aplicación de la historia clínica. Aplicando seguidamente contención psicológica; se le enseñó una técnica con ejercicios de respiración, y relajación porque estaba demasiado angustiada e hizo catarsis. Se dio el espacio respectivo para que la paciente se calmara y pudiera incorporarse a la dinámica de la sesión. No obstante como ya se había cumplido el tiempo, se cuadró la fecha y hora para la siguiente sesión.

Segunda sesión: se llevó a cabo el martes, 19 de enero del 2021 a las 10:00 am; Se aplicó la primera sesión de TCC siguiendo la estructura propia de la sesión. Se le preguntó las expectativas y sentimientos que experimentaba ante la idea de tomar la terapia; el motivo de consulta, se la preparó para la TCC (explicándole el modelo conductual), se realizó feedback y recomendaciones, encuadre y tareas. Cabe mencionar que en esta sesión se trabajó la técnica: Diferenciando hechos, pensamientos y sentimientos. Priorizando el evento del embarazo, los pensamientos que surgían y los sentimientos que le provocaban. El tema familiar y del novio quedo para para ser abordados en una posterior sesión. Así mismo en esta sesión se aplicó el test de inteligencia IG – 2

Tercera sesión: se llevó a cabo el martes 26 de enero del 2021 a las 10:00 am; se aplicó la segunda sesión de TCC, 15 minutos antes de iniciar, llenó el formulario puente entre sesiones. Después, en la sesión se llevó el control del estado de ánimo, revisión de la sesión anterior, revisión de tareas, planificación, se trabajó sobre el objetivo con la técnica: Diferenciando hechos, pensamientos y sentimientos,. Se realizó la respectiva retroalimentación y se envió tareas para la casa. Así mismo se le aplicó el test de escala de ansiedad de Hamilton.

La cuarta sesión: se llevó a cabo el martes, 2 de febrero del 2021 a las 10:00 am; siguiendo la estructura de la sesión anterior se abordó esta vez el tema del novio. Los pensamientos y sentimientos negativos que la paciente tenía y sentía ante el evento. Utilizando la técnica: Examinando las evidencias a favor y en contra. En esta sesión también se aplicó el test B.D.I. Inventario de la depresión de Beck.

La quinta sesión: se llevó a cabo el jueves 18 de febrero del 2021 a las 10:00 am; siguiendo la estructura de la sesión anterior, se abordó el tema de los padres y la dinámica del contexto familiar de la paciente con la técnica: Examinando las evidencias a favor y en contra. Por otra parte en esta sesión se aplicó el test prueba de las relaciones intrafamiliares (FF –

SIL). La aplicación de este test sirvió para verificar el discurso emitido por la paciente, el test se lo aplicó a la tía de la paciente una hora antes de la sesión.

La sexta sesión: se llevó a cabo el miércoles, 24 de febrero del 2021; esta fue la última sesión de trabajo terapéutico con la paciente, en ella se realizó la devolución del informe clínico, socialización del diagnóstico y explicación de todo el proceso terapéutico.

7. SITUACIONES DETECTADAS

7.1 Hallazgos

La paciente adolescente de 17 años, fue puntual en conectarse en video llamada de whasatt, las seis sesiones de trabajo terapéutico, del mismo modo colaboró con las directrices dadas por la terapeuta, desde la primera hasta la última sesión de trabajo. En la primera sesión se detectó que la paciente se encontraba en un estado de alteración a nivel de las funciones cognitiva, afectiva y pensamiento que le generaba un conjunto de signos y síntomas de: angustia, miedo, confusión, inseguridad, llanto, melancolía, baja autoestima, soledad, abandono, hostilidad, pensamientos automáticos y distorsionados, dudas, críticas, desmotivación. Por eventos personales (embarazo no deseado), sentimentales (novio maltratador psicológicamente), familiares (disfunción familiar). Padecimientos que tienen una evolución de 2 meses, pero desde que supo del embarazo se atenuaron, por tal motivo pidió ayuda a la tía y esta a su vez a un profesional.

