

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Humanidades
Escuela de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



Estudio de caso sobre Depresión Infantil en una adolescente de 14 años
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Gladis Judith Orellana Rivera

Guatemala, agosto 2016

Estudio de caso sobre Depresión Infantil en una adolescente de 14 años

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Gladis Judith Orellana Rivera

M. Sc. Anabella Cerezo de García (**Asesora**)

M.A. Eymi Castro de Marroquín (**Revisora**)

Guatemala, agosto 2016

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretario General EMBA. Adolfo Noguera Bosque

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan

Coordinadora de Licenciaturas Licda. Ana Muñoz

Coordinadora de Egresos M.A. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE HUMANIDADES,
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: *Gladis Judith Orellana Rivera*

Estudiante de la **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Práctica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación

DICTAMEN CON FECHA: agosto 2, 016

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social se resuelve:

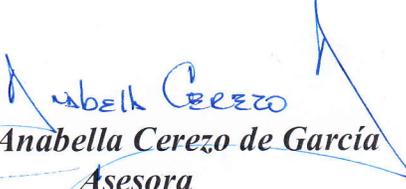
1. La solicitud hecha para realizar **Práctica Profesional Dirigida** esta enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante *Gladis Judith Orellana Rivera*, recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.


M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala doce de julio del dos mil dieciséis.

En virtud de que el Informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Estudio de caso sobre Depresión Infantil en una adolescente de 14 años”**. Presentada por la estudiante: **Gladis Judith Orellana Rivera**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


M. Sc. Anabella Cerezo de García
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, Julio 25 de 2016.

En virtud de que el Informe Final de la **Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida** con el tema: **“Estudio de caso sobre Depresión Infantil en una adolescente de 14 años”**. Presentada por la estudiante: **Gladis Judith Orellana Rivera**, previo a optar al grado Académico de **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

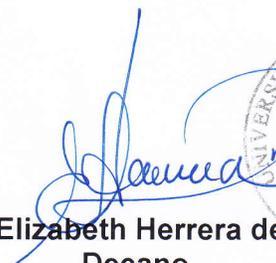


M.A. Eymi Castro de Marroquín
Revisora



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes agosto del dos mil dieciséis.-----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Estudio de caso sobre Depresión Infantil en una adolescente de 14 años", presentado por: Gladis Judith Orellana Rivera, previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de Práctica Profesional Dirigida.


M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades



Nota: Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

Contenido

Resumen	i
Introducción	iii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	2
1.3 Ubicación	3
1.4 Organización	3
1.5 Organigrama	4
1.6 Visión	6
1.7 Misión	6
1.8 Programas Establecidos	6
1.9 Justificación de la Investigación	8
Capítulo 2	9
Marco Teórico	9
2.1 Trastornos del estado de ánimo	9
2.1.1 Depresión	10
2.1.2 Síntomas de la depresión	11
2.1.3 Manejo de emociones	12
2.1.4 Maltrato infantil	14
2.1.5 Falta de recursos	16
2.1.6 Institucionalización	17
2.1.7 Entorno familiar, social y escolar	19
Capítulo 3	21
Marco Metodológico	21
3.1 Planteamiento del problema	21
3.1.1 Problemática del caso de estudio	22
3.2 Pregunta de investigación	23

3.3	Objetivo general	23
3.4	Objetivos específicos	24
3.5	Alcances y límites	24
3.5.1	Alcances	24
3.5.2	Límites	25
3.6	Método	25
	Capítulo 4	28
	Presentación de Resultados	28
4.1	Sistematización de Estudio de Caso	28
4.1.1	Motivo de consulta	28
4.1.2	Historia del problema actual	29
4.1.3	Historia clínica	30
4.1.4	Historia Familiar	31
4.1.5	Examen del estado mental	32
4.1.5.1	Conducta motora y estado afectivo	32
4.1.6	Estado cognoscitivo	33
4.1.7	Resultados de las pruebas	34
4.1.8	Impresión diagnóstica	38
4.1.9	Evaluación multiaxial	39
4.1.10	Recomendaciones	40
4.1.11	Plan terapéutico	40
4.2	Análisis de Resultados	55
	Conclusiones	63
	Recomendaciones	65
	Referencias bibliográficas	67
	Anexos	69

Lista de Cuadros

Cuadro No. 1 Pruebas e instrumentos aplicados	34
Cuadro No. 2 Resultados cuantitativos CAQ	37
Cuadro No. 3 Presentación plan terapéutico	46
Cuadro No. 4 Objetivos, técnicas y recursos Terapia Cognitiva Conductual	47
Cuadro No. 5 Objetivos, técnicas y recursos Terapia Gestalt	53

Lista de imágenes

Imagen No.1 Asociación Buckner Guatemala	4
Imagen No. 2 Centro Residencial de protección en modelo familiar	5
Imagen No. 3 Genograma	31

Resumen

El presente trabajo es una exposición del estudio de caso realizado durante el quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, sede central zona 16, como parte de la Práctica Profesional Dirigida. Durante siete meses, de marzo a octubre del año 2015, se llevó a cabo la práctica. El lugar elegido por la alumna Gladis Judith Orellana Rivera, fue el Centro Residencial de Protección en Modelo Familiar, Hogar Marta y María de la Asociación Buckner Guatemala. Éste se encuentra ubicado en la 12 avenida B, Sector B-3, 5-98 zona 8 de Mixco.

