



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



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

TEMA:

DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD MENTAL DE UNA
MUJER DE 20 AÑOS DEL CANTÓN ECHEANDÍA.

AUTOR:

MOPOSITA POMA MIRIAN MARGOTH.

TUTOR:

PSI. ARREAGA QUINDE ANDRÉS FERNANDO, MGS.

BABAHOYO - 2023

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso quien me ha permitido llegar a este momento, con su guía, su fortaleza, su mano de fidelidad y amor que me acompañó día a día y estuvo junto a mí.

A mis bellos padres Ángel y Marieliza quienes con su paciencia, amor y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir un sueño más de mi vida, gracias por inculcar en mí, el ejemplo de trabajo y valentía, y de no temer a las adversidades.

A mi gran amor Luis por su cariño, animo, apoyo incondicional, durante todo este proceso.

A mis hermanos Jessica, María, Abigail, Saúl y sobrinos Josías, Mikaela, Jhon, Angélica, porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una persona luchadora y sobria de mis metas, quienes siempre me acompañaron en este caminar de todos los días.

A la Universidad Técnica de Babahoyo, por convertirme en una profesional con los conocimientos que hoy demanda el país.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida y a toda mi familia por estar siempre presentes.

Mi profundo agradecimiento a todas las autoridades y personal que hacen la Universidad Técnica de Babahoyo, por confiar en mí, al abrirme las puertas y permitirme realizar todo el proceso investigativo dentro de su magna institución.

De igual manera mis agradecimientos a la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la educación, a mis docentes en especial al Msc Francisco Amaiquema, Msc Nathaly Mendoza, Msc Xavier franco, Msc Juan Vera, quienes con sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, que ahora con orgullo puedo decir Psicóloga Clínica, gracias a cada uno de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

A la vez, como no dar un agradecimiento fraterno a mis compañeras y compañeros en especial, Isabeth, Michelle que día a día compartimos muchas experiencias en cada clase impartida por nuestros docentes, amistad que perdurara y siempre los llevo en mi corazón.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	II
ABSTRACT.....	III
INTRODUCCIÓN.....	1
DESARROLLO.....	8
JUSTIFICACIÓN.....	8
OBJETIVO.....	8
SUSTENTOS TEÓRICOS.....	9
DISFUNCIÓN FAMILIAR.....	9
SALUD MENTAL.....	12
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	16
RESULTADOS OBTENIDOS.....	18
SITUACIONES DETECTADAS.....	20
SOLUCIONES PLANTEADAS.....	22
ESQUEMA TERAPÉUTICO.....	23
CONCLUSIONES.....	24
BIBLIOGRAFÍA.....	26
Anexo 1: Historia clínica.....	30
Anexo 2: Inventario de Depresión de Beck.....	36
Anexo 3: Cuestionario de Funcionamiento familiar (FF-SIL).....	39
Anexo 4: Fotografías.....	40

RESUMEN

En el presente estudio de caso se realizó con el objetivo de describir si la disfunción familiar influye en la salud mental de una mujer de 20 años del cantón Echeandía, en lo cual se investiga a través de la historia clínica, entrevista semiestructurada, observación clínica psicológica, aplicación de test psicológicos como el Cuestionario de Funcionamiento familiar (FF-SIL) que se identificó que existe disfunción familiar, en el Inventario de depresión de Beck se detectó síntomas depresivos que se relaciona con depresión moderada que se correlaciona con los criterios diagnósticos del DSM V, en los resultados obtenidos se logró identificar que durante toda su vida existieron diferentes factores de riesgo como el consumo de alcohol y drogas, la violencia intrafamiliar, la falta de límites y respeto entre padres e hijos, enfermedades de transmisión sexual, discapacidad, problemas económicos que influyeron en ser una familia disfuncional y conllevo a causar daños en la salud mental, sin embargo a través de las técnicas psicológicas de la respiración profunda, técnica del ABC se logró cambiar el estilo de vida, eliminar sensación de rechazo social y aceptación de condición de enfermedad física (VIH) y psicológica (Depresión), disminuir pensamientos irracionales, motivar a un proyecto de vida, eliminar sintomatología física.

Palabras claves: disfunción familiar, salud mental, depresión, violencia intrafamiliar, factores de riesgo.

ABSTRACT

This case study was conducted with the objective of describing whether family dysfunction influences the mental health of a 20-year-old woman from the Echeandía canton, which is investigated through clinical history, semi-structured interview, clinical psychological observation, application of psychological tests such as the Family Functioning Questionnaire (FF-SIL), which identified the existence of family dysfunction, the Beck Depression Inventory detected depressive symptoms related to moderate depression that correlates with the DSM V diagnostic criteria, In the results obtained, it was possible to identify that throughout her life there were different risk factors such as alcohol and drug consumption, domestic violence, lack of limits and respect between parents and children, sexually transmitted diseases, disability, economic problems that influenced her dysfunctional family and led to damage to her mental health, However, through the psychological techniques of deep breathing and the ABC technique, it was possible to change the lifestyle, eliminate the feeling of social rejection and acceptance of physical (HIV) and psychological (depression) illnesses, reduce irrational thoughts, motivate a life project and eliminate physical symptoms.

Key words: family dysfunction, mental health, depression, domestic violence, risk factors.

INTRODUCCIÓN

La disfunción familiar es un problema que se genera en ocasiones debido a múltiples factores de riesgo que pueden existir como el consumo de alcohol, drogas, la violencia intrafamiliar, la falta de comunicación, que se produce entre dos personas que desean formar una familia, esto limita el crecimiento familiar y cuando aparecen los hijos se crean personas propensas a generar problemas de salud mental o trastornos mentales.

El presente estudio de caso se realiza con la línea de investigación prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico y la sub línea es la psicoterapia individual y /o grupales ya que se va a describir si la influencia de la disfunción familiar en la salud mental de una mujer de 20 años del cantón Echeandía, es decir si generó problemas en la salud mental o algún trastorno mental que dificulte tener una calidad de vida y limitaciones en el entorno social, laboral, matrimonial y familiar.

Dentro de las técnicas aplicadas durante las siete sesiones se realizó la recolección de datos para la historia clínica a través de entrevista semiestructurada y creación del genograma, se utilizó la observación clínica psicológica para identificar criterios clínicos diagnósticos y evaluación de funciones mentales superiores que se relaciona con los test psicológicos que se aplicaron en el presente estudio como es Cuestionario de Funcionamiento familiar (FF-SIL) donde se determinó que dentro de las siete categorías existió limitaciones y disfuncionalidad familiar, se aplicó el Inventario de depresión de Beck (BDI) que consta de 21 ítems donde el resultado que se aplicó a la paciente se obtuvo 30 puntos que corresponde a Depresión moderada

El presente estudio de caso se desarrollará en las siguientes paginas describiendo la justificación, el objetivo, sustentos teóricos con las dos variables disfunción familiar y salud mental, técnicas aplicadas resultados obtenidos, situaciones detectadas, soluciones planteadas, esquema terapéutico, conclusiones, recomendación, bibliografía y anexos.

DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN.

Mediante la presente investigación se busca determinar cómo el grupo familiar es la parte esencial para la estabilidad de cada individuo, esto implica una convivencia adecuada frente a la sociedad, teniendo en cuenta que dicho conjunto familiar es la base fundamental del sujeto para obtener valores, respeto, etc. que incrementan la autoestima en el ambiente familiar.

