



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



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

PROBLEMA:
MALTRATO PSICOLOGICO Y SU REPERCUSION EN LA
AUTOESTIMA EN UNA MUJER DE 28 AÑOS DE LA
CIUDAD DE QUEVEDO

AUTOR:

INDIO ZAMBRANO GÉNESIS SALOME

TUTOR:

MSC. MORAN BORJA LILA

BABAHOYO – 2023





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



DEDICATORIA

A MIS PADRES

Este trabajo es en memoria del hombre que me amo y me dio todo su apoyo hasta su último día de vida, mi superhéroe el mejor padre que tuve EDUARDO ARAON INDIO ZAMBRANO y para mi madre RAQUEL DEL ROCIO ZAMBRANO GRACIA quien me mostro fortaleza, siendo el pilar fundamental para lograr esta meta, los amo mucho.

Genesis Salome Indio Zambrano





AGRADECIMIENTO

En la vida tuve la oportunidad de conocer a muchas personas que estuvieron en todo mi proceso de formación hasta ahora, es por ello que en este trabajo final quiero agradecer a la Universidad técnica de Babahoyo por hacer posible mi formación como profesional, a mis docentes en especial, al Ms. Xavier Franco, Ms. Nathaly Salvatierra, quienes gracias a su ayuda y conocimientos hicieron posible este trabajo, a mi padre Eduardo Indio y a mi madre Raquel Zambrano por todas sus enseñanzas, y aquel es esfuerzo que pusieron para que yo llegara a cumplir mi objetivo, a mis hermanos Leonardo, Adriana, Eduardo, Sandra quienes me apoyaron, al grupo los de siempre mis 5 compañeros y amigos los cuales no me dejaron caer cuando las cosas se tornaron un poco difícil, también quiero agradecer a una persona muy especial en mi vida Oscar Chumaña por haberme apoyado, alentado a terminar lo que empecé.

GRACIAS

Genesis Salome Indio Zambrano





Resumen

El maltrato se puede dar por medio de diferentes formas, físicas, verbal, económica y de manera psicológica, siendo este último el que mayor repercusión tiene en la persona influyendo en su sistema de creencias y estableciendo o haciendo creer a la víctima de esta que es culpable o merecedora de lo que le sucede, en este sentido el maltrato psicológico incide directamente en la autoestima de la persona, por ende es importante entender que más allá de las repercusiones físicas o las situaciones estresantes, se debe considerar el daño emocional que se exterioriza por medio de la revictimización que denota en la conducta la paciente, por ende este caso presenta como tema “Maltrato psicológico y su repercusión en la autoestima en una mujer de 28 años de la ciudad de Quevedo” que tiene como objetivo determinar el maltrato psicológico y su repercusión en la autoestima de la paciente, para esto fue necesario la implementación de técnicas para la recolección de la información además de ser necesario realizar la intervención psicológica tanto en la evaluación como en la elaboración del plan terapéutico, además que se pudo concluir con el cumplimiento del objetivo del estudio de caso

Palabras claves

Maltrato, autoestima, terapia, psicología, adulto





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



Abstract

Abuse can occur through different forms, physical, verbal, economic and psychological, the latter being the one that has the greatest impact on the person, influencing their belief system and establishing or making the victim believe that they are guilty or deserving of what happens to them, in this sense, psychological abuse directly affects the self-esteem of the person, therefore it is important to understand that beyond the physical repercussions or stressful situations, the emotional damage that is externalized must be considered through the revictimization that the patient denotes in the behavior, therefore this case presents as a theme "Psychological abuse and its repercussion on self-esteem in a 28-year-old woman from the city of Quevedo" whose objective is to determine the psychological abuse and its repercussion on the patient's self-esteem, for this it was necessary to implement techniques for the collection of information in addition to being necessary to carry out the psychological intervention both in the evaluation and in the elaboration of the therapeutic plan, in addition that it was possible to conclude with the fulfillment of the objective of the case study

Keywords

Abuse, self-esteem, therapy, psychology, adult



índice

INTRODUCCION.....	1
DESARROLLO.....	2
Justificación.....	2
Objetivo.....	2
SUSTENTO TEÓRICO.....	2
Técnicas aplicadas para la recolección de información.....	11
RESULTADOS OBTENIDOS.....	14
CONCLUSIONES.....	20
BIBLIOGRAFÍA.....	¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCION

El presente estudio de caso está orientado a la problemática del “Maltrato psicológico y su repercusión en la autoestima en una mujer de 28 años de la ciudad de Quevedo” por consiguiente este documento está incluido dentro de la línea investigativa de prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico, y la sub línea de investigación de psicoterapias individuales y/o grupales.

El maltrato psicológico es un conjunto de condiciones que conducen a la persona a un estado de baja autoestima persistente, que dependiendo del tiempo de contacto con al agresor y la intensidad de la agresión termina no solo en la destrucción de la personalidad, seguridad y capacidad de discernimiento de la persona frente a situaciones que requieran cierto grado de autocontrol, sino también de exponer a la persona de sufrir lesiones físicas, violación y posibles atentados de suicidio.

La terapia cognitivo conductual (TCC), es el tratamiento aplicado por profesionales de la salud mental donde se busca reemplazar pensamientos y conductas negativas, con líneas de pensamiento positivas para aumentar el grado de discernimiento y alejar el grado de distorsión de la realidad, el terapeuta ataca de manera constructiva interviniendo directamente los pensamientos distorsionados que infunden a la persona la pérdida de percepción, emoción y conducta.

La importancia del estudio del maltrato psicológico y cómo afecta en la autoestima en una mujer adulta joven y de qué manera repercute en su salud física y mental es la causa de un sin número de padecimientos que pueden servir como cimientos que ayuden a generar estrategias y contravenciones para evitar este tipo de maltrato en la población

Las problemáticas que constituyen un caso de abuso psicológico pueden darse en distintos ambientes como el familiar, laboral, romántico y social, la violencia psicológica debe ser analizada a profundidad para determinar el origen del abuso, en el presente caso se va a aplicar una metodología de carácter cualitativo en la cual se realizará una evaluación y tratamiento psicológico, a través de los cuales se detallarán por medio de introducción, justificación, técnicas aplicadas para la recolección de información, sustento teórico, objetivos, resultados obtenidos y conclusiones.

DESARROLLO

Justificación

El maltrato psicológico es un término que al encontrarse muy poco definido se lo puede englobar con: rechazo, aislamiento y constante abuso emocional el cual tiende a realizarse de manera silenciosa y poco notoria, llegando afectar más que el maltrato físico ya que en un tiempo prolongado repercute en la autoestima, causando problemas tales como: ansiedad, depresión e ideas suicidas.

Cabe reconocer que comúnmente este tipo de maltrato lo ejercen las personas que habitan el entorno de la víctima como lo son pareja familiares y amigos. La información expuesta es importante porque ayuda a observar un problema que la sociedad ignora y minimiza pese hacer un fenómeno que está inmerso en la salud pública, debido a los severos estragos que causa en la víctima.