En el informe se presentan cuatro capítulos. El capítulo 1, se mostró el Marco de Referencia que cuenta con una descripción estructurada y detallada de los antecedentes de la institución, además de la ubicación, la organización, los programas establecidos y la justificación del trabajo.

El capítulo 2, incluye el Marco Teórico que mostró información sobre la investigación de depresión, negligencia parental y maltrato infantil según varios autores. Exponiendo toda la base teórica del presente informe.

En el capítulo 3, se encuentra el Marco Metodológico donde se plantearon los objetivos, la pregunta de investigación, los alcances y las limitaciones de la institución. Así como la metodología que se utilizó en el caso de estudio. Dentro de las técnicas se ejecutó un estudio cualitativo descriptivo, donde se tomó como sujeto de estudio a una de las pacientes referidas por el Hogar Marta y María. Además se presenta el abordaje psicoterapéutico que se llevó a cabo con la adolescente del caso de estudio. Se explicó el psicodiagnóstico realizado por medio de varias entrevistas, la evaluación por medio de pruebas para elaborar un diagnóstico, formular una hipótesis sobre la problemática, se presentó el resultado y la información a la paciente para realizar el tratamiento psicológico. Todo con el fin de continuar con el procedimiento adecuado.

Finalmente en el capítulo 4, está el resultado del análisis del caso de estudio junto con conclusiones y recomendaciones. Y también se adjuntan los respectivos anexos del caso de estudio.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud describe a la depresión como una enfermedad frecuente en todo el mundo; distinta a las variaciones habituales del estado del ánimo y a las respuestas emocionales a los problemas de la vida diaria. Se puede convertir en un problema cuando es de larga duración, con intensidad de moderada a grave, causando sufrimiento y alterando las actividades familiares, escolares y laborales. El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV TR la refiere como un trastorno del estado de ánimo; la característica principal es que el paciente presenta una tristeza profunda y una pérdida del sentido de vida asociadas a alteraciones en el pensamiento, el comportamiento y el grado de actividad.

Durante la realización de la Práctica Profesional Dirigida, se trabajó con una paciente de 14 años de edad, quien presentaba síntomas de depresión debido a que fue separada de su familia por agresión sexual y negligencia en la infancia. El caso se desarrolló a partir de la pregunta de investigación, ¿Cómo afecta la depresión en las relaciones interpersonales a la adolescente del caso de estudio? El objetivo general fue determinar como la depresión le afectó en las relaciones interpersonales. Como objetivos específicos se tuvo determinar los síntomas de depresión que manifestaba la adolescente, cómo le afectó el maltrato infantil, la negligencia y su entorno; evaluar emociones y habilidades sociales, el impacto que tuvo la institucionalización y la falta de recursos.

En el proceso psicodiagnóstico se utilizaron técnicas como la observación y entrevista, se aplicaron diferentes pruebas de evaluación psicológica, para la realización del diagnóstico y posterior abordaje para la paciente. Los modelos psicoterapéuticos ofrecen diferentes técnicas para el abordaje y tratamiento de los pacientes que presentan depresión. En el caso de estudio se utilizó el modelo cognitivo conductual.

El presente trabajo se llevó a cabo con la finalidad de poner en práctica las competencias y capacidades adquiridas durante los 5 años de estudio de la carrera de Psicología Clínica y

Consejería Social de la Universidad Panamericana; como requisito dentro del pensum y como un aporte a la práctica de la psicología en adolescentes.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

La depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Bernardo Nardi (2004), en su artículo “La Depresión Adolescente”, explica que en la adolescencia la depresión se presenta con aspectos variables. Se pueden mencionar algunos como expresiones comportamentales que pueden llegar a impactar y actitudes con marcado retraimiento. O puede estar oculta bajo algún trastorno psicossomático o por conductas que ponen en peligro su vida. Estas manifestaciones pueden aparecer en forma marcada e inesperada. Y dada su relevancia clínica, estos aspectos no deben ser minimizados.

En el país, Buckner Guatemala es una Asociación sin fines de lucro dedicada desde hace más de 10 años a servir a Niños, Niñas y Adolescentes (NNA), familias y comunidades en situación de vulnerabilidad. Trabajan programas de “Prevención y Atención” desarrollados a través de centros de Transformación Comunitaria, de Defensoría Infantil y Ayuda Humanitaria; cuentan también con programas de Cuidados Residenciales a través de Hogares de Protección y Abrigo, Albergues de Emergencia y Familias Sustitutas.

