



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
PSICÓLOGA CLÍNICA

TEMA:

ABUSO INFANTIL INTRAFAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCTA
DE UN NIÑO DE 12 AÑOS DE EDAD DEL CANTON EL EMPALME

AUTORA:

STEFANY MYLENA MOREIRA BOBADILLA

TUTOR:

PSIC. DENNIS JIMENEZ BONILLA, MSC.

2022



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



RESUMEN

El presente estudio de caso se enfocó en el tema abuso infantil intrafamiliar y su influencia en la conducta de un niño de 12 años residente del cantón El Empalme, el cual se dio en base al uso de pruebas psicométricas que facilitaron información necesaria para la elaboración de este caso.

Por lo cual se pudo dar un diagnóstico presuntivo como Trastorno de Conducta ya que el paciente es víctima de abuso infantil intrafamiliar lo cual ha afectado a su estilo de vida repercutiendo en el área social interpersonal y familiar, por lo que se consideró la terapia cognitivo conductual mediante la cual se logró reforzar las conductas deseables, y eliminando aquellas desadaptativas del paciente.

Dentro de este estudio de caso se utilizó la metodología de investigación mixta para el análisis y descripción del problema la cual se acompañó de técnicas de aplicación psicológicas y diagnosticas como la ficha de observación, la entrevista y la historia clínica psicológica. Por lo cual se pudo dar un psicodiagnóstico presuntivo como trastorno de conducta ya que al convivir en un ambiente familiar disfuncional y someterse al abuso intrafamiliar afecto a su estilo de vida repercutiendo en todas sus áreas de desarrollo, por lo que se consideró la terapia cognitiva conductual mediante la cual se logró el manejo del autocontrol además de aumentar su capacidad de resolver problemas y sus habilidades de comunicación.

Palabras clave: Abuso infantil intrafamiliar, victima, conducta, terapia cognitiva-conductual



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



ABSTRAC

This case study focused on the issue of intrafamily child abuse and its influence on the behavior of a 12-year-old resident of the El Empalme canton, which was based on the use of psychometric tests that provided the necessary information for the elaboration. of this case.

Therefore, a presumptive diagnosis of Behavioral Disorder could be given, since the patient is a victim of intrafamily child abuse, which has affected his lifestyle, impacting the interpersonal and family social area, which is why cognitive behavioral therapy is altered. through which the desired behaviors will be reinforced, and those maladaptive of the patient will be eliminated.

Within this case study, the mixed research methodology was offered for the analysis and description of the problem, which was accompanied by psychological and diagnostic application techniques such as the observation sheet, the interview and the psychological clinical history. Therefore, a presumptive psychodiagnosis could be given as a behavioral disorder since living in a dysfunctional family environment and submitting to intrafamily abuse affected their lifestyle, impacting all their areas of development, so cognitive behavioral therapy lasts. through which the management of self-control will be improved in addition to increasing their ability to solve problems and their communication skills.

Keywords: Intrafamily child abuse, victim, behavior, cognitive-behavioral therapy.



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



INDICE

RESUMEN	II
ABSTRAC	III
INDICE	IV
INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO	2
Justificación	2
Objetivo	2
Sustento teórico.	3
Variable independiente	8
Técnicas aplicadas para la recolección de información	11
Resultados obtenidos	13
Situaciones detectadas (Hallazgos)	14
CONCLUSIÓN	19
BIBLIOGRAFÍA	1
ANEXOS	1

INTRODUCCIÓN

El tema abuso infantil intrafamiliar y su influencia en la conducta de un niño de 12 años de edad del cantón El Empalme propuesto en el presente estudio de caso hace referencia a una de las problemáticas que preocupa a la sociedad hace ya algunos años, esa mala acción realizada por el familiar tiene efectos profundos sobre el bienestar físico y psicológico de los niños que son víctimas de cualquier tipo de abuso dentro de su entorno familiar.

En el abordaje de este caso clínico siendo las variables el abuso infantil intrafamiliar y la conducta se considera la línea de investigación: Prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico y como sub línea: psicoterapia individual. Se pretende conocer cómo influye el abuso infantil intrafamiliar en la conducta del paciente.

La importancia de este estudio de caso es favorecer el crecimiento y el proceso de desarrollo del paciente mediante la intervención psicoterapéutica llevando a cabo la evaluación pertinente y tratamiento para mejorar su calidad de vida. Esta investigación se realiza para evaluar las conductas negativas que dan como resultado de estar inmiscuido dentro de un hogar donde existe maltrato físico, psicológico o cualquier tipo de abuso y como esto interfiere en el bienestar psicológico de la persona. Los problemas de conductas o comportamientos desadaptativos al presentarse como un patrón repetitivo y persistente a la larga pueden afectar el desarrollo del niño, derivando a un trastorno de conducta.

Este estudio de caso se lo realizo bajo la metodología cualitativa, estudio de caso, método bibliográfico, método psicométrico en donde para la evaluación se utilizarán métodos y técnicas de investigación psicológica como la entrevista psicológica, ficha de observación y la historia clínica los cuales son de gran relevancia para encontrar la problemática y brindar un psicodiagnóstico dando soluciones psicoterapéuticas al paciente.

DESARROLLO

Justificación

El presente estudio de caso se ejecutó por la relevancia que desempeña la familia siendo esta determinante en el desarrollo integral de los hijos, especialmente si se desempeña de forma íntegra, inmerso en un ambiente familiar armónico siendo el elemento más importante la calidad de las relaciones familiares, en la que el padre y la madre desarrollen de manera responsable y consiente sus roles como padres.

Es pertinente y de gran interés, la realización de este estudio de caso ya que permite el análisis y evaluación de la problemática la cual repercute en la conducta del paciente que se pudo evidenciar en la historia clínica por el discurso emitido por el paciente, se pretende ayudar a que el paciente estudiado lleve una mejor calidad de vida en los distintos aspectos que causan malestar significativo y que le impide desenvolverse con los demás.

Las personas beneficiarias en este estudio de caso son el paciente, familia y sociedad gracias a la información recopilada de esta investigación se analizará y se aplicara la terapia cognitiva conductual debido al impacto psicológico que ha generado conductas desadaptativas generadas por el abuso infantil intrafamiliar, se espera obtener resultados favorables.