La razón de la investigación radica en el problema suscitado por la disfunción familiar que está causando e influenciando en la salud mental de una mujer de 20 años tanto en la salud física, psicológica, académica y social con consecuencias de maltrato que incluye a la descendencia de la joven ya que al considerar que de forma positiva la familia es la parte fundamental para una adecuada relación entre padres y sus hijos fortaleciendo los lazos afectivos que sean capaz de crear buenos hábitos.

Con el objetivo de buscar beneficios a través de técnicas para mejorar la salud mental de los pacientes que presenten disfunción familiar en tratamiento de enfermedades, la misma que determinaremos factores que ayudara al paciente a sobrellevar el problema con diversas técnicas empleadas como: terapia familiar y de pareja, actividad física.

La factibilidad del caso está determinado por la predisposición oportuna para poder realizar los estudios necesarios que nos ayudará a complementar la información requerida para el estudio de caso, la misma que tendrá el impacto en futuras investigaciones ayudando de manera positiva a otras familias en el abordaje de las relaciones interpersonales así como permitirá identificar a familias disfuncionales y brindar estrategias que les permita superar la problemática encontrada según sea el caso.

El proyecto será muy relevante para conocer los desencadenantes del problema, dar soluciones rápidas y confiables para mejorar la calidad de vida de cada persona que se encuentra dentro de una disfunción familiar y ayudar en todo su proceso de recuperación y asimilar su convivencia en la sociedad, ya que se cuenta con la predisposición de la paciente, así como de los test psicológicos que nos brindaran información necesaria.

OBJETIVO

Describir la influencia de la disfunción familiar en la salud mental de una mujer de 20 años del cantón Echeandía.

SUSTENTOS TEÓRICOS

DISFUNCIÓN FAMILIAR

El concepto de familia en la actualidad es un tema que tiene varios cambios en el tipo, la estructura, los roles debido a sus reglas de comportamiento, las interacciones entre los miembros de la familia como menciona Muñoz (2019) que cita a Vásquez en la familia las creencias (pensar), las emociones (sentir), los comportamientos (hacer) y el entorno en cual está conformada la familia deben demostrar en la sociedad a través de valores sociales y culturales el comportamiento fuera del hogar para así determinar una personalidad.

Según la Organización mundial de la salud (2003) la familia es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud y donde se originan la cultura, los valores y las normas sociales, con la organización social más accesible para llevar a la práctica las intervenciones preventivas, promociones y terapéuticas.

Ciclos evolutivos de las familias

Las familias constantemente se encuentran en ciclos evolutivos que generan cambios que empieza desde la constitución de la pareja como menciona Maíquez (2001) es cuando ambas personas tengan la disponibilidad física y emocional para formar un hogar donde se formara una nueva identidad como familia a través de sus creencias y expectativas heredadas por su familia de origen, la siguiente etapa el nacimiento y crianza donde es la llegada del primer hijo donde se crean nuevos roles y funciones, es decir se convierte en padre y madre y en ocasiones genera tensiones, crisis, dificultades para tomar decisiones o acuerdos, llegando hasta el cansancio en pareja.

La tercera etapa es cuando la familia involucra a otros grupos sociales ya que los hijos ingresan al ámbito educativo como la escuela donde se expone valores, creencias, habilidades sociales, destrezas que los padres enseñaron en sus primeros años de vida, siguiendo con el ciclo evolutivo llega la etapa de los hijos adolescentes que menciona Eguiluz (2003, citado en Zumba, 2018) los hijos crecen y adquieren independencia llegando en algunos casos a crear oposición con las normas y valores enseñados en la familia, es por eso que los padres con hijos adolescentes deberán flexibilizar las normas y dar responsabilidades ya que en esta etapa aparecen las crisis evolutivas y crean conflictos en su identidad y dificultad por los padres para corregir conductas cambiantes.

En la siguiente etapa Zumba (2018) menciona que es donde existe el casamiento y la salida de los hijos del hogar ya que forman sus nuevas familias y los padres deben reconocer a las nuevas familias ya que existe cambios en su dinámica y funcionamiento son seres totalmente independientes y autónomos en algunos casos genera el síndrome del nido vacío, esto afecta en la mayoría a las mujeres y se caracteriza por presentar síntomas como sentimientos de abandono, soledad, tristeza, donde se debe generar aceptación y ser consciente de los sentimientos para afrontar la situación de la familia.

La familia regresa a estar conformada por las dos personas que en el inicio formaron una pareja ya que se encuentra en su etapa de edad madura como menciona Moratto (2015) durante esta etapa se asumen nuevos roles como abuelos, tíos entre otros y así entra en constantes intercambios con las nuevas familias. Esta etapa coincide con el fin de la vida laboral y los sujetos buscaran ser productivos mediante nuevos interés o actividades que han postergado durante la juventud.

Finalmente, la etapa de ancianidad de la pareja y disolución del ciclo familiar es donde uno de los integrantes de la familia sufre cambios a nivel de su salud menciona (Estremero y García, 2014, como cita Zumba, 2018) a “todo esto requiere tiempo para asimilar la nueva situación, especialmente cuando uno de los miembros fallece, sin embargo, se mantiene la relación de abuelos, encargándose de transmitir creencias o valores de generación en generación” (p.19).

Tipos de familia.

Existen tipos de familias que se han clasificado según algunas características como el número de miembros de la familia, por su forma, su tipo a continuación como cita (Zumba 2018 a Bernal, 2002) la familia nuclear es un modelo en el cual está formado entre dos personas que comparten un proyecto de vida con sentimientos, compromiso personal y con intensidad en la sexualidad, además existen tipos de familias nucleares como detalla Zumba (2018) la familia monoparental, biparental, padres ausentes, reconstituida y familias homosexuales.

Las familias extensas según Zumba (2018) son las que están constituida por un número significativo de integrantes que sobrepasan a los miembros nucleares, es decir, padres e hijos, en esta organización familiar encontramos abuelos, nietos, primos y tíos que tiene relación con lo que menciona Bernal (2002) “se caracteriza por estar integrada por

padres con hijos casados sin nietos y con nietos, abuelos y nietos sin presencia de los padres, dos o más hermanos cuando uno de ellos tiene pareja” (p. 36).

Por último, la familia ampliada (Zumba, 2018) menciona “esta familia se conforma tanto en la familia nuclear cuanto en la familia extensa cuando adicional a sus miembros se suman integrantes que no mantienen vínculos consanguíneos sino más bien de afinidad y convivencia” (p.36).

Definición de familia disfuncional

De acuerdo a la definición de familia disfuncional, menciona Dugarte (2011) la primera: “una familia disfuncional es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la independencia y la capacidad de relacionarse con los miembros de la familia” (p.1), es decir no permiten desarrollar autonomía para fortalecer los valores, creencias enseñadas en cada familia en los hijos y la segunda definición menciona que sus miembros están enfermos emocionalmente, psicológicamente, espiritualmente es decir existe un desequilibrio integral en los miembros de familia.