Buckner Internacional funciona en más países, además de Guatemala, como Kenia, Honduras y México. Con las mismas bases internacionales, buscan que los niños abandonados o retirados de un hogar por abuso o negligencia no sean colocados en la atención institucional. Con el fin de evitar que lleguen a orfanatos, Buckner trabaja con el gobierno (en el caso de Guatemala) para

identificar niños y niñas, entre los 12 y 17 años, que puedan ser colocados en una de las tres casas con las que cuenta el grupo adoptivo.

Los “Centros Residenciales de Protección en Modelo Familiar” (uno de sus proyectos) se describen como “un espacio afectivo y cálido donde se ofrece protección y asistencia a adolescentes en situación vulnerable o riesgo social, a través de programas de formación de vida diaria y valores, que les permita ser personas productivas y autosuficientes”.

Se presentan como una alternativa de vida para los adolescentes en situación de riesgo social o que han sido vulnerados en sus derechos fundamentales. En su totalidad, los adolescentes que llegan a los hogares de Buckner Guatemala, son referidos por orden de un Juez. Ahí reciben apoyo multidisciplinario: trabajadores sociales, psicólogos, médicos y tutores académicos. “Los adolescentes viven en un ambiente familiar en donde tienen la figura materna y paterna”, se lee en el sitio web de la asociación.

Buckner Guatemala asegura que además de lo mencionado anteriormente, se les brinda a los menores en resguardo un seguimiento adecuado dentro del proceso legal, formación espiritual y promoción de valores. También reciben asistencia para sus necesidades básicas, promoción de una vida independiente y orientación vocacional personalizada.

1.2 Descripción

Buckner Guatemala es una asociación sin fines de lucro, orientada a servir a niños, niñas y adolescentes, en estado de vulnerabilidad y desprotección, así como a familias en pobreza y pobreza extrema.

La Asociación Buckner Guatemala, atiende a niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad, remitidos por juzgados de niñez y adolescencia, bajo orden de abrigo y protección. Satisfaciendo sus necesidades básicas inmediatas de vivienda, alimentación, educación, salud, crecimiento espiritual. Es de gran importancia contar con un Plan Educativo

Institucional, lo que permite establecer el proceso educativo a seguir en cada uno de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran bajo la protección y abrigo de los hogares. Los beneficios de contar con un Plan Educativo Institucional es el poder brindarles a los niños, niñas y adolescentes una educación de calidad, permitiendo ser personas de éxito, formándolos con altos valores humanos, cristianos, académicos y técnicos.

1.3 Ubicación

La Asociación Buckner Guatemala se encuentra ubicada en la 12 avenida B Sector B-3 5-98 zona 8 de Mixco.

1.4 Organización

La institución es precursora de resguardo, prevención y desarrollo integral que proporciona una mejor calidad de vida a niñas, niños, adolescentes y familias en estado de vulnerabilidad en Guatemala. Inicio sus programas en el año 2002. En enero del 2003 comenzaron a recibir grupos de misioneros y se convirtieron en una Asociación sin fines de lucro en el año 2005. Es una organización no gubernamental apoyada por donaciones de organizaciones empresariales, individuales, iglesias bautistas y universidades norteamericanas.