El presente estudio de caso fue factible gracias a que se contó con la predisposición y colaboración del paciente y familia para desarrollar el proceso de evaluación diagnostica del paciente y a su vez la intervención psicoterapéutica.

Objetivo

Analizar de qué manera el abuso infantil intrafamiliar influye en la conducta de un niño de 12 años residente del cantón el empalme mediante el estudio de caso.

Sustento teórico.

Marco Teórico Previo

Contexto Internacional

Para Rivera y Cahuana (2016), en su investigación sobre Influencia de la familia sobre las conductas antisociales en adolescentes de Arequipa-Perú, cuyo objetivo fue el de determinar la influencia de la familia sobre las conductas de los adolescentes, usando una muestra de 929 niños de edades entre los 12 a 17 años de edad, concluye que la relación familiar y el funcionamiento de esta donde existe violencia incluyendo maltratos tanto físico como psicológico, lleva a que los adolescentes obtén por conductas diferentes a las expresadas por aquellos quienes se desenvuelven en hogares funcionales, libres de violencia.

En la investigación realizada por Echeburua y Corral (2017), titulada “Secuelas emocionales en víctimas de abuso infantil”, determinaron que estas secuelas en los niños puede llegar a ser de corto o largo plazo, puesto que muchos de estos niños y niñas hasta edad adulta viven una victimización sobre lo ocurrido, afectando de esta manera su salud mental, para los autores una de las maneras de mitigar estas secuelas a largo plazo radica en que existan dentro de los establecimientos educativos o lugares seguros para los niños investigaciones clínicas que ayuden a los niños con problemas dentro de su hogar para realizar mitigaciones a tiempo.

El artículo científico “El maltrato familiar y las repercusiones en los niños de Temuco. Estudio de prevalencia y factores asociados”; realizado por Vizcarra et al. (2018), afirma que el maltrato infantil derivado de la violencia intrafamiliar, se debe reconocer como una problemática de salud pública mas no como una problemática social, ya que, las secuelas dentro de la conducta que se percibe en aquellos niños maltratados, al llegar a la adolescencia es la de un patrón repetitivo de violencia, por ello constituye un tema de urgencia a ser tratado por las personas encargadas de la Salud Publica dentro de Temuco.

Contexto Nacional

Vera Sánchez (2015); realiza la investigación titulada “El maltrato infantil intrafamiliar y su influencia en el desarrollo social de los niños en la escuela José Virgilio Maquilon de la quinta de básica en la cooperativa viernes santo de la ciudad de Guayaquil”, concluye que el abuso infantil por parte de los familiares en especial de los padres de los niños, reflejan como consecuencia a largo plazo conductas antisociales, mismas que se ven reflejadas dentro de la peligrosidad del sector al tener un índice elevado de delincuencia pero también de maltratos intrafamiliares por parte de sus padres.

El estudio científico de López et. (2017), Consecuencias del maltrato intrafamiliar en niños y adolescentes y las repercusiones en su conducta de la ciudad de Pedro Carbo; toma como principal muestra de estudios a niños y niñas, y adolescentes en edades de 9 a 12 años que hayan sufrido algún tipo de maltrato intrafamiliar o vengan de hogares disfuncionales, arrojando como resultados que muchos de estos niños reflejan conductas suicidas, que a la vez los lleva a tener una conducta aislada de los demás niños, pues sienten temor de que sus experiencia sean motivo de burla o de estigmas hacia ellos, mientras que el segundo resultado reflejado es el de una conducta violenta, pues sienten que es la única solución hacia la violencia que viven día a día, o es un comportamiento normal ante la sociedad, el autor concluye con la reflexión de que ayudas en las primeras instancias de estos maltratos hacia los niños, ayudaran a que las consecuencias presentadas disminuyan puesto a que aún son niños de carácter moldeable.

Cordero, Mora, y Sancho (2019), en su tesis de investigación para la obtención del título de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Milagro, realizan la investigación sobre Influencia de la violencia intrafamiliar en el desarrollo de la personalidad en los niños y las niñas de 8 a 12 años pertenecientes al recinto “Trípoli” del cantón Naranjal, presentan el tema como una problemática social que se presentan dentro de la mayoría de las familias ecuatorianas afectando a por lo menos 2 de los miembros de una familia (madre e hijo/a), para los niños que viven en situación de violencia intrafamiliar el cambio de su personalidad sufre consecuencias graves pues el ser víctimas o testigos de este tipo de violencia los lleva

a que repitan los patrones de conductas de los padres, generando de este modo una conducta negativa sobre la personalidad de los niños maltratados.

Contexto Local

Como contexto local de la investigación tomaremos el realizado por Coloma Abril (2021), el cual se titula “Violencia intrafamiliar y su influencia en la conducta agresiva de un niño de 11 años del cantón Babahoyo, Provincia de Los Ríos, como parte de su trabajo final para la Universidad Técnica de Babahoyo, cuyo objetivo fue el determinar la influencia de la violencia intrafamiliar sobre la conducta de un niño de 11 años, llega a la conclusión que la incidencia encontrada entre la conducta del niño y la violencia intrafamiliar es considerable, pues la conducta agresiva que este demuestra se deriva directamente como consecuencias de lo que el niño vive a diario en su entorno.

Otras de las observaciones realizadas dentro del estudio de caso, se deriva en la conclusión de que se da un diagnóstico positivo al niño al ser sometido a terapias Racional Emotiva, como parte del proceso de ayuda a mejorar su conducta.

En el contexto local otro trabajo de ayuda para la investigación es el realizado por Bazantes Apraez (2016), para la Universidad Técnica de Babahoyo como parte de su trabajo final para obtener el título de Psicóloga Clínica, investigación que lleva por nombre “Intervención psicológica en los niños de 5 a 8 años que sufren maltrato intrafamiliar atendidos en el hospital Martín Icaza del cantón Babahoyo Provincia los Ríos”; fue dirigido a los padres de familia que acuden al Hospital Martín Icaza, tomando en cuenta los factores familiares que se asocian directamente con las conductas violentas que los niños presencian y los problemas que causan en el desarrollo integral del niño, con el único propósito de brindarles conocimientos, concientizarles sobre los traumas que causan a sus hijos, sobre todo la falta de comunicación entre los miembros de sus familias. Comprometiéndonos así, con la gran labor de servicio y apoyo en conjunto con el personal del área de psicología del Hospital Martín Icaza.