La principal beneficiaria de la investigación es la paciente, también son receptores de forma directa las personas que se ven afectadas por el maltrato psicológico, además se muestran favorecidos el personal que trabaja en el área de salud ya que en casos relacionados podrán implementar técnicas de tratamiento psicoterapéutico establecidas en este estudio. Adicionalmente se obtienen las diferentes técnicas y test expuestos que aportan en la recolección de información.

Otro beneficio de este estudio es la utilidad de las técnicas con abordaje profesional que permite dotar de herramientas necesarias las cuales ayudaran en la mejoría de los síntomas en la psicopatología de la paciente. La investigación es trascendente porque brinda como aporte técnicas de terapia cognitiva conductual para tratar casos donde una de las causas de psicopatología en el maltrato psicológico. También porque evidencia lo que ocasiona en el bienestar emocional este tipo de maltrato.

El presente estudio de caso es factible ya que la paciente se mostró predispuesta y colaborativa, además existen diferentes investigaciones acerca de este problema que contribuyen a sustentar lo planteado y por último se contó con los recursos necesarios como tiempo, lugar y herramientas.

Objetivo

Identificar la repercusión del maltrato psicológico en la autoestima de una mujer de 28 años en la ciudad de Quevedo.

SUSTENTO TEÓRICO

Maltrato.

Se considera maltrato a toda omisión negligente y de carácter intencionada, que atenta contra los derechos de las personas y de su bienestar físico, emocional y social que ocasiona malestar e interfiere con el desarrollo de sus actividades debido a las consecuencias que suscita u ocasiona, y pueden darse en diferentes ámbitos de la vida de la persona violentada tanto familiar, como laboral y social (amigos, pareja) y es indiferente de la edad o género cualquier tipo de persona puede sufrir maltrato (Gamboa & Medina, 2021).

La American Medical Association (1987) determinó al maltrato como la acción o acto que tiene un efecto perjudicial que ocasiona daño y como consecuencia compromete el bienestar físico y mental de la persona afectada. El maltrato tiene diferentes grados en los que podemos ver que por su gravedad se podría determinar como un abuso de carácter penal cuando incluso llega al grado físico y la agresión como tal puede generar diversos estados de psiquis en el afectado que van desde depresión hasta presentar rasgos de autolesión como huellas de maltrato físico grave hechas directamente por el atacante o agresor (Arellano et al., 2012).

Tipos de maltrato.

Podemos clasificar principalmente al maltrato en: físico y psicológico.

Maltrato físico:

Se caracteriza por actos de agresión que producen dolor, daño y a veces hasta enfermedad. Los ejemplos más claros de abuso físico serían: los empujones, golpes, bofetadas, pellizcos, forzar e imposición de fuerza para obligar o someter a la persona a sujeciones mecánicas en contra de su voluntad y el acto sexual no consentido o violación, si la víctima de abuso se encuentra frecuentemente expuesta a este tipo de abuso podría incluso peligrar su vida, por ello es la intervención temprana es necesaria (Arellano et al., 2012).

Los indicadores más comunes que demuestran un maltrato físico evidente en la persona van desde lesiones en el dorso, manos, espalda glúteos y orejas, por otro lado, el tipo de lesiones pueden ser: quemaduras, hematomas, fracturas de huesos, y en consecuencia pueden derivar en conductas autolimitantes como dificultad del habla por el shock, rendimiento académico muy bajo repentino, hiperactividad, aislamiento, respuestas agresivas, descuido de la imagen personal, ira reprimida, intentos de suicidio, entre otras, (Cabrera, 2015).

Maltrato psicológico.

No existe una simple definición de abuso psicológico, de manera general los investigadores lo han definido como la destrucción sistémica del autoestima de una persona y su sentido de seguridad, minando en sus relaciones interpersonales a menudo incurriendo en problemas de poder y control en manos del agresor que provoca sensación de abandono humillación y utiliza tácticas agresivas además de conductas verbales que provocan alteraciones al estado mental perturbando la calma de la víctima (Doherty & Berglund, 2009).

Maltrato psicológico, maltrato emocional, abuso emocional o psicológico y violencia psicológica son términos comúnmente utilizados para referirse a la forma de maltrato más negativa, destructiva y esquiva. Es difícil de identificar este tipo de maltrato generado por frustración social o económica de las personas adultas, incide en el comportamiento e interviene en la interacción con personas de su entorno, deteriora la autoestima, y si no es atendida de manera temprana se arraiga profundamente en un grado que vulnera la personalidad del pareciente (Yumbla, 2013).

Una de las formas más asiduas es el maltrato emocional, es un daño de carácter psíquico que aumenta los niveles de tolerancia, estrés y sufrimiento debido al miedo a ser juzgado y rechazado socialmente (familia, academia, trabajo) dejando una cicatriz psicológica interna en el comportamiento de la persona derivando en conductas de autoestima que atenta contra la integridad de la propia personalidad y distorsionando la percepción de valores éticos llevando a una persona a cometer actos por desesperación para hallar un mínimo de tranquilidad y satisfacción y en casos más graves suprimiendo la capacidad de tomar decisiones propias llevando a la persona a un estado de manipulación extrema (Lucas et al., 2020).

Los indicadores del maltrato psicológico pueden llegar a ser: enfermedades de carácter psicosomático, inestabilidad emocional, ansiedad, culpabilidad, baja autoestima, conducta agresiva, dificultad para dormir, desórdenes alimenticios (Cabrera, 2015).

Causas del maltrato psicológico.

Es demasiado común encontrar abuso y violencia psicológica en núcleos familiares y en ambientes laborales e incluso es muy normal hallarlos en relaciones personas de amistad y amor. La educación, ética y formación son factores para considerar en primer lugar, pero también podemos hablar de cómo surge la violencia psicológica cuando el agresor carece de sentido actitudinal y ejerce maltrato y degradación sobre otra persona (Terapify, 2019).

La carencia del sentido de culpabilidad, poco sentido de respeto y la incapacidad de reconocer el espacio personal ajeno estimulan y agrandan estas conductas violentas, entonces se infiere que es la carencia de autogestión en cuanto a problemas emocionales propios del agresor que le impiden desarrollarse normalmente y en cambio generar violencia. Tanto la víctima como el victimario están sujetos a evaluación y tratamiento para la violencia psicológica (Terapify, 2019).

Entre otros factores a considerar también encontramos:

- Alcoholismo
- Desconocimiento
- Nivel de formación muy bajo
- Incapacidad de controlar impulsos
- Carencia de comprensión y tolerancia
- Drogadicción

Maltrato psicológico en la pareja.