En la primera sesión se procedió a realizar la sesión evaluativa para establecer un presuntivo diagnóstico clínico con la recogida de datos mediante el instrumento: Historia clínica, paralelamente la paciente hizo catarsis alrededor de 15 minutos, espacio de tiempo que se le respetó, porque ella así lo sugirió, realizando la respectiva contención psicológica. Por último se le transfirió la sesión para la siguiente semana. Indicándole que se va a trabajar sesiones de TCC Terapia cognitivo conductual.

En la segunda sesión el procedimiento fue la aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual, porque ya se conocía un presuntivo diagnóstico clínico. Según el cuadro sindrómico, la paciente presento sintomatología en el área cognitiva, afectiva y pensamiento: confusión, frustración, preocupación, tristeza, llanto, angustia, miedo, soledad, inseguridad,

dudas, miedo, desmotivación, pensamientos irracionales, abandono. Factor predisponente: la disfunción en la familia. Factor precipitante: embarazo. Tiempo de evolución 2 meses. Cuadro psicopatológico que Según criterios del CIE-10 diagnostica con códigos: Z63.8 Otros problemas específicos relacionados con el grupo de apoyo primario. Como consecuencia se asocia un segundo diagnóstico que codifica: Z64.0 Problemas relacionados con un embarazo no deseado. Paralelamente según criterios del DSM-5 diagnostica con el código: V61.8 (Z63.8) Nivel elevado de emoción expresada en la familia. Como consecuencia se asocia un segundo diagnóstico: Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales, personales o ambientales, el cual codifica: Z64.0 [V61.7] Problemas relacionados con un embarazo no deseado.

Con estos antecedentes se procede a realizar la primera intervención de TCC siguiendo la estructura propia de la terapia, los hallazgos fueron que la paciente se encontraba con varias distorsiones cognitivas producto de eventos personales, familiares y sentimentales, los 3 eventos le provocaban una disfunción cognitiva. Por lo que se le sugiere que trabajemos el que más malestar le causa. La paciente eligió trabajar con la angustia que siente ante el embarazo no deseado y la idea firme de aborto, porque argumenta que es lo que más malestar le causa. Seguidamente la aplicación de un test de inteligencia IG-2. En la tercera sesión se vuelve abordar el tema de interrumpir el embarazo, porque la paciente aún se encontraba con pensamientos de aborto, conservando aún un cuadro sindrómico que alteraba su buen funcionamiento. No obstante cabe mencionar que en esta sesión ya se conocían los resultados de test IG-2 donde la validaba con una puntuación entre 76-106 perteneciente a un CI SUPERIOR destacándose en razonamiento numérico, comprensión verbal, este, nos indicaba que para potencializar sus habilidades cognitivas había que potenciar habilidades abstractas. Así mismo en esta sesión se aplicó el test escala de ansiedad de Hamilton.

El evento abordado en la cuarta sesión fue la interacción con el novio, el maltrato psicológico: ¡Eres una infantil, no te comportas como una mujer de verdad!, él también es posesivo, controlador. Todo esto provocaba en la paciente sentimientos negativos de baja autoestima, poca valía y pensamientos de aborto porque creía que en esas condiciones no debía darle un hijo a Esteban. Para esta sesión también se tomaron en consideración los resultados de test escala de ansiedad de Hamilton. Donde había obtenido una puntuación de 5 en ansiedad psíquica y 1 en ansiedad somática, que la puntuaba en 6 puntos, validándola con ANSIEDAD LEVE, en esta sesión también se aplicó el test B.D.I. Inventario de la depresión de Beck.

Seguidamente en la quinta sesión se abordó el tema de los padres y la dinámica del contexto familiar, se consideraron los resultados del test B.D.I. “ESTADOS ALTIBAJOS SON CONSIDERADOS NORMALES” no requiere ayuda profesional.

Paralelamente también se consideró resultados del test Prueba de las relaciones intrafamiliares (FF- SIL). Prueba aplicada horas antes a un miembro de la familia (tía de la paciente), que sirvió para verificar el discurso de la paciente, añadiendo al resultado del diagnóstico las observaciones directas que la terapeuta había realizado a lo largo del proceso terapéutico, en el sistema familiar observado; de esta manera se pudo documentar mediante instrumento clínico. Los hallazgos en el test FF- SIL una baja puntuación en la comunicación, armonía y adaptabilidad. En la sexta y última sesión se realizó la devolución del proceso terapéutico a la paciente. Explicándole paso a paso todo lo que se había realizado. Al mismo tiempo ella expuso su agradecimiento por la labor terapéutica desempeñada, con la cual refirió sentirse satisfecha de haber obtenido excelentes resultados.