Características de las familias disfuncionales

Las siguientes características descritas por Kaslow citado por Riofrio (2013) se presentan en las familias disfuncionales:

- Negación por la familia a reconocer el comportamiento abusivo, agresivo entre los miembros de la familia, queriendo no darse cuenta de lo sucedió.
- La falta de comprensión, empatía y sensibilidad hacia los miembros de la familia.
- La falta de respeto en los límites entre miembros de la familia no respetando el espacio personal.
- Desigualdad en la relación de los miembros de la familia de acuerdo a las diferentes condiciones de edad, habilidades, situación económica, genero.
- Abandono de las funciones parentales.
- Ausencia de lazos positivos entre padres-hijos

Los síntomas típicos, pero no universales según menciona Carpio citado por Riofrio (2013) son los siguientes:

- Comportamientos controladores, autoritarios, tradicionales entre los miembros de la familia.
- Violencia física y emocional

- Padres separados por presentar conflictos permanentes
- Desinterés por compartir tiempo en eventos sociales
- Comportamientos extravagantes como la promiscuidad, el adulterio o incesto.
- No reconocerse como familia durante eventos sociales como fiestas o alguna reunión entre otros amigos de la familia.
- Los niños tienen miedos hablar con los padres acerca de los problemas que pasan en casa.
- Dificultad en asumir la identidad durante la adolescencia.

Tipos de familias disfuncionales

Según Espinoza (2015) que cita a Ferrari, menciona que existen tipos de familias disfuncionales de la siguiente manera:

- Padres presentan adicciones o compulsiones (drogas, juegos, trabajar de un modo excesivo, promiscuidad, etc.).
- Familias donde los padres usan amenazas o la violencia física como método de principal control, donde los hijos se ven obligados a ser testigos o víctimas de la violencia hacia sus hermanos o vivir bajo amenazas de castigo.
- Padres que explotan al niño y lo tratan como si fuera una posesión que tiene la obligación de responder a las necesidades físicas o emocionales con control excesivamente autoritario y en ocasión con negligencia u abuso.

De acuerdo la funcionalidad familiar es importante que para conformar una familia las creencias, sentimientos, comportamientos se generen desde el momento de unirse la pareja para que su ciclo evolutivo se mantenga con límites, reglas, valores que generen estabilidad física, psicológica, espiritual y social para evitar familias disfuncionales que estén llenas de falta de comprensión, incrementen problemas psicosociales, trastornos mentales en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

SALUD MENTAL

La salud mental “es el estado de bienestar individual que permite el desarrollo de capacidades individuales, enfrentar el estrés y permite relaciones adecuadas con el entorno” según menciona (Organización Mundial de la salud, 2018) además indica que “entre el 10 y 20% de adolescentes experimentan situaciones que pueden llevar a un riesgo a la salud mental y la aparición de trastornos como: depresión, ansiedad, trastornos alimentarios, autoagresiones, psicosis, problemas familiares, sociales y suicidio” (p.1).

A lo largo de la historia se ha utilizado diferentes términos para poder definir la salud mental como higiene mental que se desarrolló en el primer congreso internacional en Londres en 1948 y luego fue remplazado la palabra higiene por salud, sugirió en la OMS en una conferencia donde J.C. Flugel, Presidente del Comité del Programa de Conferencias expuso un concepto de salud mental: “La salud mental es considerada como una condición que permite el desarrollo físico, intelectual y emocional de un individuo, en la medida que ello sea compatible con la de otros individuos en una sociedad” citado en (Bertole, 2018) (p.113).

Dentro de la salud mental existen condicionantes según Cabanyes (2018) son tres grandes condicionantes: la neurobiología, la personalidad y los factores ambientales. Entre los tres hay una marcada interacción multidireccional que ejercen grados variables de sobre la salud mental; y lo hacen en diferente medida a lo largo del ciclo vital y en las diferentes situaciones en las que se encuentra el sujeto.

Para Cabanyes (2018) el condicionante de la neurobiología, es la existencia de un sustrato neurobiológico en muchas de las enfermedades psíquicas por lo que también se podría generar la existencia de sustancias químicas favorecedores de la salud mental al igual que hay constituciones físicas para estabilizar la salud y otras más propensas a la enfermedad, es decir existen predisponentes biológicos que generan enfermedades mentales.

La personalidad es el segundo condicionante donde según menciona Cabanyes (2018) “destacan el asertividad y la empatía, el estilo cognitivo y los esquemas de pensamiento, el optimismo y la extroversión, la confianza y seguridad, la decisión y la paciencia, la constancia y la flexibilidad de un individuo” (p. 129) y esto se fortalece durante el proceso educativo con él “(estilo, pautas y contenidos de la educación) y con la confluencia de diferentes factores ambientales (grupo de amigos, medios de comunicación, patrones socioculturales de estilos de vida, religión” (p. 129) que fortalecen la estabilidad en las personas.

El ambiente el último condicionante menciona Cabanyes (2018), los factores ambientales más destacados son el ámbito familiar, las amistades, el trabajo y el entorno sociocultural, el primero hace referencia cuando el entorno familiar es coherente y tiene límites educativos, respetando la libertad, generando amor y enseña a enfrentar el sufrimiento con un ámbito saludable y promotor de la salud mental.

Promoción de la salud mental

Las estrategias de promoción de la salud mental parten de la atenta consideración del concepto de salud mental y del adecuado manejo de sus condicionantes es decir en su integración con las medidas neurobiológicas, personalidad y ambiente como define Cabanyes (2018) las siguientes:

-Las medidas neurobiológicas, están limitadas al uso de psicofármacos cuando se ha identificado un problema psíquico sensible a su acción o cuando se pretende proteger frente a una posible recaída.

-Las medidas acerca de la personalidad están destinadas a modificar o cambiar algunas variables que influyen en la salud mental como el comportamiento, pensamiento, carácter y pueden ser mejoradas con intervención psicológicas preventivas o terapéuticas, además de incluir estilos de vida adecuados al entorno más cercano que vive el individuo.

-Las medidas ambientales tienen dos formas de actuar, la primera sobre la propia sociedad fomentando valores sociales y promocionando bienestar, la cual está a cargo de gobernantes e instituciones sociales y la segunda la que está cerca de su contexto más cercano la familia, amigos, grupos sociales, asociaciones e instituciones a la que pertenece el individuo.

En el conjunto de medidas destinadas a favorecer la salud mental según Cabanyes (2018) se pueden distinguir tres niveles de actuación: primario, secundario y terciario, cada uno de ellos pretende optimar el estado de salud mental generando prevención de riesgos.

– Nivel primario. Consiste en el desarrollo de la salud mental en personas sanas mediante la introducción de medidas favorecedoras y la eliminación de los factores de riesgo y fortaleciendo la protección frente a ellos, es decir mejorando el uso de tiempo libre, recomendando la actividad física diaria y la alimentación saludable.

-Nivel secundario. Está destinado a la identificación precoz de sujetos de riesgo con la puesta en marcha de medidas de prevención o compensación, como problemas familiares constantes, enfermedades físicas, genética, factores neurobiológicos, factores ambientales y personales.

– Nivel terciario, tiene como objetivo mejorar y la recuperación de la salud mental en las personas que padecen problemas de enfermedades mentales o en algunos casos psiquiátricas, además de evitar recaídas o factores predisponentes a la misma.

Determinantes de la salud mental

Durante la vida de los seres humanos existen múltiples determinantes individuales, sociales, estructurales que pueden generar factores protectores o de riesgo para actuar en la

salud mental como pueden ser factores psicológicos, biológicos, habilidades emocionales, el abuso de sustancias, la genética, los problemas psicosociales, económicas, la pobreza, la violencia, la desigualdad, la degradación del medio ambiente, etc.