La violencia de pareja no es algo relativamente nuevo, desde la antigüedad dentro de la historia social humana ha existido conocimiento de este tipo de maltratos, la diferencia hoy en día radica en que, estas conductas que antes eran normalizadas e inevitables ahora son consideradas violencia, ya que la desigualdad y el sistema jerarquizado no solamente inciden en las familias, sino que se originan dentro de ellas. La OMS lo define como comportamiento por pareja o expareja que propicia algún tipo de daño sea de índole física, sexual o psicológica es de origen multicausal y si bien en su mayoría estudios son orientados al varón como violentador, no es ni de cerca la totalidad de casos por lo que no puede clasificarse como violencia de género explícitamente sino como violencia de pareja (Ocampo, 2015).

El maltrato psicológico de pareja es un tipo de agresión que en ocasiones es imperceptible incluso la víctima puede no llegar a ser conscientes de las agresiones cuando estas alcanzan una envergadura mayor o si se presenta violencia física y entonces empiezan a tener carácter penal, de hecho existe una estimación tomando en cuenta la cantidad de denuncias de casos de violencia que ha llegado a ser registradas solamente es una pequeña parte del total y se lo llama “el iceberg de la violencia familiar” (Ocampo, 2015).

Según (Ocampo, 2015). La desvalorización, ridiculización pública y social, presión, manipulación, control total de sus acciones y tiempos, amenazas, mentiras, familiares que secundan y apoyan este tipo de conductas, apoderamiento de bienes (casa, carro, joyas, etc.) y poca colaboración económica dentro del hogar son algunas de las causas que forman este tipo de violencia psicológica. Las víctimas de este tipo de agresiones suelen presentar pérdidas de interés por actividades significativas, aquellas cosas que antes eran agradables y disfrutables ahora son agentes de irritación, aburrimiento, desinterés y enojo. La víctima conductualmente presenta una tendencia al aislamiento, se convierte en una persona retraída y levanta paredes emocionales defensivas para bloquear el contacto social.

Conducta de los maltratadores.

Se han identificado determinados patrones conductuales en el maltrato interpersonal, físico y emocional, por parte de los maltratantes y se pueden clasificar en formas graves de maltrato hacia otra persona como:

Descalificación.

Es una conducta en donde la autoestima de la persona que es agredida se ve comprometida a través de herramientas verbales que lo hacen sentir inferior, los insultos o mofas, la ridiculización social y en online a través de fotos humillantes no consentidas por la víctima son factores encontrados en la conducta de los agresores de este tipo. Entre las principales conductas de descalificación están los incumplimientos, críticas personales, ofensas, degradación, desacreditación, peticiones imposibles de realizar, patologizar (Beyebach, 2007).

Dominio.

La privación de la libertad o de la capacidad de movimiento de la víctima físicamente o crear falsos rumores y hablar mal limitando su círculo social transmitiendo un mensaje de pertenencia por parte del agresor son muy comunes en parejas y exparejas y entran en categorías de violencia doméstica, y hasta laboral cuando el victimario controla su acceso al teléfono es considerado un acoso laboral. Entre las conductas de dominación se encuentran, el acecho, acoso y vigilancia, impedir el uso de la palabra, amenazas y extorsiones, aislamiento, acoso sexual, control económico (Beyebach, 2007).

Desconfirmación.

Es la forma más discreta de maltrato es muy encontrarla en conductas de omisión donde el agresor comunica un mensaje “no existe” a la persona maltratada, que lo desconcierta y provoca sentimiento de soledad, vacío y de abandono. Esto genera cuadros de depresión y tristeza en la víctima. Las conductas de Desconfirmación son ignorar a la víctima, ningunear, cosificar y tratar de objeto (Beyebach, 2007).

Consecuencias del maltrato psicológico.

El abuso emocional es la causa no solo de problemas psicológicos, deriva también en consecuencias de carácter físico y enfermedades, como fuertes dolores de cabeza (migraña), espalda y del estómago. Cuando el abuso psicológico es prolongado el afectado llega a presentar cuadros de ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático y también dificultad para relacionarse socialmente. Por desgracia el iniciar un ciclo de abuso puede terminar en un potencial abusador, muchas de las personas abusadas se convierten en agresores en tantos diferentes grados que van desde lo escolar hasta lo pena y delictivo (Stark, 2015).

Tratamiento y prevención.

Sin ningún tipo de mediación o control sobre el abuso al prolongarse demasiado la frecuencia y la gravedad aumentan peligrosamente, entonces el tratamiento dependerá de la dinámica y la gravedad del abuso. El resultado de un maltrato dentro de un núcleo familiar es controlable de manera temprana accediendo a servicios de centros comunitarios, visitas domiciliarias y de trabajadores sociales para prevenir el abuso en familias de alto riesgo (Stark, 2015).

Las personas de alto riesgo que padecen enfermedades mentales tienen problemas con diversas sustancias adictivas o sufre de discapacidades físicas pueden beneficiarse también de los servicios sociales que ofrecen los gobiernos locales y de las intervenciones de profesionales capacitados para tratar la salud mental. Lo idóneo es aislar a la víctima lejos del ambiente en el que se encuentra y del agresor hasta garantizar con certeza su seguridad y bienestar. Este abandono del ambiente de estrés y abuso es importante si existe algún indicio de violencia de tipo físico y está aumentando su gravedad. Lo más aconsejable es proporcionar canales de discusión y soluciones que disminuyan y eliminen los ciclos de violencias sea del origen que sea (Stark, 2015).

Autoestima.

Es la autoevaluación que determina el grado positivo o negativo de nuestra propia personalidad, estado mental y físico. Es la predisposición en la cual determinas la aptitud propia para satisfacer las necesidades individuales, sociales, y sentirse competente para atravesar todos los desafíos personales, académicos, laborales y de pareja hasta encontrar la felicidad (Pérez, 2019).

La autoestima se define por dos aspectos importantes:

- El sentido de eficacia personal denominado también “autoeficacia”: es la confianza de la mente que nos permite discernir, elegir y juzgar en distintas situaciones.
- La confianza en poder entender las situaciones que se suscitan dentro de un campo de interés y las necesidades que provienen de la capacidad de conocerse a uno mismo (Pérez, 2019).

La autoestima podemos definirlo como la predisposición para analizarte y experimentarse como persona frente a retos de la vida, en consecuencia, generar y desarrollar la confianza dentro de todos estos campos que ocurren en el transcurso de esta. General auto dignidad y crecimiento personal por mérito propio “valor propio”, es uno de los objetivos que le darían sentido a la existencia y al derecho de ser feliz. Desarrollar en consecuencia una personalidad y una actitud asertiva, cómoda de fácil expresión sin dudas al momento de expresar ideas, deseos, y necesidades, sintiendo que la alegría es un derecho natural (Pérez, 2019).

Por otro lado, también se lo considera como la capacidad de sentirse digno de éxito, de auto percibirse como una persona apta para alcanzar ese grado de éxito merecido, respeto, amistad, amor. Ser autoeficaz y la dignidad son en esencia características muy relevantes en la construcción de la autoestima la carencia de cualquiera de estos dos factores la deconstruye y la deteriora, en caso más grave la suprime (Pérez, 2019).