7.2 Soluciones planteadas

Para establecer las soluciones planteadas, primero se tuvo que identificar como fue que influyó la disfunción familiar en el embarazo de la paciente adolescente, por ejemplo a través del sustento teórico se ilustró diferentes posturas que encaminaron a la terapeuta en la aplicación de los instrumentos aplicados y sobre todo la observación clínica que permitieron indagar en los criterios según el CIE-10 y DSM-5 respectivamente para llegar al diagnóstico definitivo, por consiguiente la elaboración del plan de intervención terapéutico con el cual se trabajó seis sesiones, que lograron resultados positivos y favorables para la paciente.

En el tema del embarazo no deseado se logró concientizarla de las ventajas y desventajas que se le podrían presentar en la actualidad y a futuro si llevaba a cabo la idea de interrumpirlo, también en el plano sentimental se le plantearon nuevas conceptualizaciones de las que ella tenía como base de su proceder, por lo tanto logró favorablemente mejorar la relación con el padre de su bebe, al mismo tiempo juntos tomaron la decisión de contarles del embarazo a la familia y estar juntos en la situación que se les presente.

7.3 Esquema terapéutico

El tratamiento psicológico aplicado a la paciente se realizó mediante el enfoque terapéutico TCC (terapia cognitiva conductual) en el que se siguió una serie de pasos, se consideró el área psíquica afectada, para la utilización de la respectiva técnica de la terapia y cumplir con el objetivo planteado, llegando a óptimos resultados terapéuticos.

ESQUEMA TERAPEUTICO						
Categoría	Objetivo	Actividad	Técnica	Numero de Sesión	Fecha	Resultados obtenidos
Cognitivo	Mejorar la comprensión de los conocimientos en temas: - embarazo - familia	Charlas	Contención psicológica	2	12/01/2021 19/01/2021	La paciente obtuvo una mejor comprensión de los eventos que experimentaba, esto le sirvió para tomar mejores decisiones, con ello mejoró su calidad de vida.
	Lograr que tenga claro la diferencia entre el evento, pensamiento y sentimiento, para enseñarle como a partir de un evento surge un pensamiento y por ende un sentimiento	Registrar el evento, pensamiento y sentimiento en el formato 2.1 Para luego explicarlo a la paciente y que establezca diferencias.	Diferenciando hechos pensamientos y sentimientos	2	19/01/2021 26/01/2021	La paciente aprendió a diferenciar entre un evento, un pensamiento y un sentimiento, al mismo tiempo aprendió que a partir de un evento se genera un pensamiento y por ende un sentimiento.
	Poner a prueba el pensamiento, creencias	Registrar las evidencias a favor y	Examinando las evidencias a favor	2	2/02/2021 18/02/2021	La paciente aprendió que al examinar evidencias a

	negativa y enseñarle otras alternativas de pensamiento que mejoren el sesgo cognitivo.	en contra en el formato 3.5 Para luego explicarle a la paciente las alternativas con las que cuenta	y en contra			favor y en contra de un pensamiento negativo, se genera nuevas alternativas que ofrecen mejores condiciones psíquicas.
Emocional	Mejorar la comprensión de los conocimientos en emociones, sentimientos.	Folletos Diapositivas Charlas	Psico Educación	2	12/01/2021 19/01/2021	La paciente obtuvo una mejor comprensión de los sentimientos que experimentaba, esto le sirvió para el mejor manejo de sus emociones.
Conductual	Relajar la tensión muscular y enseñar a tener una buena respiración	Relajación progresiva Inhalar, exhalar, en tiempos de 5 tres repeticiones	Técnicas para ejercicios de relajación y respiración	1	12/01/2021	La paciente aprendió a realizar una mejor respiración y a relajar la tensión muscular.