Por otra parte, Barrón & Páramo citado en Patiño (2017) señala que existen dos tipos de factores de riesgo, los de amplio espectro y los específicos para un daño. Los factores de riesgo específicos pueden generar un daño inmediato por ejemplo portar un arma blanca, en la motocicleta no usar casco, ejecutar conductas autolesivas y los factores de riesgo de amplio espectro conducen a daños a largo plazo por ejemplo familias con pobres vínculos afectivos entre sus miembros de la familia, violencia intrafamiliar, baja autoestima, pertenecer a un grupo con conductas de riesgo, abandono escolar, proyecto de vida ausente, bajos niveles de resiliencia.

Los factores protectores al igual que los factores de riesgo como cita Patiño (2017) a Burak existen dos tipos el primero de amplio espectro que indican mayor probabilidad de conductas que favorecen a no generar daños o riesgos y factores protectores específicos como ejemplo mantener buena comunicación interpersonal, alta autoestima, proyecto de vida elaborado, permanecer en el sistema educativo formal, creencias espirituales que sustenten una moral personal y un alto nivel de resiliencia, no tener relaciones sexuales o en el caso de tenerlas uso de anticonceptivos como uso de preservativo (que reduce o evita el embarazo, ETS, Sida) y no consumir sustancias psicoactivas.

Para la OPS (2023) hablar de salud mental es vital no solo para la salud, sino también para el bienestar social y económico. Los problemas de salud mental son tanto causa como consecuencia de la pobreza, la educación deficiente, la desigualdad en materia de género, los problemas de salud y otros retos a escala mundial. Tan solo la depresión y la ansiedad cuestan a la economía mundial US\$ 1 billón¹ cada año, y se prevé que para el 2030 los problemas de salud mental representarán pérdidas por \$6 billones al año, es decir, más de la mitad de la carga económica mundial atribuible a las enfermedades no transmisibles.

Los grupos poblacionales para la OPS (2023) en situación de vulnerabilidad como consecuencia de factores sistémicos tales como el racismo, la globalización, la heteronormatividad y la desigualdad de la riqueza como los que viven en la pobreza, las comunidades indígenas, la población migrante, las personas mayores, las personas con discapacidad, la población afrodescendiente y otros grupos poblacionales objeto de racismo, y las personas LGBTI se encuentran entre los que presentan un mayor riesgo de tener malos resultados en materia de salud mental.

Finalmente dentro de la salud mental es importante que los determinantes de la salud influyan en el ser humano para fortalecer su estructura de personalidad creando autonomía, independencia, seguridad, sin embargo cuando existen múltiples factores de riesgo como es la disfunción familiar genera problemas en la comunicación familiar, violencia intrafamiliar, problemas de consumo del alcohol y drogas, en algunos casos en las mujeres la promiscuidad sexual, el contagio de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, enfermedades mentales graves es por tal motivo que durante las intervenciones psicológicas en cada familia se debe fomentar ambientes de apoyo, fortalecer habilidades de afrontamiento individual y familiar, identificar problemas que con lleven soluciones para la familia evitando caer en la violencia intrafamiliar, mantener un balance en cubrir todas las necesidades básicas familiares para crear un ambiente de tranquilidad, de armonía, bienestar para cada uno de los miembros de la familia.

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

En el estudio de caso se realizó diferentes técnicas de investigación como se detalla a continuación:

Historia clínica

Es un documento donde se recopila la información del paciente desde su estado actual, motivo de consulta, historia o anamnesis personal y familiar de los aspectos físicos, psicológicos, psiquiátricos, académicos, laborales, evaluación de funciones mentales superiores, signos y síntomas del cuadro psicopatológico, el diagnóstico clínico psicológico, el plan de tratamiento con sus conclusiones y recomendaciones clínicas psicológicas.

Observación clínica psicológica

Es una técnica que permite observar a los pacientes los signos y síntomas clínicos, psicopatológicos, su postura, vestimenta, su aspecto físico, su modo de hablar, pronunciación, etc. con el objetivo de llegar a un diagnóstico y brindar el tratamiento psicológico integral.

Entrevista semiestructurada

La evaluación semiestructurada es una técnica que permite recolectar información que proporciona directamente el paciente o familiar para completar la historia clínica, donde en algunos casos se puede retroalimentar o reformular las preguntas para poder llegar hacia una investigación clínica más interna del paciente.

Genograma

Es una técnica donde permite registrar información acerca de la composición familiar con padres, hijos y manifestar ciertas condiciones, relaciones intrafamiliares utilizando simbología, abreviaturas.

Test

Los test son instrumentos estandarizados que permiten de manera cuantitativa o cualitativa apoyar en la valoración clínica psicológica como puede ser personalidad, inteligencia, síntomas de trastornos mentales como ansiedad, depresión, consumo de sustancias y valoración de procesos cognitivos superiores.

Cuestionario de Funcionamiento familiar (FF-SIL)

El cuestionario FF-SIL evalúa a través de 7 categorías el funcionamiento familiar considerando la dinámica relacional interactiva de los miembros de una familia y se evalúa a través de:

- Cohesión: es la unión familiar física y emocional para enfrentar situaciones difíciles y tomar decisiones de la vida diaria.
- Armonía: es el equilibrio emocional positivo entre los miembros de la familia satisfaciendo sus intereses y necesidades.
- Comunicación: es la forma de los miembros de familia puedan transmitir experiencias claras y directas.
- Permeabilidad: es la capacidad de brindar y transmitir experiencias entre familias para emitir hacia los miembros de la familia.
- Afectividad: forma de controlar y demostrar los sentimientos, emociones positivas o negativas entre los miembros de la familia.
- Roles: los miembros de la familia cumplen responsabilidades y funciones.
- Adaptabilidad: función que se cumple de acuerdo a la estructura del poder, relaciones de roles y reglas impuestas ante una situación que se necesite en la familia.

La puntuación es de la siguiente manera:

De 70 a 57 pts. Familias funcionales

De 56 a 43 pts. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 pts. Familia disfuncional

De 27 a 14 pts. Familia severamente disfuncional

Inventario de depresión de Beck (BDI)

El BDI según el Ministerio de salud (2017) menciona consta de 21 ítems evalúa los síntomas clínicos de tristeza, melancolía, síntomas físicos, pensamientos intrusivos en relación a la depresión.

El BDI se puede aplicar de manera individual o grupal, se realiza con tiempo de aplicación entre 5 a 10 minutos, la principal instrucción es que el paciente escoja la frase que le identifica su estado de ánimo, pensamiento y comportamiento.

Se interpreta con los puntos de calificación:

- No depresión de 0 a 13 puntos.
- Depresión leve: 14 a 19 puntos
- Depresión moderada 20 a 28 puntos.
- Depresión grave 29 a 63 puntos.

RESULTADOS OBTENIDOS

Paciente de 20 años de edad con enfermedad de transmisión sexual “VIH”, sexo femenino, de estado civil unión libre, vive con los padres, pareja, hermanos e hijo, lugar de nacimiento y residencia en el cantón Echeandía, ocupación: ninguna, proviene de una familia ampliada disfuncional compuesto de padres, hermanos, conyugue e hijo, con antecedentes familiares con padre y madre con consumo de alcohol, madre trabajadora sexual, hermano de 22 años con discapacidad intelectual profunda, conyugue con consumo problemático de drogas, hijo en tratamiento por ETS en la actualidad en remisión, además de situaciones sociales negativas como problemas económicos, violencia intrafamiliar constante.