Importancia de la autoestima.

Su importancia radica en la necesidad vital para todo ser humano, que contribuye en la construcción propia de su esencia y representan un papel fundamental en la toma de decisiones y elecciones que le dan forma, es decir todas las decisiones importantes tomadas en ella son influidas por la calidad de la autoestima que tiene el ser humano. Por ello es importante para un normal y saludable desarrollo además de ser considerado como un logro individual que es el resultado de un esfuerzo perseverante de construcción personal interna (Pérez, 2019).

La autoestima no solamente se trata de una necesidad psicológica para el desarrollo de la persona, también es una necesidad económica si lo traducimos al ámbito laboral en un mundo cambiante en el que hay que evolucionar constantemente y adaptarse a la competencia, y los nuevos desafíos, en resumen, el ser humano no puede desarrollarse plenamente sin una sana autoestima (Pérez, 2019).

Baja autoestima.

Se lo define como la poca facilidad de la persona para auto percibirse valiosa dentro de su mente, y por ende tener derecho a ser amado es algo que no entra en su diccionario sentimental y psicológico. Las personas que tienen baja autoestima siempre están en busca de la aprobación y el reconocimiento de otras personas a veces sin tener la noción de que lo hacen, no tienen la libertad de expresar lo que piensan y eso dificulta sus relaciones personales y laborales, a veces hasta perdiendo la capacidad de decir “no” a opiniones, pensamientos y peticiones ajenas sin llegar a sentirse mal por ello (Pérez, 2019).

Consecuencia de la baja autoestima

Las consecuencias más comunes desarrolladas por la víctima van desde angustia, dolor, indecisión, vergüenza entre otros. Una persona en este estado mental se autoevalúa sin valor, y comienza a compararse continuamente con otros, acentuando las virtudes ajenas y los defectos propios haciéndose ver así mismo como inferior (Pérez, 2019).

La persona con baja autoestima se ve incapaz a si mismo de conseguir cualquier meta que se proponga. Llegando además a perjudicar su propia salud produciendo:

Insomnio: El sentimiento de insatisfacción continua, la desvalorización como persona, la creencia de ser incompetentes es una fuente peligrosa de problemas para dormir.

Hipertensión: Dentro de las causas que provocan la hipertensión están la obesidad, el sedentarismo y el estrés emocional, estas provocan y se suman a una baja autoestima, la persona descuida totalmente su aspecto y salud, reduciendo sus actividades al mínimo y su salud se ve comprometida (Pérez, 2019).

Repercusión del maltrato en la autoestima.

Otras causas como el sexismo, y el sometimiento a contra de la voluntad son algunos de los síntomas del maltrato y la violencia que cuando van de la mano con la desvalorización producen consecuencias negativas en la personalidad de la víctima generando baja autoestima, y producen secuelas psicológicas cuando los malos tratos físicos y emocionales son prolongados

y se dan de manera crónica, ocasionan una fuerte huella de soledad y angustia, llegando a sentir miedo intenso, importancia y desesperación. El solo hecho de pensar en el maltratador y recordar los hechos de violencia que este ocasionó generan una sombra de miedo que se va haciendo más grande y fuerte con el tiempo mientras tú mismo disminuyes la propia autoestima en consecuencia, el ser. La confusión y los recuerdos intrusivos, no poder generar defensas, sentir culpa, y nula confianza en sí mismo con la autoestima lastimada resulta en problemas de concentración y memoria, además de aislamiento social en una situación traumática (Psicoafirma, 2020).

Algunas de las consecuencias que aparecen pueden ser:

- Actitud y desconfianza con todos,
- aislamiento social,
- Sentimientos de vacío,
- Sentimiento de amenaza,
- autopercepción distorsionada y fuera de la realidad.

Terapia Cognitivo Conductual.

Este tipo de tratamiento es una psicoterapia de carácter verbal común, en la que el profesional en este caso psicoterapeuta implementa una serie de sesiones limitadas bien estructuradas. En la terapia cognitivo conductual se trata de interactuar con la conciencia tratando de aumentarla siguiendo patrones del pensamiento y orientando a responder constructivamente con la finalidad de lograr una visión más amplia y clara frente a situaciones exigente y desafiantes, para actuar en consecuencia de manera asertiva. Este objetivo se logra a través de la identificación, tratamiento de los pensamientos de tipo negativo o distorsionadores (Mayo Clinic, 2021).

La terapia está encaminada a orientar al paciente a tratar sus pensamientos pasivo negativos, hace analogía entre cognición, emoción y conducta, reconociendo e identificado evidencias de cogniciones distorsionadas, reemplazando pensamientos irracionales por pensamientos positivos y de carácter favorable para el estado anímico, lograr interceptar creencias no realistas y diluyéndolas (Mendoza, 2020).

Postura Psicológica

La baja autoestima de personas que han sufrido maltrato psicológico es un problema de carácter mundial muy poco estudiado. Esta problemática es trata desde la perspectiva

psicológica donde la recuperación y la normalidad son conductas a las que estas personas pueden volver a recuperar la personalidad y el autocontrol, así como también la capacidad de decisión propia.

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Con la finalidad de organizar y estructurar los resultados, fue necesaria la aplicación de técnicas e instrumentos de intervención psicológica en el ámbito clínico, las cuales se utilizaron fueron; observación clínica, entrevistas estructuradas, Historia clínica, revisión bibliográfica, aplicación de pruebas psicométricas como: Escala de Depresión de Beck (BDI II), Escala de Ansiedad de Beck (BAI) y Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE).

Observación clínica

La observación clínica es un recurso o método muy utilizado en todo tipo de investigaciones, por medio de observar la conducta del paciente se realiza una correlación con los conocimientos de psicopatología con los que cuenta el profesional de salud mental, para identificar y registrar, signo y síntomas del paciente, con el objetivo de poder elaborar la hipótesis clínica. Se observó el comportamiento de la paciente durante la sesión, prestando atención a su lenguaje corporal, sus expresiones faciales, su tono de voz y su postura. Esto ayudó a identificar signos de ansiedad, depresión, baja autoestima y otros problemas emocionales que pueden ser el resultado del maltrato psicológico.

Entrevista estructurada

Las entrevistas son reuniones con el o los investigados, en este caso el paciente, en el cual por medio de conversaciones se recolecta información sobre la problemática estudiada, hay que tener en consideración que las entrevistas pueden ser estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas.

En el presente caso se utilizaron entrevistas estructuradas ya que, en la etapa de evaluación se utilizaron instrumentos de que direccionaban la entrevista y en el proceso psicoterapéutico, se empleaba un cronograma con las actividades fijas que se iban a tratar en el día. Se realizaron preguntas específicas sobre la historia de maltrato psicológico de la paciente, incluyendo cuándo y cómo comenzó, quién fue el agresor, y qué tipo de comportamiento abusivo experimentó.