Abuso infantil intrafamiliar

Definición de abuso infantil

Según Massa (como se citó en Lozada 2019) Concuerdan en que la violencia intrafamiliar desde una edad temprana comprende maltratos físicos como golpes, palizas, hasta agresiones psicológicas como insultos, gritos, así también violencia sexual, así como comportamientos negligentes de parte de los cuidadores con respecto a las atenciones adecuadas que requiere el infante para su desarrollo integral. Añadiendo a esta conceptualización, el abuso abarca inestabilidad en la relación intrafamiliar debido a que el responsable de los maltratos abusa de su rol de poder de manera que infringe agravios de forma física o psicológica a la otra parte de dicha relación.

En base a lo que manifiesta el autor, la violencia infantil intrafamiliar implica malos tratos desde la niñez, es decir desde edades tempranas suelen sufrir actos violentos por parte de sus cuidadores como agresiones físicas, verbales, y hasta sexuales en ocasiones. Las personas que se supone deben cuidar del bienestar del infante, son aquellas de las que suelen recibir despreocupación, desinterés, negligencia, por lo tanto, además de no suplir sus necesidades básicas tampoco cumplen con su rol de padres a cabalidad y de manera oportuna.

¿Qué es el síndrome del maltrato infantil?

Según Gimenez (como se citó en Chavez 2021) La violencia intrafamiliar infantil suele ser designada dentro del ámbito literario con los nombres de battered o síndrome del shaken baby, estos términos se los puede esclarecer como aquel perjuicio al menor de edad producto de agresiones físicas, verbales, o sexuales.

Es posible señalar que las agresiones desde temprana edad producidas en el mismo ambiente familiar se las conoce como battered o shaken baby syndrome. Estas a su vez son definidas como todo deterioro a consecuencia del descuido por parte de las personas responsables del niño.

Definición de abuso infantil intrafamiliar

Según Carter (como se citó en Lozano 2019) En la familia se distinguen las familias como un todo que presentan peculiaridades de sistemas sociales, no obstante, es posible establecer diferencia de otros procesos sistemáticos debido a sus metas, ambiente, reglas, y emociones. El sistema familiar es aquel que otorga la posibilidad de relacionarse de una manera más privada a cada integrante del mismo, así también es el cimiento del autoconocimiento.

En base a la conceptualización anterior, es posible inferir que la familia comprende un sistema característico que difiere de otros a causa de valores involucrados entre las relaciones de cada integrante, así como también los objetivos en común, códigos particulares, entre otros elementos. Este sistema no solo acoge a sus integrantes, sino que permite que se desenvuelvan de manera social entre ellos, además de formar vínculos más estrechos, y servir como una base sólida para cultivar la confianza.

Según Palacio (como se citó en Lozano 2019) señalan que, la ética, y la moral de la que el ser humano se responsabiliza, y las cuales direccionan sus comportamientos, decisiones, y acciones se relacionan con el desarrollo de formación y enseñanza, puesto que se adquieren conocimientos desde la infancia a través de interactuar con los demás. Por ello, el ambiente familiar es el centro pionero y más clave en cuanto al proceso de formación, y educación. De manera que, el inculcar principios éticos y morales dentro del núcleo familiar implica contar con el rol activo que desempeñan los infantes para aceptar con responsabilidad las enseñanzas de sus progenitores.

En base a los autores previamente señalados, es preciso indicar que el sujeto va aceptando principios los cuales en la mayoría de casos orienta su forma de comportarse, y hasta de pensar. Además, estos principios los adquiere desde el periodo de su infancia mediante el aprendizaje significativo e interacción social. Sin duda, el ámbito familiar juega un papel prioritario en la formación del carácter del infante debido a que es allí donde sus padres le forjan principios éticos y morales tanto con el ejemplo como de manera verbal.

Por ello, los infantes precisan ser considerados como aprendices activos dentro del desarrollo de formación a nivel valores.

La violencia

El maltrato infantil aporta a que los infantes tanto en su niñez como en su adolescencia adquieran emociones negativas como temor, desconfianza, insatisfacción, descontento, baja autoestima, dependencia emocional, y un desequilibrio en sus habilidades de control.

Los infantes que transcurren lapsos de violencia intrafamiliar presentan un riesgo mayor durante su existencia debido a que son más propensos a padecer trastornos conductuales, de personalidad, dificultades de aprendizaje, mala conducta en el ámbito educativo, además de ser más propensos a ser desempleados, reclusos de la justicia, privados de su libertad, recaer en adicciones, o contraer enfermedades venéreas. (Salcedo, 2019, pág. 15)

El maltrato intrafamiliar infantil se puede describir como aquel comportamiento en el que se ejerce violencia de parte de un familiar hacia otro integrante de dicho núcleo. Según Haz (2019) menciona que “estos comportamientos infringen daños psicológicos, físicos además de perjudicar a la formación integral del individuo violentado. Estas circunstancias quebrantan los derechos de los infantes, además de influir perjudicialmente tanto en el área individual, como colectiva” (p.4).

Variable independiente

Influencia en la conducta de un niño de 12 años

Ambiente familiar

Los entornos familiares caracterizados por la aparición de violencia siendo esta manifestación social en la cual se quebrantan los límites del sujeto y puede presentarse en el ámbito académico, físico, psicológico y económico etc. Según Medina (2019):

Esto dirige a que la violencia que los infantes reciben es de tal manera, psicológica, física, sexual, y se presenta de forma abierta en el ámbito familiar, dicho de otro modo, es un problema social que afecta de manera significativa en la conducta del niño. (p.655)

Prevalencia

La preponderancia de comportamientos agresivos hacia los infantes y menores de edad por parte de sus progenitores se transforma en experiencias que serán almacenadas en la memoria de la víctima, de manera que se forjan mecanismos de defensa, además de formar el carácter, el autoconcepto, independencia, entre otras estructuras del comportamiento.