En el presente estudio se realizó a través de siete sesiones con duración de la primera entrevista de 45 minutos y las subsecuentes de 30 minutos detalladas de la siguiente manera:

En la primera entrevista realizada el miércoles 14/09/2022 se establece alianza terapéutica, se indaga acerca de datos de identificación, motivo de consulta por el que acude a la cita con Psicología, se realiza el Genograma, evaluación clínica de funciones mentales superiores, se detalla la historia clínica cierta información como historia actual de los síntomas, se utiliza la observación clínica psicológica y se recomienda realizar actividades recreativas diarias.

En la segunda sesión se realizó el 21/09/2022 en la cual acude con la madre para identificación de datos de antecedentes personales de su infancia, adolescencia, vida adulta relación familiar donde se utilizó la entrevista semiestructurada, la observación clínica psicológica, luego la atención individual donde se continuó indagando sintomatología psicopatológica a la paciente se aplica técnica de respiración profunda para relajación de crisis emocional.

En la tercera sesión el 28/09/2022 acude con la madre y se brinda a la familia psicoeducación acerca de los factores de riesgo existentes en la familia que generan que la paciente agudice los síntomas depresivos, además se aplica a la paciente Cuestionario de Funcionamiento familiar (FF-SIL) donde se va a determinar el tipo de familia funcional o disfuncional.

En la cuarta sesión el 05/10/2022 donde se realiza aplicación de reactivos psicológicos Inventario de depresión de Beck (BDI) donde se identifican síntomas depresivos como tristeza, melancolía, pensamientos intrusivos, problemas de apetito, sueño, estado de ánimo variable a través de la aplicación de las preguntas que corresponden a los 21 ítems, además se realiza la Interconsulta a Medicina General por los síntomas depresivos moderados existentes.

En la quinta sesión ejecutada el 12/10/2022 que se realiza explicación del diagnóstico depresivo moderado que se encuentra padeciendo donde se indica el plan de tratamiento psicológico, y se realiza la Interconsulta a Medicina General para valoración médica con exámenes médicos y de acuerdo a valoración inicio de tratamiento farmacológico para la depresión.

En la sexta sesión realizada 19/10/2022 se realiza psicoeducación acerca del tratamiento medicamentoso prescrito por Médico General para adherencia al tratamiento integral tanto a paciente como padres y pareja al tratamiento psicológico familiar y los efectos secundario de la medicación para la depresión.

De acuerdo a la séptima sesión que se realiza el 26/10/2022 se aplica la técnica de ABC para analizar el acontecimiento activador del evento que genera la preocupación, el problema emocional a través de su sistema de creencias irracionales que están generando

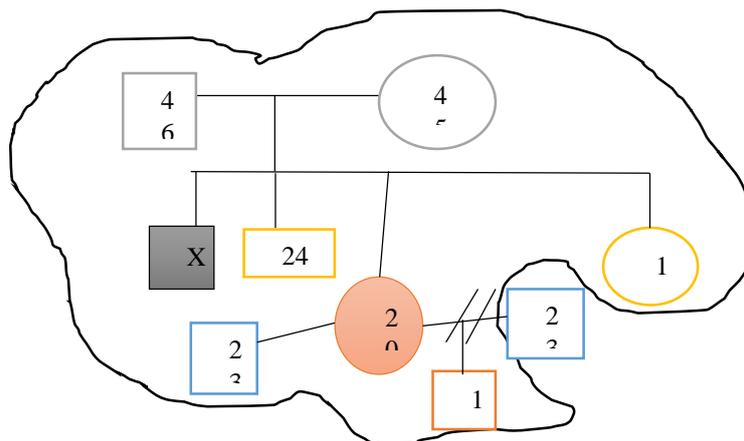
consecuencias emocionales, conductuales y de comportamiento en su vida, se fortalece el proyecto de vida.

SITUACIONES DETECTADAS

Paciente de 20 años de edad, vive con los padres, hermanos, pareja con ETS, tiene hijo de 1 año con ETS, presenta antecedente de problemas de presunta violencia intrafamiliar desde la infancia, duelo no superado por fallecimiento de segundo hermano hace 4 años por ETS, diagnóstico recibido acerca de le enfermedad de transmisión sexual, hace 2 año aproximadamente, embarazo no deseado a los 18 años de edad con intento autolítico en la gestación que genera hasta la actualidad tristeza, estado de ánimo depresivo la mayor parte del tiempo, desesperanza, llanto fácil, sentimientos de minusvalía, sentimientos de rechazo social y familiar, cansancio con falta de energía ideas de muerte pasivas actuales, cefalea, baja autoestima, insomnio de conciliación, sentimientos de culpabilidad, disminución del interés de realizar actividades de la vida diaria, pérdida de peso debido a dificultad en el apetito, persistencia de violencia intrafamiliar que se correlaciona con los criterios diagnósticos del DSM V para detectar un trastorno mental.

Durante observación clínica psicológica de acuerdo a su aspecto general se identifica paciente de contextura delgada, talla de 1.60, etnia mestiza, apariencia con tendencia a descuido, vestimenta desaliñada para la ocasión, poco contacto visual, colabora con entrevista, fasic de tristeza con tendencia a llanto fácil, consciente, orientada, distracción, no problemas de memoria, ni alteración en sensopercepciones, presencia de pensamientos irracionales, verborrea en el lenguaje, dificultad en la aceptación de la enfermedad.

De acuerdo de la primera sesión se estableció Genograma se pudo identificar lo siguiente:



En la tercera sesión donde se aplica el Cuestionario de Funcionamiento familiar (FF-SIL) se pudo identificar que las categorías son predisponentes para una familia disfuncional ya que no existe unión familiar, no se toma las decisiones como familia debido a la violencia intrafamiliar, los intereses de las necesidades básicas de alimentación, vestimenta, viáticos para viaje a la ciudad de ventanas para control médico con Infectólogo y retiro de medicamentos de retrovirales son realizados solo por parte de la madre, dificultad en aceptación de normas, reglas y enseñanza de valores sociales y culturales en casa, no existe vínculo afectivo entre padres e hijos, no se cumple roles de padre, pareja de la paciente con una puntuación de 27 puntos que corresponde a familia severamente disfuncional

En la sesión cuarta se aplica Inventario de depresión de Beck (BDI) donde se obtiene de resultado de 28 puntos que corresponde a Depresión moderada y se concluye el diagnóstico definitivo de acuerdo a los criterios diagnósticos y aplicación de reactivo psicológico como lo definen los Manuales de diagnóstico clínico psicológico CIE 10: Episodio depresivo moderado. F32.1 y DSM V: Trastorno de depresión mayor 296.22.

Durante la sesión quinta se logró identificar que paciente no tiene adherencia tratamiento medicamentoso acerca de su enfermedad de transmisión sexual y en ocasiones no toma la medicación y en la actualidad dificultad en la aceptación de enfermedad psicológica sin embargo a través de la psicoeducación y técnica ABC paciente genera tendencia a la aceptación del tratamiento integral para luego reinserción académica y adaptación a la sociedad.