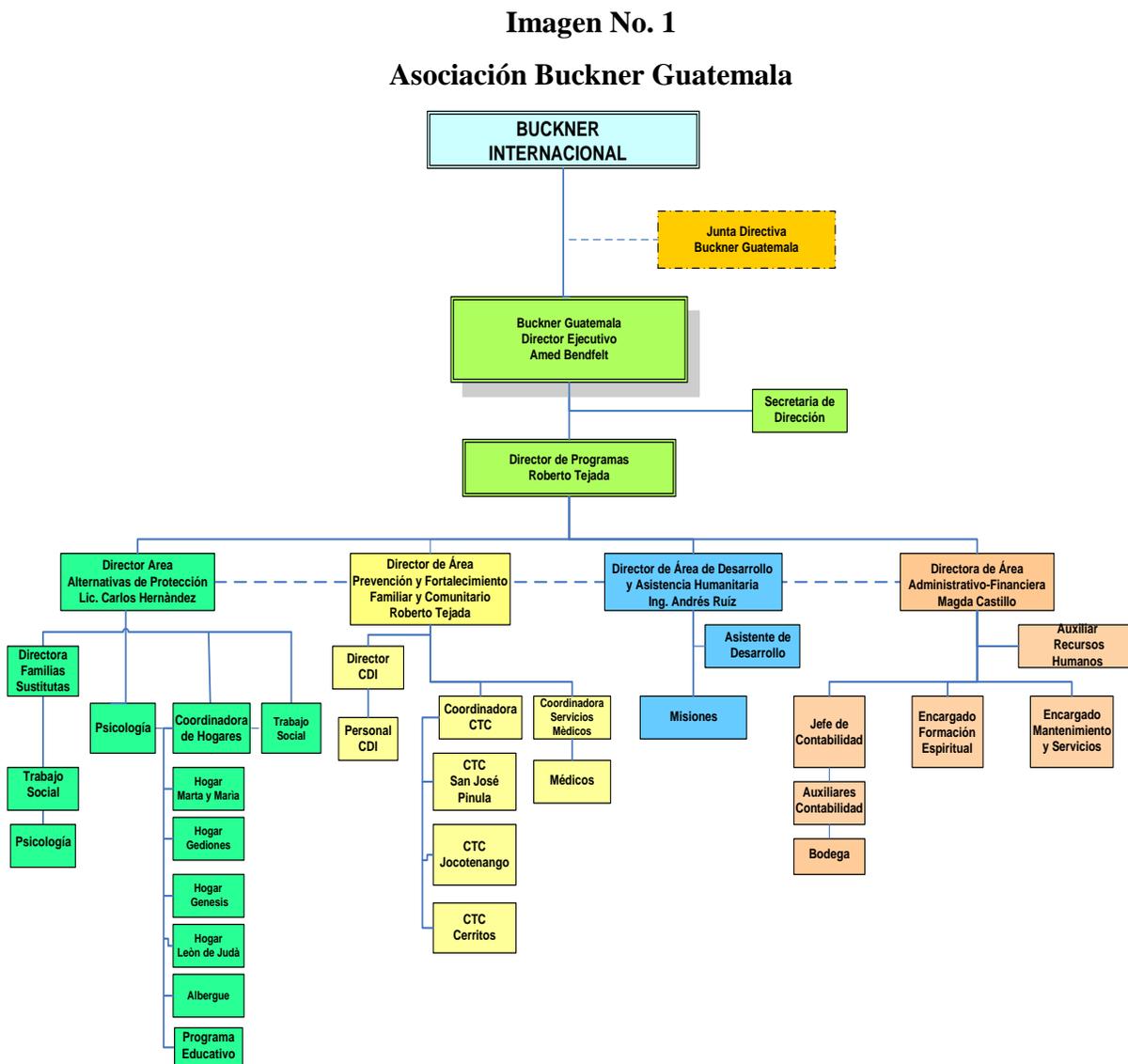
Los Centros Residenciales de Protección en Modelo Familiar Hogar cuentan con un Director General, un Director de Programas y Áreas, un Encargado de los Hogares de Protección, quien se encarga de organizar, planificar, presupuestar, designar obligaciones y responsabilidades al personal a su cargo: Una trabajadora Social, una Psicóloga de Programas, un médico de Programa de Salud, un Profesor-Tutor y un encargado de Limpieza.

El Centro Residencial de Protección en Modelo Familiar, Hogar Marta y María es una casa equipada con todo el mobiliario necesario; se encuentra ubicada en la 5 calle A 13-59 Sector B-2 Zona 8 de Mixco, Ciudad San Cristóbal. Cuenta con sala, comedor, cocina, salón de estudio y el

área de lavandería, en el primer nivel. En el segundo nivel se encuentran cuatro dormitorios, dos baños, un salón de clases y una pequeña bodega.

1.5 Organigrama

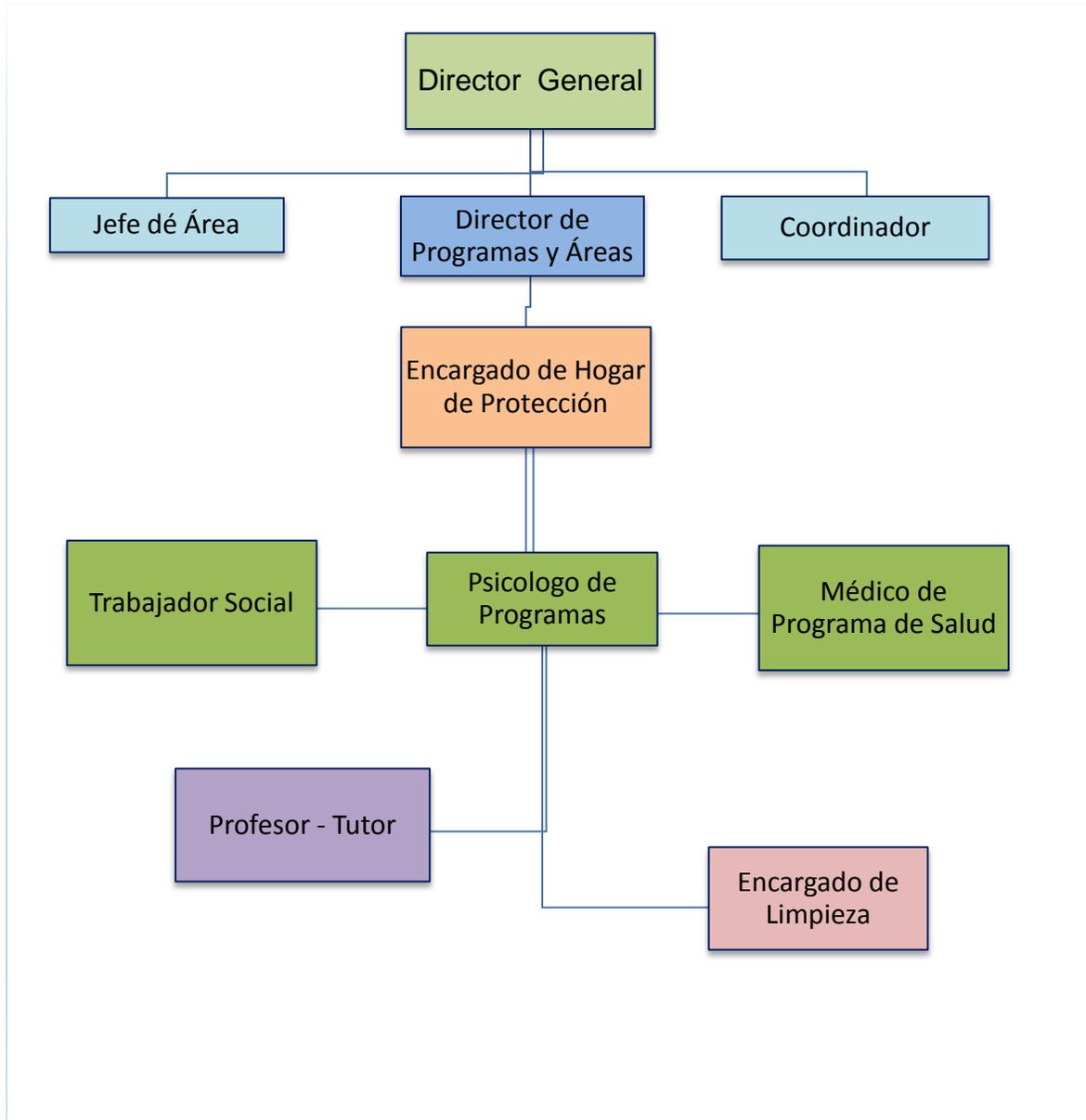
La siguiente gráfica muestra el Organigrama General de la Asociación Buckner Guatemala.