Estos comportamientos se desarrollan en ambientes de carácter social, en el que se manifiestan problemáticas relacionadas con el desempeño educativo en consecuencia a las agresiones. Por tanto, cuando el menor de edad se cría en senos familiares en donde no se plantean reglas claras o se encuentran un padre o madre tirano o consentidor en exceso, es posible que tiendan a replicar estos modelos conductuales de manera que de adultos se desempeñen de manera agresiva. (Medina, 2019, p. 655)

Abuso infantil representado por la suma de conductas violentas

Según Medina (2019) El abuso intrafamiliar infantil perjudica al bienestar sentimental, psicológico, físico, e individual de los infantes de manera que son propensos a padecer de problemas en su desempeño académico, puesto que adquieren problemáticas de aprendizaje, falta de concentración, desmotivación, falta de predisposición para realizar tareas dentro del ámbito de educación, sin embargo cuando el infante es maltratado sufre de un desequilibrio emocional que van a incidir en sus áreas cognitiva, e intelectual, además de presentar dificultades para relacionarse.

Los problemas de la conducta en los niños cada vez preocupan con mayor ímpetu a la nación, ya que los niños son el futuro de la misma. Pero son perjudicados por diversos componentes que intervienen en el comportamiento, debido al contexto en el que se desarrollan; y si es de frenar los problemas emocionales y situaciones difíciles a lo que los pequeños se ven involucrados, los problemas de conducta se irán intensificando y afectando diferentes áreas de vulnerabilidad de los niños.

La mayor parte de los problemas de conducta que muestran los niños pueden explicarse como un desajuste dentro de su contexto familiar, escolar o social, pero si éste permanece en el tiempo, los niños que lo presentan pueden ser señalados como problemáticos con la consiguiente etiqueta que, además, suele ir acompañada de otros problemas que dificultarán las posibilidades de adaptación y normalización de su desarrollo.

Terapia cognitiva conductual

Terapia cognitivo-conductual incluía estrategias para reducir los pensamientos que generan malestar y que conllevan a la depresión. Aplicando técnicas como la reestructuración cognitiva, y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Depresión

Según Mongue (2020) La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva, según la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Técnicas aplicadas para la recolección de información

Para la adecuada recolección de información del estudio de caso se inició la entrevista semiestructurada, con el uso de la historia clínica, informe psicológico y técnicas del enfoque cognitivo conductual los cuales se evidenciarán en los anexos, de igual manera se describe los cambios conductuales que ha manifestado y las características psicológicas del paciente, se emplearon las siguientes técnicas:

Entrevista semiestructurada

Esta técnica se empleó para la recolección de información en el estudio de caso, para indagar los siguientes aspectos: personales, familiares y social. Se comenzó con el uso de la historia clínica, la cual nos permite explorar al sujeto de manera profunda, y aporta la identificación de signos y síntomas del paciente los cuales causan malestar, por lo consiguiente este instrumento me permitió obtener un presunto diagnóstico y el tratamiento que ayude para solución y afrontamiento de la situación problemática.

Ficha de observación psicológica

La observación permite la comprensión de etapas, de explicación de nuevos ambientes, identificar vínculos interpersonales y experiencias que se pueden desarrollar en el transcurso de tiempo que se lleve a cabo las sesiones.

Historia clínica

La historia clínica documento realizado por profesionales, la finalidad de este método es abarcar toda aquella información del paciente, además de conocer el motivo de consulta en la que el paciente expresa de forma detallada los sucesos que le acontecen que causan malestar, con la finalidad de encontrar solución a la problemática, de tal manera que es de suma importancia abarcar desde la anamnesis hasta su exploración mental actual.

Metodología cualitativa:

Se emplea este método ya que permite obtener datos no cuantificables de calidad para llegar a la conclusión del proceso debido a que se obtuvo información debido a que se obtuvo información mediante el discurso del paciente.

Estudio de caso:

Es de gran relevancia dentro de la investigación cuando el objetivo de estudio es el sujeto en el cual se enfocará de forma holística.

Revisión bibliográfica:

Se utilizó con la finalidad de comparar posturas teóricas de diferentes autores con referencias actualizadas.

Instrumento psicológico:

Mediante la aplicación del test psicométrico exploramos algunas áreas del paciente.

Test de Depresión de Beck:

Este inventario consta de 21 preguntas con respuestas múltiples en niveles de 0 a 3, este inventario es muy conocido porque nos facilita medir los niveles de depresión, para obtener los resultados de esta prueba se deberá sumar los puntos y el total será el nivel de depresión que presenta el paciente.

Test de pensamientos automático Ruiz y Lujan 1991

Test que evalúa el esquema de pensamiento del entrevistado en las últimas dos semanas, aplicable tanto de manera individual o grupal, aplicable en la adolescencia en adelante, fue utilizado para verificar el tipo de distorsión cognitiva que frecuentemente actúa en su esquema de creencias.

La escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R)

Es una entrevista estructurada que consta de 21 ítems, los ítems se basan en los criterios diagnósticos del DSM5 para codificación del trastorno por estrés post-traumático, la prueba comprende un a validez psicométrica basada en la aplicación en mujeres víctimas de violencia.

Resultados obtenidos

Paciente de 12 años del cantón El Empalme, asistió a consulta referido por su maestra debido a que presenta comportamientos inadecuados dentro y fuera del aula, para la maestra esta situación es muy preocupante porque su alumno presenta muchos cambios hacia algunos meses atrás.

Sesiones

Primera sesión

La primera sesión se llevó a cabo el día lunes a las 10 am, inicia la sesión socializando con el paciente las directrices que se llevarían a cabo en la entrevista, se estableció el acuerdo de confidencialidad en concordancia con el paciente, se inicia la entrevista psicológica, durante la sesión se recogen los siguientes datos; información personal del paciente, el motivo por el cual acude a consulta, se socializa consignas designadas por la docente del paciente.