SOLUCIONES PLANTEADAS

Durante la intervención psicoterapéutica el objetivo es que la paciente se reintegre a la sociedad, mejorar la dinámica familiar, crear el proyecto de vida con tendencia a estudiar carrera universitaria, eliminar pensamientos irracionales que influyen en su estado de ánimo diario esto se empieza con cambiar hábitos diarios realizando actividades de prevención para evitar que se intensifiquen los síntomas como realizar actividad física, alimentación saludable, realizar actividades recreativas, uso del tiempo libre, higiene del sueño.

Se brinda psicoeducación acerca de la enfermedad de transmisión sexual, factores de riesgo y protectores a la paciente, pareja y padres, se explica acerca de factores de riesgo acerca del consumo de alcohol y daños en el organismo que causa el consumo de esta sustancia, se realiza conversatorios en la terapia grupal acerca de la depresión, como prevenirla y su tratamiento integral.

En la aplicación de la Técnica ABC donde se enseña a la paciente aceptar su enfermedad física y psicológica, supere el duelo de su primer hermano, incremente el interés por realizar las actividades de la vida diaria y hasta ingresar al ámbito académico buscar un empleo temporal para poder ayudar en la crianza de su hijo, eliminando pensamientos irracionales acerca de la culpa, ideas de fracaso, dependencia afectiva hacia la pareja a pesar de factores de riesgo existentes, reacción a la frustración.

En la terapia de grupo se logró que la familia elimine el resentimiento entre ellos fomentando la comunicación, cumpliendo con las necesidades básicas tanto el padre, madre y pareja de la paciente, evitar el consumo de alcohol por parte del padre.

Se fortaleció la utilización de la técnica de relajación a través de la respiración profunda para calmar crisis depresivas, mantenimiento del sueño durante 8 horas seguidas, mejorar la concentración diaria en la vida.

ESQUEMA TERAPÉUTICO

Después de la valoración integral psicológica se llega al diagnóstico a través del CIE 10 como: Episodio depresivo moderado. F32.1 y DSM V: Trastorno de depresión mayor 296.22 y se plantea el siguiente esquema terapéutico.

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesión	Fecha	Resultados Obtenidos
Cognitivo	Motivar continuar con los estudios superiores para fortalecer la función cognitiva	Psicoeducación	7	26/10/2022	Fortalecer el proyecto de vida
	Disminuir pensamientos irracionales acerca de su vida	Técnica de ABC	7	26/10/2022	Eliminar pensamientos irracionales y enfocarse en el presente
Afectivo	Disminuir el estado de ánimo depresivo, llanto fácil, ideas de muerte pasivas.	Técnica de Respiración	2	21/09/2022	Equilibrio del estado de ánimo e incremento de la resiliencia con estrategias de afrontamiento
Conducta social	Eliminar sensación de rechazo social y aceptación de condición de enfermedad	Psicoeducación acerca de la enfermedad física y psicológica	3	28/09/2022	Mejorar las relaciones sociales e incrementar la autoestima.
Somática	Cefalea, insomnio, pérdida de peso	Higiene del sueño, actividad física diaria, técnicas de relajación y actividades recreativas.	1	14/09/2022	Eliminar síntomas somáticos.

Fuente: Elaboración propia.



CONCLUSIONES

En el presente estudio de caso se puede describir la influencia de la disfunción familiar en la salud mental ya que puede generar trastornos mentales que requieren tratamiento farmacológico e integral para poder generar remisión de la sintomatología y crear bienestar en la calidad de vida de las personas. Es importante recalcar que la personalidad de un individuo está formada desde la infancia de acuerdo a la funcionalidad familiar que ayuda a crear personas con independencia y autonomía sin embargo cuando es criado con todo lo contrario es decir con violencia intrafamiliar, factores de riesgos como el consumo de alcohol, la falta de límites en casa por parte de los padres, la promiscuidad genera consecuencia a largo plazo que pueden llegar a tener una vida de caos y tristezas profundas.

Dentro de las técnicas de investigación donde se realizó la recolección de información a través de la observación clínica, la entrevista semiestructurada, la historia clínica, el instrumento del genograma, los test psicológicos que ayudaron a describir si la paciente genero un problema en su salud mental ya que existieron eventos predisponentes desde la infancia, el tiempo de evolución, historia personal y familiar, los factores psicosociales que se correlaciona con los sustentos teóricos que explican una falta de empatía, comprensión, comunicación, falta de respeto a los límites en casa, el abandono de las funciones parentales, la ausencia del vínculo afectivo entre los miembros de una familia son características principales de una familia disfuncional y produce daños en la salud mental de una persona.

La aplicación de reactivos psicológicos es importante para fortalecer la evaluación clínica psicológica, sin embargo si solo fueran aplicados de manera única para el diagnóstico no se pudiera tener validez clínica en el presente estudio de caso, es por eso que durante la valoración para llegar al diagnóstico y describir si la disfunción familiar influye en la salud mental se aplicó diferentes reactivos psicológicos con el Inventario de depresión de Beck, el cuestionario de funcionamiento familiar y los criterios diagnósticos del DSM V, la historia clínica donde se describe detalladamente la historia de vida de la paciente.

Las técnicas psicoterapéuticas de la terapia cognitiva conductual como los ejercicios de relajación con respiración, la técnica del ABC ayuda a generar habilidades para identificar los pensamientos, creencias y las interpretaciones problemáticas con los síntomas evitando recaídas que podrían incrementar los síntomas depresivos o en algunos casos llegando al suicidio y trastornos mentales graves.

Los problemas de salud mental son patologías de prevalencia elevada, que afectan a todas las personas, sin ningún tipo de discriminación a nivel mundial ni por género, étnica, edad, razón social, etc., los mismos que se han relacionado a varios factores, tanto físicos o biológicos, psicosociales, espirituales, laborales, sumado el efecto que la familia ejerce como factor de riesgo o como factor protector para los individuos, de sufrir un padecimiento en su salud mental.

Es importante concluir que una persona que tiene algún diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual lo primero que piensan en el tiempo de vida que llegaría a tener, es decir aparece de manera intensa el miedo a morir, es por eso la importancia de estar en controles psicológicos desde el primer momento de recibir la mala noticia porque además aparecen sentimientos hacia su propio cuerpo de rechazo, odio, pensamientos irracionales como excesiva culpabilidad, frustración, sentimientos de incapacidad, de desesperanza y además incluido la falta de apoyo familiar son situaciones que generan desequilibrio emocional y aparecen pensamientos de muerte como la única forma de aliviar.

El presente estudio de caso nos invita a reflexionar que como futura profesional del campo psicológico clínico cada persona tiene diferentes problemas que afectan a su calidad de vida y debemos estar preparados para cada reto que se nos presente y así brindar bienestar psíquico en cada individuo.