Fuente: Carmen Monserrate

8. CONCLUSIONES

Después de realizar una minuciosa investigación en teorías y en práctica, de un estudio de caso: Disfunción familiar y su influencia en el embarazo adolescente; el mismo que se desarrolló en la Provincia de Los Ríos cantón Ventanas, donde se abordó aportes científicos sobre la disfunción familiar, la familia, el ciclo vital familiar, el embarazo adolescente, causas, consecuencias, y algunos datos importante de instituciones del estado; en la parte teórica. Así mismo en la parte práctica se abordó a una paciente adolescente de 17 años de edad, embarazada de 1 mes y medio, con una relación problemática con la pareja de 27 años y con un tipo de familia extensa, inmersa en una disfunción familiar, se encontró a la paciente con un cuadro sindrómico, que le causaba malestar a nivel cognitivo, afectivo y del pensamiento, se procedió hacer intervención con TCC.

Terapia cognitiva conductual, para ayudarla con su malestar psíquico, del cual se pudo obtener excelentes resultados a través del proceso terapéutico que duro un mes y medio, se le ayudo con 6 sesiones que implicaron la utilización de varias técnicas que ayudaron a la paciente a realizar un aprendizaje significativo de las creencias de base y los pensamientos distorsionados que tenía respecto a los eventos que experimentaba; logrando el objetivo de la terapia, diferenciar un evento, pensamiento y sentimiento; luego que entienda que de un evento surge un pensamiento, por ende un sentimiento, por consiguiente era útil poner a prueba el pensamiento, creencias y enseñarle otras alternativas de pensamientos que mejoren el sesgo cognitivo. Paralelamente se utilizó instrumentos y herramientas psicológicas que permitieron documentar el estudio de caso.

Teniendo en consideración la investigación realizada es preciso indicar a continuación el aporte que la investigación dará al campo profesional. No obstante también debo mencionar que fue de gran ayuda; amplió los conocimientos; a través de esta se obtuvo un mayor entendimiento del tema. Paralelamente es importante mencionar que esta permitió lograr fácilmente el objetivo de la investigación, al identificar que la disfunción familiar si influye en un embarazo adolescente.

8.1 Recomendaciones

Se recomienda prestar mayor atención a esta problemática, especialmente las autoridades gubernamentales, deben realizar una mirada hacia las familias que están atravesando procesos disfuncionales dentro de los sistemas familiares, porque si las disfunciones familiares, no se controlan dentro del grupo familiar repercuten en el contexto social. Generando embarazos no deseados, violencias, adicciones, delincuencias, entre otras.

Por estas razones concluyo en la necesidad de crear programas sociales exclusivamente para atender sistemas familiares, estos programas pueden ser basados en contextos educativos, preventivos o de tratamiento, por lo tanto debe involucrar como eje principal al personal de la salud mental para que aplique terapias psicológicas gratuitas o a su vez llegue a la población con charlas educativas, dentro de las instituciones o barriales, para concientizar esta problemática familiar y social.

Paralelamente realizar campañas preventivas para evitar embarazos no deseados en la población adolescente. Abrir un espacio de dialogo dentro de los hogares, para que cada miembro del sistema familiar exprese lo que siente y piensa del otro; practicar valores familiares como el respeto, entre otros. Establecer reglas claras, asignación de roles y funciones de cada subsistema del sistema familia para una buena interacción familiar. De esta manera prevenir embarazo adolescente por la influencia de la disfuncionalidad de las familias.

BIBLIOGRAFÍA

- Adhonom, T. (12 de agosto de 2019). Embarazo . *El Universo*, pág. 7.
- Gallego Henao, A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista virtual Universidad Católica del norte*, 1(35), 326-35.
- Lugones Botell, M. R. (2015). Curioso origen y significado de la palabra embarazada. *Revista Cubana de obstetricia y ginecología*, 41(1),90-98.
- Muentes, F. D. (2018). La prevención del embarazo en adolescente de la educación general básica en el Ecuador . *Revista electrónica Formación y calidad educativa*, 6(2), 211-236.
- Pillcorema. B. (2013). *Tipos de familia estructural y la relación con sus límites*. Cuenca: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/4302>.
- R.A.E. (2020). *Diccionario de la real lengua académica*. España: Edición del tricentenario.
- Ruales.E. (2013). *Estudio de las familias de adolescentes consumidores ocasionales* . Guayaquil: CDID.
- Sánchez, S. (2018). *la disfunción familiar y su incidencia en los problemas de aprendizajes de los niños de tercer año de educación general básica elemental*. Cuenca: Espirales .
- Tedros, A. O. (12 de agosto de 2018). Adolescencia y embarazos Precoces . *El Universo* , pág. 9.
- Trejo, C. C. (2015). Los paradigmas sociales en el embarazo adolescente amparados en el buen vivir y su impacto en la tasa de mortalidad. *Contribuciones a las ciencias sociales* , 3.
- Vital, E. (2012). Ciclo vital familiar . 117.