Con anterioridad se entrevistó a la docente del paciente, para finalizar se socializó la teoría cognitiva conductual, y se estableció las siguientes reuniones.

Segunda sesión.

La sesión se realizó a las 10 de la mañana, se inicia la sesión realizando una entrevista semi estructurada basada en los ítems de la historia clínica, luego se inició la aplicación de la batería psicométrica que estaba comprendida con; La escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) y el test de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan 1991, luego se finalizó la sesión.

Tercera sesión.

Se inicia la sesión socializando los resultados de la batería psicométrica y el diagnóstico F91.1 trastorno de conducta, tipo inicio infantil, durante toda la sesión se realizó psicoeducación sobre el trastorno y técnica de entrenamiento en autocontrol y técnica de relajación, luego se finaliza la sesión.

Cuarta sesión

Se continúa con la técnica de psicoeducación, se trabaja durante la sesión reestructuración cognitiva con literaturas de filosofía para niños.

Quinta sesión

Se utilizó técnicas de auto instrucciones, así como también psicoeducación para esclarecer incógnitas que aun persistían en el paciente. Se comenzó a trabajar en el paciente la violencia o el abuso que existía en su hogar, se le pregunto cómo lo trataban sus padres, como se sentía cuando era tratado así, y que él pensaba sobre aquellos abusos que recibía por parte de su familia.

Sexta sesión

Se realizó por la mañana, se da inicio con la técnica de control de ira también conocida como relajación progresiva de Jakobson, se indago sobre el estado emocional del paciente durante esta sesión, con la evaluación de la escala de depresión de Beck.

Séptima sesión

Se inició la sesión realizando bitácora de vida registro para reforzar la reestructuración cognitiva, se volvió a realizar técnica de relajación progresiva de Jakobson.

Octava sesión

Se le solicita al paciente que evalúe el tratamiento psicoterapéutico, una vez obtenida la apreciación del paciente con respecto al tratamiento se procede a realizar psicoeducación sobre la tcc para esclarecer las inquietudes.

Sesión final

Al inicio de la sesión se le comenta al paciente que sería la última sesión, se observa que el paciente percibe la noticia con actitud positiva, luego se realiza role playing en conjunto de técnica de resolución de conflictos de manera asertiva.

Situaciones detectadas (Hallazgos)

Paciente de 12 años de edad acude a consulta por derivación de la docente de escuela, la docente en su reporte manifiesta que el paciente sostiene conductas de rebeldía y desacato a las normas de la institución, bajo rendimiento académico e incumplimiento a las actividades académicas.

Se observa en la primera sesión con el paciente actitud poco colaboradora, se le realiza la pregunta ¿cuéntame que ha pasado por que estas aquí? A lo que el paciente manifiesta lo

siguiente “¿y ti que ti importa? yo no quiero estar aquí y ni en la escuela”, se continua indagando con una postura afrontativa y no confrontativa, logrando que el paciente manifieste lo siguiente “es que a mis padres no les importo” continuando con la sesión paciente manifiesta “mi padre como a los 6 o 7 años le puso los cachos a mi mama y de ahí para haya las casa es un infierno, solo peleando pasan y conmigo se desquitan, me pegan y me gritan cuando les da la gana” se clarifica en la narrativa del paciente que al parecer los padres lo castigan sin motivos, esta situación se ha mantenido hasta los 9 años que el paciente adopta la conducta desadaptativa como método para afrontar su situación actual.

La estructura familiar del paciente es nuclear, con normas roles y limites difusos, paciente tiene constantemente conflictos con sus padres, padre de 45 años guardia de seguridad, no suele pasar en casa, paciente percibe que no influye el trabajo, que es porque el desea no pasar en el hogar, madre de 37 años, ama de casa, según la narrativa del paciente se observa aparente inestabilidad emocional, generalmente existen conflictos por la conducta del paciente, así como también otros conflictos no justificados.

Paciente sostiene conflictos en con sus compañeros de clase y docentes, presenta bajo rendimiento académico, pero no se le dificulta el aprendizaje, conductas de rebeldía, falta de control de impulsos e irritabilidad.

Paciente se observa que cuida su aseo personal, vestido acorde a su sexo, corte de pelo excéntrico, paciente orientado en tiempo, espacio y persona, lenguaje corporal y verbal congruente, psicomotricidad aparentemente normal, lateralidad derecha, forma curso y velocidad del pensamiento y lenguaje aparentemente normal, sensopercepción sin alteración, no hay conciencia de la enfermedad, juicio coherente, psico sexualidad acorde a su edad, no hay afecciones médicas. La escala de depresión de Aron Beck en esta escala se obtuvo la calificación de 15 para lo cual se interpreta como síntomas de depresión leve, perturbación del estado de ánimo.

Con respecto a la escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R), se obtuvieron sintomatología a destacar que experimento el paciente ante el abuso las cuales son; exposición directa al abuso, episodios continuados de maltrato, el tiempo que ocurrió el cual fue hace 4 años, ocurre actualmente, no presenta secuelas físicas, el paciente no experimenta imágenes o recuerdos desagradables de forma

involuntaria, tampoco tiene sueños desagradables con respecto al sucesos, suele evitar contacto con el victimario, tiene expectativas negativas sobre sí mismo, los demás y el futuro, se ha reducido el interés en participar en actividades que consideraba importante para su vida y se limita a expresar emociones, la puntuación de la escala no justifica la presencia de trastorno por estrés postraumático.

Test de pensamiento automáticos de Ruiz y Lujan 1991 dio como resultado puntuaciones altas en distorsiones cognitivas de sobre generalización, filtraje, lectura de pensamiento o inferencia arbitraria, falacia de cambio, según la prueba las distorsiones ya mencionadas han estado presente en el paciente durante las últimas dos semanas. Teniendo en cuenta los resultados de la evaluación se realiza el siguiente cuadro sindrómico.

Resumen de cuadro sindrómico

Tabla 1.