Historia clínica

La historia clínica es un instrumento fundamental para el contexto hospitalario, esta registra información relevante con respecto a la historia psicopatológica, antecedentes familiares, historia personal, historia médica, legal, académica, exploración del examen mental, matriz del cuadro de síntomas y plan terapéutico. (anexo 1) Fue utilizada para registrar información sobre cualquier problema emocional o mental que la paciente haya experimentado en el pasado o en el presente, incluyendo trastornos de ansiedad, depresión, trastornos alimentarios y otros problemas psicológicos. También podría incluir detalles sobre cualquier tratamiento psicológico que haya recibido anteriormente y cómo ha respondido a él.

Revisión Bibliográfica

La revisión bibliográfica es una técnica de recolección de información que tiene como objetivo, recoger información en los libros, artículos de revistas científicas, o cualquier literatura con evidencia científica que esté relacionada con el tema que se está investigando con la finalidad de poder relacionarlo.

Pruebas psicométricas

Las pruebas psicométricas son instrumentos que permiten evaluar determinados aspectos del pensamiento, conducta y emoción de las personas que acuden a la evaluación, esta puede o no presentar una patología, esos indicadores los establecerá el test que se aplique acorde a la necesidad del paciente. En la siguiente tabla se puede observar las pruebas que se aplicaron. (anexo 2)

Tabla 1

Pruebas psicométricas

Nombre	Autor	Año	Objetivo	Población	Método de aplicación
	Aaron T.				
Escala de Depresión de Beck (BDI II)	Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown	2011	Medir la severidad de síntomas depresivos	De 13 años en adelante	Heteroaplicada
Escala de Ansiedad	Aaron T. Beck,	1988	Verificar la existencia	13 años en adelante	Heteroaplicada

de Beck (BAI)	Robert A. Steer, Gary Brown, Norman Epstein		de sintomas de ansiedad en el paciente, ademas de su severidad.		
Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE).	Rosenberg, Atienza, Balaguer y Moreno	2000	Mide autoestima en tan solo una dimension, baja o alta	Adolescentes y adultos	Autoaplicada

Nota. Elaborado por la autora.

RESULTADOS OBTENIDOS

Sesiones

Paciente de sexo femenino de 28 años, unida, con estudios básicos, es ama de casa y vive en Quevedo, asiste a consulta sola, bajo la demanda de continuar con el tratamiento psicológico.

Para la recolección necesaria para elaborar un diagnóstico y plan terapéutico fue necesario realizar 6 sesiones de las cuales 2 se utilizaron para evaluación, cabe mencionar que en la segunda sesión se emplea una técnica terapéutica, pero netamente esa sesión tenía como objetivo evaluar y otras cuatro sesiones que se emplearon para aplicar el plan terapéutico, además todas las sesiones se llevaron durante 45min en cada día dentro del horario de 9am.

Primera sesión se lleva a cabo el día 13 de septiembre del 2022, fue dirigida a la paciente, se da inicio realizando el encuadre sobre la metodología de la intervención, la paciente brinda su consentimiento para la intervención, da inicio solicitando el motivo de consulta seguido de la historia psicopatológica, luego se registran sus antecedentes familiares, personales y sociales, durante esta sesión se realizó la exploración del estado mental de la paciente y se finaliza la sesión comentándole a la paciente que en la siguiente sesión se le aplicaran tres reactivos psicológicos que servirán para la evaluación.

Segunda sesión se lleva a cabo el día 28 de septiembre del 2022, en esta sesión se nota a la paciente que se encontraba agitada y preocupada, esta manifestó que había tenido una pelea con su pareja y esta le había dicho “eres una enferma”, con la finalidad de disminuir los niveles de ansiedad se aplicó la técnica de relajación progresiva de Jacobson, una vez que el paciente se estabiliza emocionalmente, se procede a aplicar los reactivos en el siguiente orden, primero BDI, segundo el BAI y tercero el RSE, al finalizar la sesión se le comenta a la paciente que en la siguiente cita se trabajaran actividades terapéuticas.

Tercera sesión se lleva a cabo el día 6 de octubre del 2022, durante esta sesión se da inicio realizando el encuadre correspondiente, socializando sobre la terapia cognitiva conductual, el diagnóstico de la paciente y las problemáticas a trabajar mediante el plan terapéutico. En la presente sesión se trabajó la ideación suicida por medio de la técnica de descubrimiento guiado, debatiendo mediante las técnicas las consecuencias que traería la idea de morir para ella y sus seres queridos al terminar la actividad, para finalizar se le solicita que realice un resumen de lo aprendido en el día, se da por finalizada la sesión.

Cuarta sesión se lleva a cabo el día 13 de octubre del 2022, durante esta sesión se realiza la evolución del estado de ánimo del paciente, luego se le pide que realice una retroalimentación de la sesión pasada y luego se le plantea la temática del día la cual son las ideas obsesivas de la paciente, para ello se emplea la técnica de registro de pensamiento con la finalidad que la paciente logre describir que pensamientos surgen ante un acontecimiento o recuerdo estresante, que siente y como esta se comporta, y mediante eso ayudarle a encontrar otras alternativas de respuestas, para finalizar se le solicita que realice un resumen de lo aprendido en el día.

Quinta sesión se lleva a cabo el día 20 de octubre del 2022, durante esta sesión se realiza la evolución del estado de ánimo del paciente, luego se le pide que realice una retroalimentación de la sesión pasada y luego se le plantea la temática del día era su comportamiento en relación de aislarse de otras personas o evitar el contacto, para esto se utiliza la técnica de programación de actividades, en la cual se establece en acuerdo con la paciente salir por las noches a realizar baile terapia con la finalidad que esta pueda interactuar con otras personas y los días que no vaya a salir en la noche salga a trotar, para finalizar se le solicita que realice un resumen de lo aprendido en el día, además se le comenta que por factores de tiempo la siguiente sesión será la última.

Sexta sesión se lleva a cabo el día 27 de octubre del 2022, durante esta sesión se realiza la evolución del estado de ánimo del paciente, luego se le pide que realice una retroalimentación de la sesión pasada y luego se le plantea la temática del día trabajar los sentimientos de culpa de la paciente, por medio de la técnica de inducción a la autocompasión para que esta logre poder perdonarse, por las situaciones correctas con respecto a su responsabilidad, , para finalizar se le solicita que realice un resumen de lo aprendido en el día y se agradece y despide de la paciente, quien en cada una de las sesiones siempre mostro predisposición.