Se recomienda a la paciente continuar en el seguimiento integral psicológico, farmacológico para eliminar completamente la sintomatología y además evitar recaídas en situaciones futuras ya que así mejora su vida cotidiana y contribuirá de forma asertiva, resiliente a sus relaciones interpersonales futuras, es importante además incluir de manera permanente a la familia para reciba terapias individuales a cada miembro de la familia, continuar en las terapias grupales ya que desde la infancia de la paciente ha existido la disfuncionalidad a través de factores individuales, la falta de comunicación, los límites no establecidos y los roles no cumplidos por cada uno en la familia.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, D. (2022). *Plantilla del cuestionario de Funcionamiento familiar* . Obtenido de DAN ALARCÓN: <https://danalarcon.com/plantilla-cuestionario-de-funcionamiento-familiar-ff-sil-para-trabajo-social/>
- Barranco, A. V. (2013). *Dominio de las ciencias* . Obtenido de <https://www.dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/799>
- Bernal, I. I. (2002). *Manual de Intervención en la salud familiar*. Cuba.
- Bertole, J. (2018). Raíces del concepto de salud mental . En *Raíces del concepto de salud mental* . Geneva: World Psychiatry.
- Cabanyes, J. M. (2018). *La salud mental y sus cuidados*. Navarra: EUNSA.
- Campoverde, J. (2014). *El desarrollo emocional y su influencia en la evolución intelectual de los estudiantes*. Quevedo.
- Deutsche, S. (2020). *Maltrato*. Nemours.
- Dugarte, A. (2011). *El educador y la familia*. Educere.
- Eguiluz, L. R. (2003). *Dinámica de la familia*. México: Pax México.
- Espinoza, E. (2018). Obtenido de Repositorio PUCESA: <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2441/1/76723.pdf>
- Espinoza, Y. (2015). *Disfuncionalidad familiar e incidencia en el aprendizaje de los niños*. Quito.
- Jimenes, L. (2013). *Incidencia del maltrato físico y psicológico infantil en el rendimiento de los estudiantes*. Ecuador: Mcgraw Hill.
- López, D. (2017). *Salud y Bienestar*. Obtenido de www.webconsultas.com/mente-y-emociones/familia-y-pareja/maltratopsicologico-rompe-tus-cadenas-emocionales-7314
- Lopez, P. P. (2018). *Dominio de las ciencias* . Obtenido de <https://www.dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/799>
- Macias, C. (2022). Maltrato y su incidencia en las habilidades sociales en un hombre de 23 años en la ciudad de Babahoyo. Babahoyo.
- Maíquez, M. C. (2001). *Modelos y enfoques en Intervención familiar*. Obtenido de <https://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/76937.pdf>
- Mairena, M. M. (2022). *Faros*. Obtenido de <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/desarrollo-socioemocional-adolescencia#:~:text=Durante%20la%20adolescencia%20contin%C3%BAa%20el,tomar%20decisiones%20de%20forma%20responsable.>

- Merayo, M. (2013). *Acoso escolar*. Madrid: CEAPA.
- Moratto, N. M. (2015). *Conceptualización de ciclo vital familiar*. Obtenido de REDALYC: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423542417006>
- MSP. (2017). *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y tratamiento depresivo recurrente en adultos*. Quito: Editogran.
- Oficina para la salud de la mujer. (30 de 12 de 2022). *OASH*. Obtenido de <https://espanol.womenshealth.gov/relationships-and-safety/sexual-assault-and-rape/sexual-assault>
- OMS. (2003). *Paho.org*. Recuperado el 02 de 2023, de <https://www3.paho.org/spanish/GOV/CD/cd44-10-s.pdf>
- OPS. (2023). Políticas para mejorar la salud mental. *Organización Panamericana de la salud*, 34.
- Organización Mundial de la salud*. (2018). Obtenido de Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. 2018 [cited 2021 Sep 25]. p. aprox. 4. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-healthstrengthening-our-response>
- Papalia, D. (2009). *Psicología del desarrollo*. México: McGraw Hill.
- Patiño, A. C. (2017). *Factores protectores y de riesgo desde el marco de Salud Mental en los estudiantes de once*. Soacha.
- Riofrio, V. (2013). Obtenido de <http://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/575>
- Riofrio, V. (2013). Obtenido de <http://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/575>
- Riofrio, V. (2013). *Repositorio Pucesa*. Obtenido de Influencia del abuso sexual sufrido durante la infancia, la disfuncionalidad familiar, y el maltrato infantil en los procesos por abuso sexual en el Centro de Internamiento para Adolescentes Infractores, en el período Enero-Septiembre 2011 : <http://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/575>
- Solano, M. A. (2019). *El maltrato psicológico en la pareja. Hacer familia*.
- Terreros, M. (2016). *Maltrato psicológico*. Sevilla: Cuad Med.
- Vasquez Zharen, H. L. (2019). *digitk.arendina.edu.com*. Recuperado el 02 de 2023, de <https://digitk.arendina.edu.co/bitstream/handle/arendina/4446/Proyecto%20de%20Ogrado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Zumba, D. (04 de 2018). *Repositorio Pucesa*. Obtenido de <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/1941/1/76442.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Historia clínica

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: CH-YA-MO-NI Edad: 20 años

Lugar y fecha de nacimiento: Echeandía 15 de septiembre del 2002

Género: Femenino Estado civil: Soltero Religión: católica

Instrucción: Secundaria Ocupación: Ninguna

Dirección: Margarita Gordillo y Ramón Ulloa

Teléfono: 0993108XXX

Remitente: Paciente

2. MOTIVO DE CONSULTA

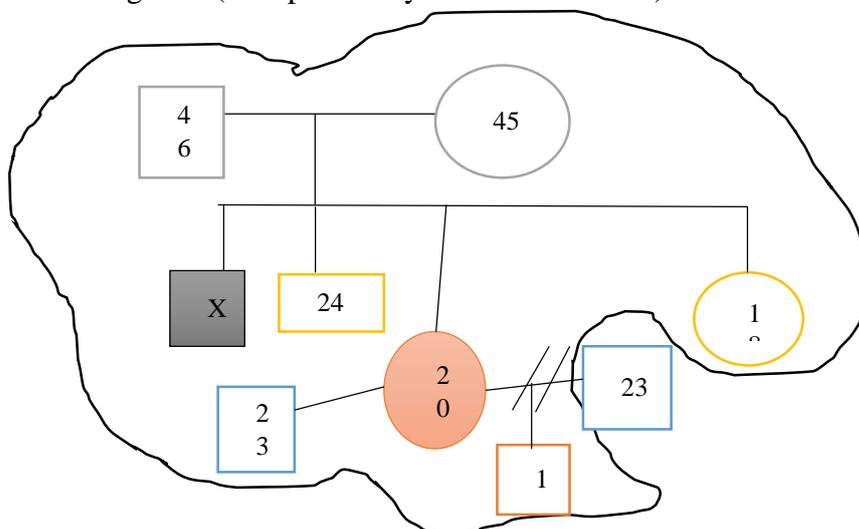
Paciente acude a consulta y menciona que se siente triste todo el tiempo, no tiene ganas de salir adelante, tiene pensamientos negativos de su vida.

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

Paciente de 20 años de edad, vive con los padres, hermanos, pareja con ETS, tiene hijo de 1 año con ETS, presenta antecedente de problemas de presunta VIF desde la infancia, duelo no superado por fallecimiento de segundo hermano hace 4 años por ETS, ETS hace 2 años aproximadamente, embarazo no deseado a los 18 años de edad con intento auto lítico en la gestación que genera hasta la actualidad tristeza, estado de ánimo depresivo, llanto fácil, sentimientos de minusvalía, sentimientos de rechazo social y familiar, ideas de muerte pasivas actuales, desesperanza, cefalea, baja autoestima, insomnio de conciliación, persistencia de VIF.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).