Resumen sindrómico

Función	Síntomas y signos	Síndrome
Cognitiva	Pensamientos de desesperanza, déficit en la atención, distorsiones cognitivas; filtraje, falacia de cambio, inferencia arbitraria y sobre generalización	F91.1 trastorno de conducta, tipo inicio infantil.
Afectivo	Carece de empatía, euforia Desesperación, alexitimia, aplanamiento emocional, irritabilidad	
Conducta social	Amenazante. Antisocial, Comportamientos inadecuados en el contexto escolar (malas palabras, intimidada, inicia peleas), incumplimiento grave de las normas, impulsividad	
Somática	Tensión fisiológica, sudoración excesiva, dificultad para conciliar el sueño	

Nota: Autoría propia.

Soluciones planteadas

Una vez finalizado la evaluación psicológica y habiendo establecido el diagnóstico del paciente intervenido en este estudio de caso, se plasmó un análisis general de las sesiones aplicada usando la terapia cognitiva conductual las cuales se utilizaron para la elaboración del siguiente esquema terapéutico.

Tabla 2.

Cuadro terapéutico

Hallazgo	Objetivo	Actividad	Técnicas	Sesiones	Resultados obtenidos
Desconocimiento ante el trastorno	Brindar información al paciente por motivo del desconocimiento de la problemática que viene pasando y como esta se manifiesta en su conducta.	Mediante información bibliográfica se le brinda al paciente conocimientos y explicación de la situación que está atravesando.	Psicoeducación	2	Habiendo aplicado esta técnica nos dio como resultado que el paciente no está consciente de su situación.
Impulsividad	Que el paciente pueda controlar frente a situaciones complicadas sus reacciones.	Se le entrego una hoja al paciente, donde debía plasmar aquella conducta ya detectada, se establece objetivos es decir el nivel de control que quiere alcanzar el paciente.	Entrenamiento en autocontrol.	2	Se logró minimizar las conductas autodestructivas.

Distorsiones cognitivas	Modificar el dialogo interno del paciente para facilitar el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento. Dichas técnicas se trabajaron de forma dinámica y participativa en la que el paciente la lleva a cabo para así poder aplicarlas en su vida de forma automática.	Entrega de un formato de autoregistro en la que el paciente deberá plasmar una vez analizado su pensamiento, emoción y comportamiento o las situaciones conflictivas	auto instrucciones	1	Se logró la autorregulación de la conducta aumentando la creencia de confianza de sus conductas.
CONDUCTUAL Irritabilidad	Relajar la tensión muscular debido a que el paciente se presentó a consulta en estado de nerviosismo e impaciente	El paciente debe colocarse en posición cómoda poniendo sus manos sobre sus piernas, para empezar con la técnica mencionada.	Resolución de conflictos de manera asertiva Entrenamiento de relajación progresiva de Jakobson	1	Se logro disminuir los niveles de ira y a su vez se planteó otro método de resolver el conflicto.
Conductas desadaptativas distorsionadas	Modificar ciertas conductas mostrándole al paciente que su perspectiva acerca de la misma era distorsionados.	Aumentar el repertorio de conductas para dar respuesta a los sucesos de la vida	Role playing	1	El paciente ha mostrado aceptación en algunas de las alternativas propuestas

Nota: Autoría propia.

CONCLUSIÓN

Para finalizar el presente estudio de caso, se realizó tomando en consideración la teoría planteada en su sustento teórico la cual se pudo evidenciar en la intervención psicológica del paciente, mostrando la congruencia del efecto que tiene el abuso en la infancia y las repercusiones a niveles conductuales que se puede reflejar a medida que infante va creciendo, creando un esquema de creencias orientadas a la utilización de la violencia para obtener lo que se desea, que generar miedo es igual a generar respeto.

Como logro alcanzado se plantea la buena práctica clínica realizada con el paciente logrando adherencia al tratamiento y resultados favorables, si bien no ha habido un cambio total en la conducta del paciente, si se observa mejoría y desaparición de conductas que acercaban al paciente a actos delictivos, además la disminución de los niveles de irritabilidad, es decir se observa en el paciente mayor estabilidad emocional y disminución de la impulsividad.

Durante el desarrollo de este trabajo, se han obtenido resultados positivos y favorables, gracias a la predisposición del paciente en las sesiones, logrando cumplir con el objetivo planteado para la realización del caso; Analizar de qué manera el abuso infantil intrafamiliar influye en la conducta de un niño de 12 años residente del cantón el empalme mediante el estudio de caso, objetivo que surge de la siguiente pregunta ¿Cómo influye el abuso infantil intrafamiliar en la conducta de un niño? Dando una respuesta breve, la consecuencia directa se presenta en su esquema de creencias, ya que los niños absorben todo tipo de información y no es más que en la adolescencia que comienza a elaborar un criterio a partir de todo lo observado durante su niñez, crear un esquema donde la violencia y el abuso predomina, puede generar que el adolescente se vuelva victimario.

No obstante, se recomienda que el paciente continúe con el tratamiento psicológico para lograr una mejoría en su calidad de vida, de acuerdo a investigaciones realizadas y analizadas se establece que para que el tratamiento sea efectivo se deberá incluir entrenamiento de padres, programas de entrenamiento en habilidades sociales, programas escolares. La implicación de la familia es fundamental en esta intervención para poder conseguir resultados satisfactorios.

Brindar orientación a los docentes con el propósito de que comprendan al individuo, desde su componente conductual y emocional, para que propicien el entorno adecuado, aportando a la disminución de la conducta agresiva.

A los padres, programar actividades recreativas para mejorar la comunicación y fortalecer el diálogo. Que el paciente continúe realizando las técnicas de la terapia a largo plazo para mejorar cada vez más su conducta.

Por último, en caso de realizar un trabajo de investigación científica considerando este estudio de caso, se recomienda explorar más a fondo el contexto familiar y educativo, es decir realizar entrevista con los miembros del hogar del paciente, así como también entrevistar a los docentes que tienen acercamiento con el paciente, para tener un panorama más amplio del contexto ambiental del paciente, como este influye en él y viceversa.