Fuente: Asociación Buckmer Guatemala, septiembre de 2015.

A continuación se presenta se presenta el Organigrama de los Centros Residenciales de Protección en Modelo Familiar.

Imagen No. 2
Centro Residencial de Protección en Modelo Familiar



Fuente: Asociación Buckmer Guatemala, septiembre de 2015.

1.6 Visión

“Ser una institución pionera en protección, prevención, fortalecimiento familiar y desarrollo integral que promueva los derechos de niñas, niños, adolescentes y familias en Guatemala en estado de vulnerabilidad”.

1.7 Misión

“A través de programas de protección, prevención y desarrollo integral, que se basan en la solidaridad y el liderazgo positivo; Buckner Guatemala facilita las herramientas necesarias a niñas, niños, adolescentes y familias con el fin de restituir y promover su calidad de vida.”

1.8 Programas establecidos

La Asociación Buckner Guatemala cuenta con los siguientes programas establecidos:

- Centros de Transformación Comunitaria CTC
- Programas de Prevención

Modelo de atención familiar y comunitario integral.

Que brinda servicios a niños, niñas y adolescentes y familia en estado de vulnerabilidad y pobreza.

Con el objetivo principal de fortalecer la dinámica familiar, preservar la integración. Facilitando herramientas de desarrollo que contribuyan a mejorar su calidad de vida, disminuyendo la problemática social.

- Centro de Defensoría Infantil CDI: Brinda Atención social y psicológica a niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual procurando la restitución de sus derechos y su restauración integral.
- Programas de Programas de Protección
- Centros Residenciales de Protección en Modelo Familiar: Un espacio afectivo y cálido donde se ofrece protección y asistencia a adolescentes en situación vulnerable o riesgo social, a través de programas de formación de vida diaria y valores, que les permita ser personas productivas y autosuficientes.
- Programas de Acogimiento Familiar: Programa que promueve el derecho que todo niño, niña o adolescente tiene a vivir en familia, cuando por situaciones especiales deben ser separados de manera temporal o definitiva de su familia de origen evitando su estacionalización, prevaleciendo el principio del interés superior del niño.

Para la restitución del derecho de vivir en familia, implementa las siguientes estrategias.

- Familia Sustituta: Apoya y fortalece al programa de Familias Sustitutas de la Secretaria de Bienestar Social, en la promoción, divulgación, reclutamiento y evaluación de familias dispuestas a brindar amor, cuidado y protección en forma temporal al niño, niña o adolescente hasta ser integrado a su familia de origen o a una solución familiar permanente.
- Semillas de Esperanza Guatemala: Evita la institucionalidad de niños y niñas de 0 a 3 años a través de soluciones alternativas de cuidado. Impulsa la desinstitucionalización de niños y niñas de 0 a 3 años del Hogar Seguro de la Secretaria de Bien Estar Social, mediante la reunificación familiar, familia ampliada o familia sustituta, en coordinación con las instituciones vinculadas al proceso de protección. Promueve la formación en acogimiento familiar y alternativas de protección a profesionales vinculados al Sistema de Protección.

1.9 Justificación de la Investigación

El trabajo, “Estudio de caso sobre Depresión Infantil en una adolescente de 14 años”, está basado en el análisis de diferentes situaciones, y se realiza como parte de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida. Además de ser un requisito dentro del pensum de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Panamericana (Upana), se pretende que pueda presentarse como un aporte para la práctica de la psicología en adolescentes.