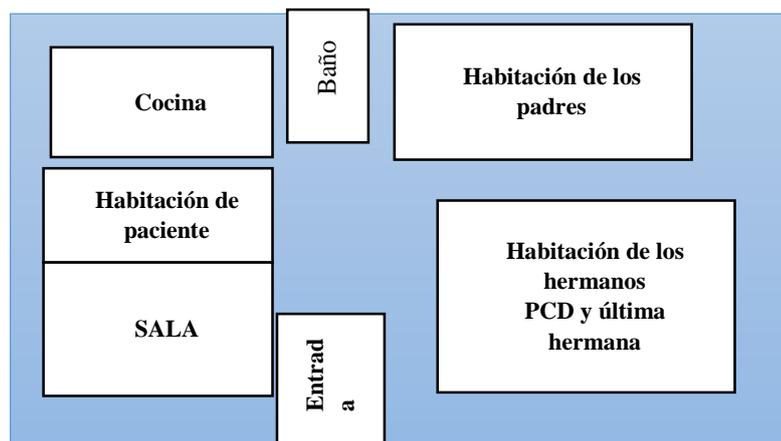


b. Tipo de familia.

Familia ampliada y disfuncional

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

- Abuelo paterno y materno consumo de alcohol llevo a CA de estómago donde fallece.
- Padre consumo de alcohol semanal con efecto escala consume 20 días en abstinencia 5 días.
- Madre consumo de alcohol y trabajadora sexual
- Primer hermano fallecido con ETS “VIH”
- Segundo hermano con discapacidad intelectual profunda por parálisis cerebral infantil
- Pareja que convive en unión libre consumo de alcohol y drogas, ETS “VIH”
- Hijo con ETS en proceso de remisión



5. HISTORIA PERSONAL

5.1. ANAMNESIS

Durante el embarazo de la madre a los 24 años de edad, embarazo no deseado sin embargo existió aceptación del embarazo a los 4 meses de gestación sin embargo durante todo el periodo VIF y consumo de alcohol por parte del padre, parto normal, sin complicaciones, al año empieza a caminar y adquiere lenguaje sin retraso, lactancia materna hasta los dos años, control de esfínteres a los 2 años.

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

Paciente en el ámbito ingresa al jardín a la edad de 4 años sin problemas de aprendizaje y comportamiento, se adaptó a las relaciones sociales y académicas hasta el 3er año de Bachillerato donde empieza a tener relaciones de noviazgo donde se embarazada y empieza problemas de falta de concentración, inasistencia al colegio sin embargo logro graduación.

5.3. HISTORIA LABORAL No refiere

5.4. ADAPTACIÓN SOCIAL en la actualidad sentimientos de rechazo de la sociedad

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

No refiere

5.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

Desde hace 1 año empieza relación conyugal con persona consumidora de sustancias.

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

No refiere

5.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO.

5 horas en la noche

5.9. HISTORIA MÉDICA

ETS "VIH desde hace 1 año 6 meses aproximadamente

5.10. HISTORIA LEGAL

No refiere

5.11. PROYECTO DE VIDA

Desea estudiar cursos de belleza

6. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

Aspecto general conservado, vestimenta y aseo acorde a su edad, bajo peso por condición de salud, lenguaje sin alteración, actitud tímida, llanto fácil, tristeza, estado de ánimo depresivo, decaimiento, nerviosismo, sentimientos de vergüenza, etnia: mestiza.

6.2.ORIENTACIÓN

Orientada en tres esferas acordes a su edad

6.3. ATENCIÓN distracción

6.4. MEMORIA no alteración

6.5. INTELIGENCIA no alteración

6.6. PENSAMIENTO no alteración

6.7. LENGUAJE no alteración

6.8. PSICOMOTRICIDAD lateralidad diestra

6.9. SENSOPERCEPCION no alteración

6.10. AFECTIVIDAD estado de ánimo depresivo con llanto fácil.

6.11. JUICIO DE REALIDAD no alteración

6.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD dificultad en la aceptación de enfermedad física.

6.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS en la actualidad ideas de muerte pasiva sin planificación y factor protector hijo.

7. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

Inventario de depresión de Beck con resultado de 30 puntos Depresión moderada

Cuestionario de funcionamiento familiar FF-SIL: 27 Puntos corresponde a Severamente disfuncional.

8. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Falta de interés para continuar con su aprendizaje y concentración	Depresión moderada
Afectivo	Estado de ánimo depresivo, llanto fácil, ideas de muerte pasivas	Depresión moderada
Pensamiento	Pensamientos irracionales	Depresión moderada
Conducta social - escolar	Rechazo social	Depresión moderada
Somática	Cefalea, insomnio	Depresión moderada

9.1. Factores predisponentes:

Violencia intrafamiliar, consumo de alcohol y drogas en familia

9.2. Evento precipitante:

Alteración en el bienestar físico, psicológico, social, académico.

9.3. Tiempo de evolución:

Empieza en la infancia producto de VIF y se intensifica hace 2 años aproximadamente con historia de vida.

9. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

CIE 10: Episodio depresivo moderado. F32.1

DSM V: Trastorno de depresión mayor 296.22

10. PRONÓSTICO

Favorable

11. RECOMENDACIONES

- Psicoterapia cognitivo conductual
- Terapia familiar y de pareja
- Terapia de pareja
- Actividades recreativas diarias.
- Actividad física diaria de 30 minutos
- Ingreso al ámbito educativo superior.
- Asistir a tratamiento integral por su enfermedad física y psicológica

12. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesión	Fecha	Resultados Obtenidos
Cognitivo	Motivar continuar con los estudios superiores para fortalecer la función cognitiva	Psicoeducación	7	26/10/2022	Fortalecer el proyecto de vida
	Disminuir pensamientos irracionales acerca de su vida	Técnica de ABC	7	26/10/2022	Eliminar pensamientos irracionales y enfocarse en el presente
Afectivo	Disminuir el estado de ánimo depresivo, llanto fácil, ideas de muerte pasivas.	Técnica de Respiración	2	21/09/2022	Equilibrio del estado de ánimo e incremento de la resiliencia con estrategias de afrontamiento
Conducta social	Eliminar sensación de rechazo social y aceptación de condición de enfermedad	Psicoeducación acerca de la enfermedad física y psicológica	3	28/09/2022	Mejorar las relaciones sociales e incrementar la autoestima.
Somática	Cefalea, insomnio, pérdida de peso	Higiene del sueño, actividad física diaria, técnicas de relajación y actividades recreativas.	1	14/09/2022	Eliminar síntomas somáticos.

Anexo 2: Inventario de Depresión de Beck.

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

1

2

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

3

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

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

4

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

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

21).

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

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación	Nivel de depresión*
1-10	Estos altibajos son considerados normales.
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20	Estados de depresión intermitentes.
<u>21-30</u>	Depresión moderada.
31-40	Depresión grave.
+ 40	Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

30 Puntos.

Anexo 3: Cuestionario de Funcionamiento familiar (FF-SIL)

Evaluación del funcionamiento familiar según instrumento FF-SIL.

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL): a continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado, según se observa en el siguiente cuadro:

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

Total = 27 Puntos.

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar; este se muestra en el siguiente cuadro:

Anexo 4: Fotografías

Imagen 1: Aplicación de las técnicas para la recolección de información de la paciente de 20 años.



Imagen 2: Tutorías con el Master Andres Arreaga