BIBLIOGRAFÍA

- Alabau, I. (11 de 03 de 2021). *Autorregulación: qué es, ejemplos y ejercicios*. Obtenido de Psicología-Online: <https://www.psicologia-online.com/autorregulacion-que-es-ejemplos-y-ejercicios-4715.html>
- Bestard, C. M., Moraima , I. M., Loo Muñoz, N. d., & Javier Acosta , S. (05 de 2018). *Rev. inf. cient. Guantánamo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1028-99332018000300660&script=sci_arttext&tlng=en
- Carter, A. (2019). Familia y abuso infantil. *Neuronum*, 9.
- De la Fuente, J. (2017). *Autorregulación y procesos de aprendizaje*. Obtenido de Aula Magna 2.0: <https://cuedespyd.hypotheses.org/2878>
- De Miguel, L. (03 de 07 de 2019). *Las 7 claves de la autorregulación emocional para el logro de metas*. Obtenido de Aquavita Coaching: <https://aquavitacoaching.com/las-7-claves-de-la-autorregulacion-emocional-para-el-logro-de-metas/>
- Gimenez, D. (2019). Nivel y tipo de maltrato infantil intrafamiliar. *Repositorio*, 22.
- Haz, D. (2019). Abuso sexual infantil y dinamica familiar. *Electronica de psicologia*, 4.
- Martinez, A. (05 de 03 de 2018). *¿Qué es el bienestar psicológico?* Obtenido de Psicología en positivo: <https://www.antonimartinezpsicologo.com/definicion-de-bienestar>
- MARTINEZ, A. (05 de 03 de 2018). *psicologia en positivo*. Obtenido de PSICOLOGIA EN POSITIVO: <https://www.antonimartinezpsicologo.com/definicion-de-bienestar>
- Massa, M. (2019). Familia y abuso infantil. *Neuronum*, 12.
- Medina, M. (2019). Abuso infantil y su incidencia en el desarrollo academico . *Revista científica de investigacion actualizacion del mundo de las ciencias*, 656.
- Mongue, M. S. (25 de 02 de 2020). *cuidate*. Obtenido de <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/depresion.html>
- Palacios, P. (2019). Familia y abuso infantil. *Neuronum*, 10.

- Reyes, A. (30 de 05 de 2018). *Las 6 dimensiones del bienestar psicológico*. Obtenido de La mente es maravillosa: <https://lamenteesmaravillosa.com/las-6-dimensiones-del-bienestar-psicologico/>
- Rivera, C. (2016). *Influencia de la familia sobre las conductas antisociales en adolescentes de Arequipa-Perú*.
- Rodriguez, A. (10 de 06 de 2020). *Autorregulación emocional: características, ejemplos, actividades*. Obtenido de Lifeder: <https://www.lifeder.com/autorregulacion-emocional/>
- Rosales, N. (01 de 2018). *BIENESTAR PSICOLÓGICO Y CALIDAD DE VIDA*. Obtenido de UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrtd/2018/05/22/Rosales-Nancy.pdf>
- Salcedo, D. (2019). Maltrato infantil y sus características socioculturales en escolares de la institución educativa Chota. *Salud colectiva*, 15.
- Vizcarra, (2018) *El maltrato familiar y las repercusiones en los niños de Temuco. Estudio de prevalencia y factores asociados*. Obtenido de Artículo científico.

ANEXOS

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____ Fecha: ____/____/____
____/____/____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: N. N. Edad: 12
Lugar y fecha de nacimiento:
Género: Masculino Estado civil: Soltero Religión: Ninguna.
Instrucción: Primaria
Ocupación: Estudiante
Dirección: El Embalme Teléfono: _____
Remitente: Docente de la Unidad Educativa

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 12 años acude a consulta por derivación de la docente de la escuela, manifiesta que el paciente sostiene conductas de rebeldía y desobediencia a las normas de la institución.

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

El paciente se observa con actitud poco colaboradora, el paciente manifiesta "es que a mis padres no les importo" que cuando él tenía 6 o 7 años, el padre le puso los cachos a la mamá y de ahí para allá la casa es un infierno "solo pasan peleando y se desquitan conmigo y me gritan cuando les da la gana". En la escuela "todos me molestan, nadie me entiende".

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.

6.2. ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela). No se adapta al programa escolar, tiene bajo rendimiento académico, su relación con sus maestros no es buena, no acata las normas institucionales.

6.3. HISTORIA LABORAL
Ninguna.

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

No tiene buena relación social

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

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

Su psicosexualidad es acorde a su edad.

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

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

Dificultad al conciliar el 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

Orientado en tiempo, espacio.

7.3. ATENCIÓN

Normal.

7.4. MEMORIA

7.5. INTELIGENCIA

7.6. PENSAMIENTO

7.7. LENGUAJE

Lenguaje corporal y verbal congruente.

7.8. PSICOMOTRICIDAD

Aparentemente normal.

7.9. SENSOPERCEPCION

sin alteración

7.10. AFECTIVIDAD

7.11. JUICIO DE REALIDAD

Cohereute

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

no hay conciencia de enfermedad.

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

8. PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS Y RESULTADOS

- Escala Depresión de Beck: 15 síntomas de depresión leve, perturbación del estado de ánimo.
- Gravedad 5, Trastornos E. P. Exposición directa al maltrato, no presenta secuelas físicas, no experimenta síncope u otros o recuerdos desagradables de forma involuntaria, se limita a expresar emociones.
- Test de Pensamiento Automático: Puntuación alta en distorsiones cognitivas.

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo:	Deficit de Atención, Distorsiones Cognitivas	F91.1 trastorno de Conducta tipo que se inicia en la infancia
Afectivo:	Carece empatía, Alex. Fría, Irr. Labilidad	
Conducta social - escolar	Amenazante, Anti-social, comportamientos inadecuados escolares	
Somática	Tensión Tricolórica, sudoración excesiva, dificultad para conciliar el sueño.	

9.1. Factores predisponentes:

9.2. Evento precipitante:

9.3. Tiempo de evolución:

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

11. PRONÓSTICO

12. RECOMENDACIONES

- Continuar con el tratamiento psicológico.
- Incluir entrenamiento de padres, programas de entrenamiento en habilidades sociales.
- Programas escolares.
- Orientación a docentes.