Poner en práctica las competencias y capacidades que se han adquirido a lo largo de los 5 años, es uno de los objetivos principales de esta investigación. La integración de todo el conocimiento teórico y clínico brindado por la Universidad Panamericana, hizo posible la terapia para las pacientes y proporcionó las herramientas necesarias para el proyecto. Desde el lunes 23 de marzo del 2015, se puso en práctica la psicoterapia clínica en la Asociación Buckner de Guatemala (Centro Residencial de Protección en Modelo Familiar, Hogar Marta y María), y se finalizó el jueves 29 de octubre del mismo año. Tiempo prudencial y necesario para la evaluación, intervención y cierre de los casos de estudio.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Trastornos del estado de ánimo

David Sue, Deral Wing Sue y Santley Sue (2010) refieren que las perturbaciones en las emociones son las causantes de los trastornos que se dan en el estado del ánimo, llegando a causar malestar y dificultad para funcionar de manera adecuada. Manifiestan que la depresión y la manía son los dos extremos del estado de ánimo, entre la tristeza profunda y la euforia desbordante.

Richard P. Halgin y Susan Krauss Whitbourne (2009) manifiestan que los trastornos del estado de ánimo son más dolorosos y perturbadores que los cambios de ánimo que se perciben a diario. Este tipo de trastorno puede llevar a la muerte a las personas al sentir un dolor tan grande e intenso que las paraliza, llevándolas a pensar en el suicidio.

Richard P. Halgin y Susan Krauss Whitbourne (2009) definen a los trastornos anímicos como una perturbación emocional, que se advierte con una depresión extrema, con una alegría exagerada o la combinación de estas. Siendo la característica principal en los estados depresivos la tristeza profunda y dolorosa que las personas llegan a sentir.

En el trastorno bipolar, otro tipo dentro de los trastornos del estado de ánimo, las personas cambian de una tristeza profunda a una alegría excesiva. Estos cambios se dan durante un episodio o periodo delimitado que puede tener un indicador de leve, moderado o grave.

Richard P. Halgin y Susan Krauss Whitbourne (2009) explican las diferencias entre dos formas de depresión cuando existe un indicador de grave. Son estas formas el trastorno depresivo mayor con episodios agudos y el trastorno distímico que es una forma de depresión crónica, pero menos grave.

El DSM - IV – TR (2005) hace una división de los trastornos del estado de ánimo agrupándolos en tres tipologías: trastornos depresivos, trastornos bipolares y otros trastornos del estado de ánimo; dándole mayor importancia a los trastornos depresivos y a los trastornos bipolares que manifiestan una alteración en el estado de ánimo que no se debe a ningún trastorno físico o mental. Los trastornos del tercer tipo, otros trastornos del estado de ánimo, son causados por enfermedad médica, por medicamentos por orden médica o por el abuso de drogas ilícitas o por sustancias químicas.

Irwing G. Sarason y Barbara R. Sarason (2006) refieren que alrededor del 10% de la población adulta en Estados Unidos ha tenido alguno de estos trastornos, pero que en su mayoría no recibió tratamiento; representando estas personas un problema social por el efecto que causan estos trastornos en la calidad de vida y en la productividad de este porcentaje de la población. El suicidio se encuentra muy ligado a los trastornos del estado de ánimo; donde la depresión se encuentra relacionada con una tercera parte de los suicidios. Concluyen diciendo que el tratamiento para estos trastornos disminuye la miseria humana, aumentando la productividad económica y disminuyendo el uso de los centros de asistencia médica. Observándose una diferencia entre hombres y mujeres, afectando dos veces más al género femenino que al masculino.

2.1.1 Depresión

David Sue, Deral Wing Sue y Santley Sue (2010) explican que es posible sentirse deprimido o eufórico en algún momento de la vida, pero que pueden convertirse en un trastorno del estado del ánimo cuando se manifiestan por un periodo largo. Le llaman depresión unipolar al trastorno del estado del ánimo donde se manifiesta la depresión y se caracteriza por una tremenda tristeza, experimentando sentimientos de inutilidad y minusvalía.

Para Irwing G. Sarason y Barbara R. Sarason (2006) la depresión abarca diferentes cambios negativos en el estado de ánimo así como en la conducta, pudiendo ser estos, temporales o duraderos, comprendiendo una tristeza menor que puede llegar a una visión negativa de la vida,

ocasionándole incapacidad para funcionar adecuadamente. Al no ser tratada de forma apropiada puede llegar a tener consecuencias negativas para la persona que la sufre.

No existe una sola definición para el concepto de depresión, pero todas coinciden en que es una alteración en el estado del ánimo que incluye, entre otros, tristeza profunda y baja autoestima.

2.1.2 Síntomas de la depresión

Irwing G. Sarason y Barbara R. Sarason (2006) describen que se ha observado que la depresión se desarrolla a partir de factores que incluyen la herencia, la edad, el género, los eventos de vida estresantes así como la falta de apoyo social; factores que se pueden dividir en factores biológicos, genéticos y psicosociales.