Situaciones detectadas (Hallazgos)

Paciente de sexo femenino de 28 años, acude a consulta para continuar tratamiento psicológico. Paciente refiere “me siento mal, quiero hacerme daño, quiero matarme, no sé qué hacer con mi vida, mi abuela falleció hace un mes, y ahora mi vida es difícil, mi pareja no pasa en casa, tengo que cuidar a mis dos hijos y a mi tío con discapacidad siento que no puedo con nada”. La paciente sostuvo tratamiento psiquiátrico y psicológico, pero luego decidió abandonar el tratamiento.

Paciente refiere “no volví a terapia porque mi marido me dice que estoy enferma y no serlo, decidí dejar el tratamiento, me siento muy feo, no me apoya en nada, nunca está en casa, llega de noche por su trabajo, yo tengo que hacer todo a veces, simplemente no puedo y empieza a llorar”. Paciente refiere “hace 8 años mi marido me fue infiel con mi hermana y consecuencia de eso mi hermana salió embarazada y él bebe tiene 7 años, eso es algo que nunca podre perdonar”

Paciente “cuando llega mi esposo este se convierte en un ambiente tenso que mis hijos y yo pasamos”. Al momento de la consulta se observa a la paciente ansiosa, voz temblorosa, tono de voz bajo y entre cortada, su respiración agitada, llanto fácil. Con respecto a los antecedentes familiares.

La paciente proviene de una familia aglutinada, sin límites ni reglas, durante su infancia fue abandonada por su madre, y fue a vivir con su abuela materna, a partir de los 14 años decide irse a vivir sola, en la actualidad la paciente convive con su pareja, trabaja como agricultor, solo en las noches pasa en casa, sus dos hijos y su tío que presenta una discapacidad física, en el historial matrimonial se observa separaciones reparadas, e infidelidad de parte de su pareja, la pareja de la paciente la engaño con su hermana y esta salió embarazada, esto sucedió hace 8 años, paciente refiere que nunca olvidara eso, en la dinámica familiar se observan violencia física, verbal y psicológica.

Con respecto la historia personal, presenta embarazo durante 9 meses, parto normal, lactancia hasta el primer año, marcha al primer año, lenguaje al primer año, control de esfínteres entre los 2 a 3 años, funciones de autonomía a los 5 años, no se refieren presencia de enfermedades ni alteraciones. refiere que solo realizo estudios básicos, no contaba con el apoyo socioeconómico para estudiar.

Con respecto a su exploración en el estado mental, se observa descuido en el aspecto personal, despeinada, vestimenta acorde a su sexo, su lenguaje corporal y verbal expresaban ansiedad, etnia mestiza, estatura promedio, de contextura delgada, sin alteración orientación, atención, memoria, inteligencia, lenguaje, psicomotricidad, sensopercepción, presenta alteración en el control del pensamiento (ideas obsesivas), presenta estado emocional de ansiedad y depresión, la paciente refiere que fue abusada sexualmente a los 9 años hasta los 12 años. Según las pruebas psicométricas

- el protocolo de interpretación del BDI refiere que el paciente presenta depresión leve
- el protocolo de interpretación del BAI refiere que el paciente presenta ansiedad baja
- el protocolo de interpretación del RSE refiere que el paciente presenta autoestima baja

Referente a los síntomas se determina que el diagnóstico de la paciente es, F41. trastorno mixto ansioso-depresivo.

Tabla 2

Matriz del cuadro psicopatológico

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo:	Idea obsesiva, baja autoestima, sopor, ideación suicida	
Afectivo:	Tensión, ánimo depresivo, sentimientos de minusvalía, miedo, sentimientos de culpa, ansiedad, revictimización, sensación de abandono	F41.2 trastorno mixto ansioso-depresivo.
Conducta social – escolar	Aislamiento, irritabilidad.	
Somática	Fatiga, taquicardia, cefalea, sudoración, dificultad para respirar, insomnio.	

Nota. Elaborado a partir de los síntomas del paciente

*Soluciones planteadas***Tabla 3***Plan terapéutico para trastorno depresivo*

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Resultados Obtenidos
Ideación suicida	Que la paciente sea consciente del impacto que puede tener su muerte sus familiares, y seres queridos, además que logre explorar otras alternativas más adaptativas a su situación.	Descubrimiento guiado	Tercera sesión	Al final de la intervención se observa en la paciente una disminución de la aparición de pensamientos entorno a la muerte, y los que aparecen no los toma en consideración ya que determina que no brindan un resultado beneficioso para ella y sus seres amados
Ideas obsesivas	Que la paciente identifique sus ideas obsesivas o rumiantes, que evidencie si son acorde a la realidad, o justifican su comportamiento y emoción	Registro de pensamientos distorsionados	Cuarta sesión	Hasta el final de la intervención la paciente logra identificar situaciones, pensamientos, emociones y alternativas con respecto a sus ideas obsesivas.

Dificultad para respirar, ansiedad, tensión, taquicardia.	Que regule los estados de agitación o cuadro ansiosos que tiene la paciente con respecto a su expresión emocional	Técnica de relajación progresiva de Jacobson	segunda sesión	Se muestra que los niveles de ansiedad disminuyen cuando aplica la técnica
Sentimientos de culpa	Se desea lograr que la paciente, atribuya correctamente sus responsabilidades con respecto a sus experiencias de vida que le generan culpa y auto crítica y que esta se logre perdonar	Inducción a la autocompasión	Sexta sesión	Se observa que la paciente aun le cuesta perdonarse con respecto a su comportamiento con sus hijos, pero en relación con las experiencias traumáticas, ella entiende que no es culpable y no debe recriminarse
Aislamiento	Que realice actividades a parte de estar en casa que la involucren en el contexto social.	Programación de actividades	Quinta sesión	La paciente acude la gran parte de los días a bailo terapia, por la noche y los días que no asiste sale a trotar al parque.

Nota. Elaborado por autoría propia.

CONCLUSIONES

En conclusión, en el caso investigado existe congruencia con respecto al aporte teórico del mismo, ya que todo acto o acción que tenga un efecto perjudicial o daño se considera maltrato, lo cual se observaba en la historia de vida de la paciente donde su pareja la agredió física y psicológicamente, genera afectación en su estado mental, volviéndola errática, generando crisis de ansiedad, y de depresión

Una característica notoria en la pareja de la paciente era la falta o carencia del sentido de la culpabilidad, lo cual es una de las causas principales del maltrato en el hogar, ya que al este carecer de empatía en ningún momento de la agresión es consciente del daño que está ocasionando, y esto era observable, porque expuso conductas de odio al enterarse que la paciente inicio nuevamente tratamiento psicológico.

Cabe aclarar que el maltrato no solo se presenta mediante agresión física, sino también mediante conductas de odio como mencionaba Ocampo (2015), conductas de ridiculización, manipulación, desvalorización son expresiones de maltrato que tienen como finalidad de nulificar o disminuir la valía de la víctima para que esta se muestre dependiente al agresor, pero en el presente caso no se muestra de esa manera ya que lo que ocasiono en la paciente es que se sienta hostigada y repudie a su pareja.