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Desconocimiento ante el trastorno	Brinda información al paciente	Psicoeducación	2		No está consciente de su situación
Impulsividad	Controlar sus reacciones en situaciones complejas	Entrenamiento en autocontrol	2		Se logró minimizar las conductas autodestructivas
Distorsiones Cognitivas	Modificar el diálogo interno	Autoinstrucciones	1		Autoregulación de la conducta.
Tensión Muscular	Relajar la tensión muscular	Entrenamiento de Relajación de Jakobson	1		Disminuir los niveles de ira
Irritabilidad	Buscar, seleccionar alternativas.	Resolución de Conflictos de manera asertiva	1		Planteamiento de otros métodos.
Conductas de adaptación	Buscar recursos ante diversas situaciones	Role playing	1		Muestra aceptación a las alternativas propuestas

Firma del pasante

Inventario de Pensamientos Automaticos

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación encontrarás una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que valores la frecuencia con que sueles pensarlos, siguiendo la escala que se te presenta a continuación:

Nunca pienso en eso	Algunas veces lo pienso	Bastantes veces lo pienso	Con mucha frecuencia lo pienso
0	1	2	3

ITEMS	0	1	2	3
1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan.			X	
2. Solamente me pasan cosas malas			X	
3. Todo lo que hago me sale mal		X		
4. Sé que piensan mal de mí		X		
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	X			
6. Soy inferior a la gente en casi todo	X			
7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor				X
8. ¡No hay derecho a que me traten así!			X	
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental		X		
10. Mis problemas dependen de los que me rodean				X
11. Soy un desastre como persona		X		
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa		X		
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas		X		
14. Sé que tengo la razón y no me entienden			X	
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	X			
16. Es horrible que me pase esto			X	
17. Mi vida es un continuo fracaso				X
18. Siempre tendré este problema			X	
19. Sé que me están mintiendo y engañando		X		
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?		X		
21. Soy superior a la gente en casi todo	X			
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean			X	
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así				X
24. Me siento culpable y es porque he hecho algo malo		X		
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	X			
26. Alguien que conozco es un imbécil			X	
27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa				X
28. No debería de cometer estos errores	X			
29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto	X			
30. Ya vendrán mejores tiempos	X			
31. Es insoportable no puedo aguantar más			X	
32. Soy incompetente e inútil				X
33. Nunca podré salir de esta situación		X		
34. Quieren hacerme daño	X			
35. Y, ¿si les pasa algo malo a las personas que quiero?		X		
36. La gente hace las cosas mejor que yo			X	
37. Soy una víctima de mis circunstancias		X		
38. No me tratan como deberían hacerlo y me lo merezco	X			
39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo		X		
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	X			
41. Soy un neurótico			X	
42. Lo que me pasa es un castigo que merezco				X
43. Debería recibir más atención y cariño de otros				X
44. Tengo razón y voy a hacer lo que me da la gana				X
45. Tarde o temprano irán las cosas mejor	X			

La escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R)

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-REVISADA (EGS-R)

(Versión clínica)

(Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016)

Nº:	Fecha:	Sexo: <u>Masculino</u>	Edad: <u>12</u>
Estado civil: <u>Soltero</u>	Profesión: <u>Estudiante</u>	Situación laboral: <u>Ninguna</u>	

I. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: Maltrato físico y Psicológico

Tipo de exposición al suceso traumático

<input checked="" type="checkbox"/>	Exposición directa
<input type="checkbox"/>	Testigo directo
<input type="checkbox"/>	Otras situaciones
<input type="checkbox"/>	Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)
<input type="checkbox"/>	Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)

Frecuencia del suceso traumático

<input type="checkbox"/>	Episodio único
<input checked="" type="checkbox"/>	Episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual)

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?: _____ (meses) / 4 (años)

¿Ocurre actualmente? No Sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): 1 (meses) / _____ (años)

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? No Sí (especificar):

Tipo de tratamiento	Duración	¿Continúa en la actualidad?
<input type="checkbox"/> Psicológico	____ (meses) / ____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> Farmacológico	____ (meses) / ____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: No Si

Revictimización a otro suceso traumático: No Si

Secuelas físicas experimentadas: No Si (especificar):

2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

Coloque en cada sintoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del sintoma.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/ Bastante	5 o más veces por semana/ Mucho

Reexperimentación	
Ítems	Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3

Puntuación en reexperimentación: 5 (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva	
Ítems	Valoración
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3

Puntuación en evitación: 3 (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
Ítems	Valoración
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: 6 (Rango: 0-21)

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	
Ítems	Valoración
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

Puntuación en activación reactividad psicofisiológica: 5 (Rango: 0-18)
 Puntuación total de la gravedad del TEPT: 11 (Rango: 0-63)

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA	
Síntomas disociativos	
Ítems	Valoración
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0 1 2 3
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0 1 2 3
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0 1 2 3
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0 1 2 3

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos: Sí No

Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso)	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
---	--

4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO	
Áreas afectadas por el suceso traumático	
Áreas	Valoración
1. Deterioro en la relación de pareja	0 1 2 3
2. Deterioro de la relación familiar	0 1 2 3
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica	0 1 2 3
4. Interferencia negativa en la vida social	0 1 2 3
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio	0 1 2 3
6. Disfuncionalidad global	0 1 2 3

Puntuación en el grado de afectación del suceso: 11 (Rango: 0-18)

Test de Depresión de Beck

BDI-II¹

Nombre: N. N. Estado Civil: soltero Edad: 19 Sexo: M
Ocupación: Estudiante Educación: Primaria Fecha: _____

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

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

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

6. Sentimientos de Castigo

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

7. Disconformidad con Uno Mismo

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

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

10. Llanto

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

Titulo original: Beck Depression Inventory (Second edition)
Traducido y adaptado con permiso.
© 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation,
USA.
© de la traducción al castellano 2006 by The Psychological
Corporation, USA.
Todos los derechos reservados.

10

Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

11. Agitación

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

12. Pérdida de Interés

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

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de Energía

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

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

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

17. Irritabilidad

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

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a No tengo en apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

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

20. Cansancio o Fatiga

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

21. Pérdida de Interés en el Sexo

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

5

Subtotal Página 2

10

Subtotal Página 1

15

Puntaje total