Los síntomas de la depresión los dividen David Sue, Deral Wing Sue y Santley Sue (2010) en síntomas afectivos, síntomas cognitivos, síntomas conductuales y síntomas fisiológicos. Entre los síntomas afectivos se destacan los sentimientos de tristeza, la pérdida de sentido de vida así como de gozo de ella, también se experimenta la disminución de autoestima que se relaciona con los sentimientos de minusvalía. El estado de ánimo deprimido lleva al llanto de forma que no se controla, probablemente como una respuesta a la frustración o al enojo. Los sentimientos de inutilidad, vacío y desesperanza son comunes.

Siguen diciendo David Sue, Deral Wing Sue y Santley Sue (2010) que los síntomas cognitivos se relacionan con pensamientos e ideas afines a manifestaciones depresivas, reflejándose en los pensamientos erróneos o disfuncionales (defectuosos) que llevan a creencias irracionales o injustificadas. Son estos pensamientos disfuncionales los que pueden llevar a tener pensamientos acerca del suicidio. También se encuentra en este grupo la dificultad para concentrarse y tomar decisiones de manera acertada.

Los síntomas conductuales incluyen el retraimiento social y productividad laboral deficiente. Indican Sue, Deral Wing Sue y Santley Sue (2010) que se observa a las personas con depresión

con poca motivación, anhedonia, que es es la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades considerándose una falta de reactividad a los estímulos normalmente placenteros. Con el bajo nivel de energía que existe también se puede observar a la persona con higiene, presentación y arreglo descuidado o inadecuado. El retardo psicomotor (movimientos psicomotores lentos) se observa en la lentitud en los movimientos corporales, las expresiones y en el lenguaje reducido y pausado; aunque estos síntomas son típicos, también se pueden manifestar síntomas de agitación que conllevan nerviosismo.

D. Sue, Deral Wing Sue y Santley Sue (2010) refieren que entre los síntomas fisiológicos que se encuentran asociados frecuentemente a la depresión se pueden mencionar los cambios de apetito y peso; cambios que se dan por comer constantemente aún sin tener hambre, o por el contrario, por la falta de interés por la comida, esta falta de interés puede llevar a hacer peligrar la vida. El estreñimiento es otro síntoma que se manifiesta por la ausencia del movimiento intestinal durante varios días. Existen alteraciones en el sueño que se manifiestan con la dificultad para dormir, dejando a las personas con cansancio durante el día; aunque se puede dar el caso contrario, donde exista hipersomnía o sueño excesivo. Puede existir interrupción del ciclo menstrual normal en la mujer, donde puede saltarse uno o varios períodos; el flujo menstrual disminuye. La aversión por las relaciones sexuales puede presentarse al disminuir el interés por ellas.

Los síntomas y las causas de la depresión son las mismas en niños, adolescentes y adultos. Lo que puede cambiar es la importancia que se le da a las características de la sintomatología, según sea la edad o el ciclo vital en la que se presenta la depresión. La prevalencia es mayor en la mujer.

2.1.3 Manejo de emociones

Para hablar de emociones, lo más indicado es recurrir a autores como Daniel Goleman y su libro La Inteligencia Emocional. El término emoción, Daniel Goleman (2013) lo utiliza para describir

un sentimiento y sus pensamientos; a los estados psicológicos y biológicos, así como a una variedad de tendencias para actuar.

Daniel Goleman (2013) refiere que la valoración de cada encuentro personal y las respuestas que se dan al mismo están moldeadas por el juicio racional o historia personal así como por el pasado ancestral de las personas. Es decir que todas las emociones son impulsos para actuar y enfrentar a la vida, según enseñanza que la evolución ha dejado. Esto lleva a creer que cada emoción tiene un papel en la que hay una predisposición para actuar.

En un sentimiento real dice Daniel Goleman (2013) y aclara que se tienen dos mentes, donde una piensa y la otra siente. Una es la mente racional, que es la forma de comprensión de la cual se es consciente, es reflexiva, capaz de analizar y meditar. La otra es impulsiva y puede llegar a ser ilógica, es la mente emocional. La mente racional pierde el control sobre la mente emocional en situaciones donde el sentimiento es más dominante. La mente emocional actúa de forma más rápida que la racional: se pone rápidamente en acción sin detenerse un momento a pensar en lo que está haciendo; lo que la lleva a no ser reflexiva ni analítica, que es la marca de la mente pensante, racional.

Las acciones que crea la mente emocional, según Daniel Goleman (2013), llevan una sensación de convencimiento fuerte, que puede desconcertar a la mente racional. Este proceso de percepción cambia la exactitud por velocidad, reaccionando sin detenerse a analizar, en forma reflexiva. La mente emocional puede interpretar una realidad emocional inmediatamente, formulando juicios intuitivos. Estas impresiones y juicios intuitivos, al ser realizados rápidamente, pueden ser falsos o equivocados.