ANEXOS

Anexo # 1

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____

Fecha: ____/____/____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: _____ Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Género: _____ Estado civil: _____

Religión: _____ Instrucción: _____

Ocupación: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____

Remitente: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).

b. Tipo de familia.

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

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

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

6.3. HISTORIA LABORAL

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

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

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

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

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

6.9. HISTORIA MÉDICA

6.10. HISTORIA LEGAL

6.11. PROYECTO DE VIDA

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

7.2. ORIENTACIÓN

7.3. ATENCIÓN

7.4. MEMORIA

7.5. INTELIGENCIA

7.6. PENSAMIENTO

7.7. LENGUAJE

7.8. PSICOMOTRICIDAD

7.9. SENSO PERCEPCION

7.10. AFECTIVIDAD

7.11. JUICIO DE REALIDAD

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo		
Afectivo		
Pensamiento		
Conducta social - escolar		
Somática		

9.1. Factores predisponentes:

9.2. Evento precipitante:

9.3. Tiempo de evolución:

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

11. PRONÓSTICO

12. RECOMENDACIONES

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos

Firma del pasante

N.º 170

IG-2

Hoja de respuestas

Apellidos y nombre: Edad: Sexo:
V ó M

Centro: Curso/Puesto:

Al contestar, compruebe que el número es igual en Cuadernillo y Hoja.

EJEMPLOS

E1	E A	E B	E C	E D	E E
E2	E A	E B	E C	E D	E E
E3	E A	E B	E C	E D	E E
E4	E A	E B	E C	E D	E E

- | | | | | | |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 2 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 3 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 4 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 5 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 6 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 7 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 8 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 9 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 10 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 11 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 12 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 13 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 14 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 15 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 16 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 17 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 18 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 19 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 20 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 21 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 22 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 23 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 24 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 25 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 26 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 27 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 28 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 29 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 30 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 31 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 32 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 33 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 34 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 35 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 36 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 37 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 38 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 39 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 40 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 41 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 42 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 43 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 44 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 45 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 46 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 47 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 48 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 49 | E A | E B | E C | E D | E E |
| 50 | E A | E B | E C | E D | E E |

Este hoja no es válida para corrección mecanizada.

Anexo # 3

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre: _____

Edad: _____

Fecha de evaluación: _____

Síntomas de los Estados de ansiedad	Ausente 0	Leve 1	Moderado 2	Grave 3	Muy grave 4
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	0	1	2	3	4

vasculares, sensación de desmayo, extrasístole					
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, pilo erección (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 PSIQUICA	
ANSIEDAD SOMÁTICA	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Anexo # 4

(B.D.I) INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE:.....

FECHA:.....

1. En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos: A continuación, señale cuál de las afirmaciones, de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana, incluido el día de hoy. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de las afirmaciones que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso márquela también, asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.
 - 1.0 No me siento triste
 - 1 Me siento triste
 - 2 Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza
 - 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
 - 2.0 No me siento especialmente desanimado (S) ante el futuro
 - 1 Me siento desanimado con respecto al futuro
 - 2 Siento que no tengo nada que esperar
 - 3 Siento que en el futuro no hay esperanzas y que las cosas no pueden mejorar
 - 3.0 No creo que sea un fracasado
 - 1 Creo que he fracasado más que cualquier persona normal
 - 2 Al recordar mi vida pasada todo lo que puedo ver es un montón de fracasos
 - 3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona
 - 4.0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como las que solía obtener antes
 - 1 No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo
 - 2 Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada
 - 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo

- 5.0 No me siento especialmente culpable
 - 1 Me siento culpable una buena parte del tiempo
 - 2 Me siento bastante culpable casi siempre
 - 3 Me siento culpable siempre