La paciente presenta una creencia bastante acentuada con respecto a sus capacidades que determina su valor propio o autoestima, si ven se sabe que la autoestima es la capacidad del ser humano de sentir valioso, la paciente presentaba baja autoestima por ende, los conflictos de la vida generaban malestar y sufrimiento en ella ya que no se sentía capaz de poder afrontarlos, más bien sentía que experimentaría consecuencias exageradas, ya que de alguna manera sentía que era merecedora de dichas consecuencias.

Las consecuencias que se mencionan en el sustento teórico que son vergüenza, indecisión, dolor, incapacidad de cumplir metas, problemas para dormir e hipertensión fueron observables en el cuadro de síntomas de la paciente por ende es factible determinar que fue congruente su conducta con respecto a la evidencia científica.

Mediante la realización del presente estudio de caso se logró generarle mejoría a la paciente del estudio, por medio de la implementación de recursos o instrumentos de evaluación para determinar su diagnóstico clínico, trastorno mixto ansioso-depresivo, ya que estos no

cumplen con los criterios suficientes para determinar que presente algún trastorno depresivo mayor y ansiedad por separado.

A partir de esta conclusión diagnóstica se elaboró el plan terapéutico que fue constituido a partir del enfoque cognitivo conductual de Aaron T. Beck. Se implementaron técnicas de reestructuración cognitiva como descubrimiento guiado, registro de pensamientos, técnicas conductuales como registro de actividades y técnicas emocionales como inducción a la autocompasión, además de técnicas de respiración con la de relajación de Jacobson, esta planificación resultó favorable para la evolución diagnóstica de la paciente.

Además, se logró cumplir con el objetivo de determinar el maltrato psicológico y su repercusión en la autoestima en una mujer de 28 años de la ciudad de Quevedo, ya que esta no solo ocasionaba daños a nivel físico, sino también a nivel de salud mental, por ende, se puede definir que es una realidad que la violencia también puede generar trastornos mentales.

En mi sentir al momento de realizar la presente intervención, puedo definir que sentí isomorfismo con respecto a la paciente, más que nada como mujer e hija, pude empatizar con sus emociones de tristeza y frustración, pero además tuve la satisfacción de vivir la experiencia de mejoría y avance que se tuvo durante las sesiones, considero que es una experiencia que me va a ayudar a ser una grandiosa profesional de salud mental.

RECOMENDACIÓN

Como recomendación para futuras investigaciones relacionadas con este tema, sería importante indagar sobre la repercusión en la salud mental, ante un diagnóstico y tratamiento equivoco con fármacos antipsicóticos en pacientes o víctimas de abuso y violencia en cualquier dimensión de sus espectros

BIBLIOGRAFÍA

Arellano, M., Garreta, M., & Cervera, A. (2012). *Negligencia, Abuso y Maltrato*.

Beyebach, M. (2007). Hacia una Tipología Comunicacional del Maltrato Interpersonal y su repercusión *Dialnet*.

Cabrera, C. (2015). *Maltrato Infantil Intrafamiliar en Niños de Educación General Básica*. Universidad de Cuenca.

Doherty, D., & Berglund, Dorothy. (2009). *Psychological abuse : a discussion paper*. National Clearinghouse on Family Violence.

Gamboa, J., & Medina, N. (2021). *Maltrato Infantil*. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo.

Lucas, A., Luque, K., Lucas, M. de los Á., & Zambrano, A. (2020). El Maltrato Emocional en el Rendimiento Académico de los educandos. *Dialnet - Dominio de Las Ciencias*.

Mayo Clinic. (2021, June 29). *Terapia cognitivo conductual*.

Mendoza, I. (2020). *Terapia Cognitivo Conductual: Actualidad, Tecnología*. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Ocampo, L. (2015). Self-esteem and adaptation victims of psychological abuse by partner. *Psicología Desde El Caribe*, 32(1), 145–168. <https://doi.org/10.14482/psdc.32.1.5204>

Pérez, H. (2019). Autoestima, teorías y su relación con el éxito personal. *Alternativas En Psicología*, 41.

Psicoafirma. (2020). *Las consecuencias del maltrato en la autoestima*.

Stark, S. (2015). Emotional Abuse. In *Psychology and Behavioral Health* (4th ed., Vol. 1, pp. 647–650).

Terapify. (2019). *Violencia psicológica: síntomas, causas y tratamiento*.

Yumbra, M. (2013). Maltrato Psicológico en Adolescentes de 13 a 15 Años y su Incidencia en la Autoestima, del Colegio “Franco Canadiense de Guayaquil.” In 2013. Universidad de Guayaquil.

ANEXOS
ANEXO A
HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____

Fecha: 13/ 09/2022

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: S.F. Edad: 28

Lugar y fecha de nacimiento:

Género: F Estado civil: Unión Libre Religión:

Instrucción: básicos

Ocupación: Ama de casa

Dirección: Quevedo Teléfono: -----

Remitente: acude sola a consulta

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta para continuar tratamiento psicológico.

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

Paciente refiere “me siento mal, quiero hacerme daño, quiero matarme, no sé qué hacer con mi vida, mi abuela falleció hace un mes, y ahora mi vida es difícil, mi pareja no pasa en casa, tengo que cuidar a mis dos hijos y a mi tío con discapacidad siento que no puedo con nada”. La paciente sostuvo tratamiento psiquiátrico y psicológico, pero luego decidió abandonar el tratamiento.

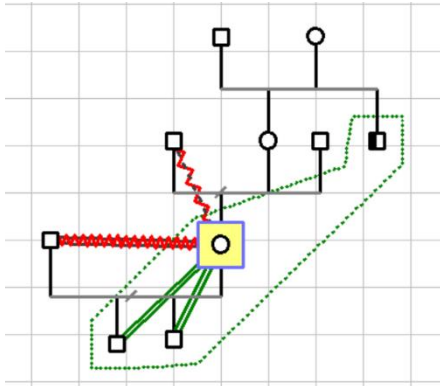
Paciente refiere “no volví a terapia porque mi marido me dice que estoy enferma y no serlo, decidí dejar el tratamiento, me siento muy feo, no me apoya en nada, nunca esta en casa, llega de noche por su trabajo, yo tengo que hacer todo a veces, simplemente no puedo y empieza a llorar”

Paciente refiere “hace 8 años mi marido me fue infiel con mi hermana y consecuencia de eso mi hermana salió embarazada y el bebe tiene 7 años, eso es algo que nunca podre perdonar”

Paciente “cuando llega mi esposo este se convierte en un ambiente tenso que mis hijos y yo pasamos”. Al momento de la consulta se observa a la paciente ansiosa, voz temblorosa, tono de voz bajo y entre cortada, su respiración agitada, llanto fácil.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).