- 6.0 No creo que este siendo castigado
 - 1 Creo que puedo ser castigado
 - 2 Espero ser castigado
 - 3 Creo que estoy siendo castigado

- 7.0 No me siento decepcionado a mí mismo
 - 1 Me he decepcionado a mí mismo
 - 2 Estoy disgustado conmigo mismo
 - 3 Me odio

- 8.0 No creo se peor que los demás
 - 1 Me critico por mis debilidades y mis errores
 - 2 Me culpo siempre por mis errores
 - 3 Me culpo por todo lo malo que me sucede

- 9.0 No pienso matarme
 - 1 Pienso en matarme, pero no lo haría
 - 2 Me gustaría matarme
 - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad

- 10.0 No lloro más que de costumbre
 - 1 Ahora lloro más de lo que solía hacer
 - 2 Ahora lloro todo el tiempo
 - 3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar, aunque quiera

- 11.0 Las cosas no me irritan más que lo de costumbre
 - 1 Las cosas me irritan un poco más que lo de costumbre
 - 2 Estoy bastante irritado o afectado una buena parte del tiempo
 - 3 Ahora me siento irritado todo el tiempo

- 12.0 No he perdido el interés de otra persona
- 1 Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre
 - 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas
 - 3 Ya no puedo tomar mis decisiones
- 13.0 Tomo decisiones casi como siempre
- 1 Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre
 - 2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes
 - 3 Ya no puedo tomar más decisiones
- 14.0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre
- 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos
 - 2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que hacen parecer poco Atractivo
 - 3 Creo que me veo feo
- 15.0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo
 - 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa
 - 3 No puedo trabajar en lo absoluto
- 16.0 Puedo dormir tan bien como siempre
- 1 No duermo también como solía hacerlo
 - 2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta Mucho volver a dormirme
 - 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme
- 17.0 No me canso más que de costumbre
- 1 Me canso más fácilmente que de costumbre
 - 2 Me canso sin hacer casi nada
 - 3 Estoy demasiado cansado para hacer algo

- 18.0 Mi apetito no es peor que de costumbre
- 1 Mi apetito, no es tan bueno como solía ser
 - 2 Mi apetito esta mucho peor ahora
 - 3 Ya no tengo apetito
- 19.0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo
- 1 He rebajado más de 2 kilos y medio
 - 2 He rebajado más de 5 kilos
 - 3 He rebajado más de 7 kilos y medios
- 20.0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre
- 1 Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias
Estomacales, o estreñimientos
 - 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y me resulta difícil pensar en
Cualquier otra cosa
 - 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna
Otra cosa
- 21.0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar
 - 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
 - 4 He perdido por completo el interés por el sexo

Anexo # 5

FORMATO 3.5

EXAMINANDO LA EVIDENCIA

Paciente:

Fecha:

Edad:

Examinando la evidencia

A menudo, tenemos pensamientos negativos y pocas evidencias que los respalden. En el siguiente formulario, puede examinar las evidencias a favor y en contra de los mismos. Responda las preguntas al final para evaluar si las pruebas corroboran realmente su pensamiento.

Pensamiento negativo:

Evidencia a favor...	Evidencia en contra...
Evidencia más importante a favor de este pensamiento:	Evidencia más importante en contra de este argumento:
% de evidencia a favor de este pensamiento:	% de evidencia en contra de este pensamiento:
Evidencia a favor – evidencia en contra =	
Conclusiones: 	

Anexo # 6

FORMATO 2.1

DIFERENCIANDO HECHOS, PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS

Paciente:

Fecha:

Edad:

Los ejemplos de hechos o eventos, pensamientos y sentimientos están enumerados en el siguiente formulario. Vea si puede identificar correctamente cada afirmación en la columna izquierda como hecho, pensamiento o sentimiento. Coloque una “X” en la casilla correspondiente. Por ejemplo: “Mi jefe critico mi trabajo” es un evento.

	Evento	Pensamiento	Sentimiento

Anexo # 7

Prueba de Evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF – SIL)

A continuación se presentan una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. escoja la respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación

Fecha:

Familia:

Reactivos	Casi nunca 1	Pocas veces 2	A veces 3	Muchas veces 4	Casi siempre 5
1. Se toma decisiones para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					