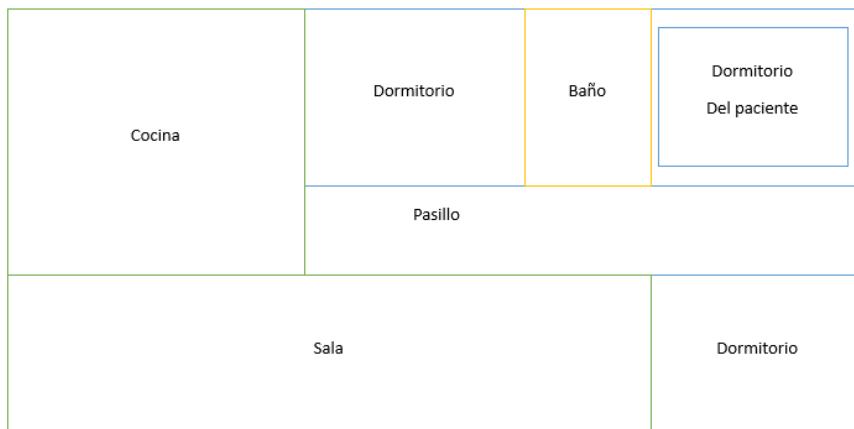
b. Tipo de familia.

Reconstituida

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

La paciente proviene de una familia aglutinada, sin límites ni reglas, durante su infancia fue abandonada por su madre, y fue a vivir con su abuela materna, a partir de los 14 años decide irse a vivir sola, en la actualidad la paciente convive con su Pareja, trabaja como agricultor, solo en las noches pasa en casa, sus dos hijos y su tipo que presenta una discapacidad física, en el historial matrimonial se observa separaciones reparadas, e infidelidad de parte de su pareja, la pareja de la paciente la engaño con su hermana y esta salió embarazada, esto sucedió hace 8 años, paciente refiere que nunca olvidara eso, en la dinámica familiar se observan violencia física, verbal y psicológica.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL



6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

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

Embarazo durante 9 meses, parto normal, lactancia hasta el primer año, marcha al primer año, lenguaje al primer año, control de esfínteres entre los 2 a 3 años, funciones de autonomía a los 5 años, no se refieren presencia de enfermedades ni alteraciones.

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

Refiere que solo realizo estudios básicos, no contaba con el apoyo socioeconómico para estudiar.

6.3. HISTORIA LABORAL

No registra

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

Manifiesta que no sostiene complejidad para socializar

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

Dormir

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

Ansiedad, tristeza profunda, resentimientos, culpa.

Con respecto a la Psicosexualidad la paciente tuvo sus primeras relaciones sexuales desde los 9 años y a los 14 su primer embarazo.

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

Consumo de fármaco

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

Sin alteración

6.9. HISTORIA MÉDICA

Presenta tratamiento por trastorno mixto ansioso-depresivo

6.10. HISTORIA LEGAL

No refiere

6.11. PROYECTO DE VIDA

Superarse, vencer sus traumas para conseguir una mejor calidad de vida.

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

Se observa descuido en el aspecto personal, despeinada, vestimenta acorde a su sexo, su lenguaje corporal y verbal expresaban ansiedad, etnia mestiza, estatura promedio, de contextura delgada.

7.2. ORIENTACIÓN

Sin alteración

7.3. ATENCIÓN

Sin alteración

7.4. MEMORIA

Alteración en la memoria a largo plazo

7.5. INTELIGENCIA

Sin alteración

7.6. PENSAMIENTO

Alteración en el control del pensamiento, ideas obsesivas

7.7. LENGUAJE

Sin alteración

7.8. PSICOMOTRICIDAD

Sin alteración

7.9. SENSOPERCEPCION

Sin alteración

7.10. AFECTIVIDAD

Estado de ansiedad y depresión

7.11. JUICIO DE REALIDAD

coherente

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

consiente

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

Fue abusada sexualmente desde los 9 hasta los 12 años

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS Y RESULTADOS

Bdi : 14 depresión leve

Bai : 19 ansiedad baja

Rse: 24: Autoestima baja

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo:	Idea obsesiva, baja autoestima, sopor, ideación suicida	F41.2 trastorno mixto ansioso-depresivo.
Afectivo:	Tensión, animo depresivo, sentimientos de minusvalía, miedo, sentimientos de culpa, ansiedad, revictimización, sensación de abandono	
Conducta social - escolar	Aislamiento, irritabilidad.	
Somática	Fatiga, taquicardia, cefalea, sudoración, dificultad para respirar, insomnio.	

9.1. Factores predisponentes:

Fallecimiento de abuela, problemas familiares, ideas obsesivas.

9.2. Evento precipitante:

Primera situación de maltrato de la pareja

9.3. Tiempo de evolución:

14 años

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

CIE – 10

F41. trastorno mixto ansioso-depresivo.

11. PRONÓSTICO

Favorable si continua con el tratamiento

12. RECOMENDACIONES

Realizar terapias individuales: teoría cognitivo conductual

Realizar terapias familiares

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Ideación suicida	Que la paciente sea consciente del impacto que puede tener su muerte sus familiares, y seres queridos, además que logre explorar otras alternativas mas adaptativas a su situación.	Descubrimiento guiado	Tercera sesión		Al final de la intervención se observa en la paciente una disminución de la aparición de pensamientos entorno a la muerte, y los que aparecen no los toma en consideración ya que determina que no brindan un resultado beneficioso para ella y sus seres amados
Ideas obsesivas	Que la paciente identifique sus	Registro de pensamientos	Cuarta sesión		Hasta el final de la intervención la

	ideas obsesivas o rumiantes, que evidencie si son acorde a la realidad, o justifican su comportamiento y emoción	distorsionados			paciente logra identificar situaciones, pensamientos, emociones y alternativas con respecto a sus ideas obsesivas.
Dificultad para respirar, ansiedad, tensión, taquicardia.	Que regule los estados de agitación o cuadro ansiosos que tiene la paciente con respecto a su expresión emocional	Técnica de relajación progresiva de Jacobson	segunda sesión		Se muestra que los niveles de ansiedad disminuyen cuando aplica la técnica
Sentimientos de culpa	Se desea lograr que la paciente, atribuya correctamente sus responsabilidades con respecto a sus experiencias de vida que le generan culpa y auto crítica y que esta se logre perdonar	Inducción a la autocompasión	Sexta sesión		Se observa que la paciente aun le cuesta perdonarse con respecto a su comportamiento con sus hijos, pero en relación con las experiencias traumáticas, ella entiende que no es culpable y no debe recriminarse
Aislamiento	Que realice actividades a parte de estar en casa que la involucren en el contexto social.	Programación de actividades	Quinta sesión		La paciente acude la gran parte de los días a bailoterapia, por la noche y los días que no asiste sale a trotar al parque.

Firma del pasante

ANEXO B

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

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

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del 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 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 este 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 gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

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

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

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
1 No me considero a mi 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 tan 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 apetito en absoluto.
3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
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 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: _____

ANEXO C

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuánto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO D

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE) (Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4