Como la mente emocional es más rápida que la racional, se siente primero con el corazón y no con la cabeza. Daniel Goleman (2013) dice que existe una segunda clase de reacción emocional más lenta, que primero procesa los pensamientos antes de conducirlos al sentimiento. Esto lo hace para activar las emociones de forma intencional, siendo consciente de ellas. En este tipo de reacción emocional, los pensamientos (cognición), son claves para determinar qué tipo de

emociones serán provocadas; primero se evalúa para que se produzca una respuesta emocional adecuada.

Los sentimientos más intensos son reacciones involuntarias que hacen que no se pueda decidir sobre ellas, porque no se decide cuando aparecerán. Como no se puede elegir las emociones sobre los pensamientos, generalmente si se puede elegir en que pensar. La mente emocional no decide que emociones tener; los sentimientos solo surgen. Pero la mente racional si puede controlar el recorrido de estas reacciones.

2.1.4 Maltrato infantil

Enrique Gracia Fuster y Gonzalo Musitu Ochoa (1993) nombran maltrato infantil o abuso infantil cuando, en el trato a un menor, hay una acción de sus padres o de las personas responsables que le causen algún daño que amenace su desarrollo físico o psicológico; acción que puede ser física, sexual o emocional.

María Ignacia Arruabarrena y Joaquín de Paúl, (2005) manifiestan que en el maltrato infantil hay una que apreciación social respecto a lo peligroso o incorrecto para el desarrollo y educación del niño. La dificultad se presenta aquí porque no hay una aceptación social total en lo que respecta a las formas de educar, que pueden en un momento dado ser peligrosas y por lo cual no se deben admitir.

En Guatemala el maltrato infantil se puede considerar una práctica aceptada por las costumbres, la educación, la cultura y la práctica autoritaria que explica que el castigo y abuso en todas sus representaciones son una forma de corregir o de educar.

La Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) (2003) en el documento POLÍTICA PÚBLICA DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA manifiesta que no hay mucha denuncia en relación al abuso sexual y al

incesto. Expone también que Guatemala, es en Centroamérica, el país que tiene más niños, niñas y adolescentes que trabajan.

La ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (Ley PINA). Decreto N° 27 (2003) en el CAPÍTULO II, DERECHOS SOCIALES, SECCIÓN VII DERECHO A LA PROTECCIÓN POR EL MALTRATO, en el artículo 53 se lee lo siguiente:

ARTÍCULO 53. Maltrato y agravios. Todo niño, niña o adolescente tiene el derecho de no ser objeto de cualquier forma de negligencia, discriminación, marginación, explotación, violencia, crueldad y opresión, punibles por la ley, ya sea por acción u omisión a sus derechos fundamentales. Asimismo, tienen derecho a ser protegidos contra toda forma de maltrato. El Estado estimulará la creación de instituciones y programas preventivos o psico-sociales necesarios, para dar apoyo y orientación a la familia y a la comunidad. Deberá proporcionar la asistencia necesaria, tratamiento y rehabilitación a las víctimas, a quienes cuidan de ellas y al victimario.

ARTÍCULO 54. Obligación estatal. El Estado deberá adoptar las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger a los niños, niñas y adolescentes contra toda forma de: a) Abuso físico: que ocurre cuando una persona que está en una relación de poder con un niño, niña o adolescente, le inflige daño no accidental, provocándole lesiones internas, externas o ambas. La relación de poder se da cuando existe una diferencia de fuerza, edad, conocimiento o autoridad entre la víctima y el ofensor. b) Abuso sexual: que ocurre cuando una persona en una relación de poder o confianza involucra a un niño, niña o adolescente en una actividad de contenido sexual que propicie su victimización y de la que el ofensor obtiene satisfacción incluyéndose dentro del mismo cualquier forma de acoso sexual. c) Descuidos o tratos negligentes: que ocurre cuando la persona o personas que tienen a su cargo el cuidado y crianza de un niño, niña o adolescente, no satisface sus necesidades básicas de alimentación, vestido, educación, atención médica, teniendo la posibilidad de hacerlo. d) Abuso emocional: que

ocurre cuando una persona daña la autoestima o el desarrollo potencial de un niño, niña o adolescente.

Cualquier persona que tenga conocimiento sobre un hecho de los descritos anteriormente deberá comunicarlo de inmediato a la autoridad competente más cercana, quien a su vez deberá realizar las diligencias pertinentes a efecto de que se sancione drásticamente a los que resultaren responsables de los mismos.

Así mismo, la ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (Ley PINA). Decreto N° 27 (2003) establece en el CAPITULO III. PROCURADOR DE LOS DERECHOS HUMANOS A TRAVES DE LA DEFENSORIA DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA, lo siguiente:

ARTICULO 90. Creación. Se crea la Defensoría de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia, cuyas facultades son la defensa, protección y divulgación de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, ante la sociedad en general, así como el efectivo cumplimiento de las disposiciones que en esta materia precisa el ordenamiento jurídico nacional, la Constitución Política de la República, y otros convenios, tratados, pactos y demás instrumentos internacionales en materia de derechos humanos aceptados y ratificados por el Estado de Guatemala.

2.1.5 Falta de recursos

En su libro Desarrollo Humano, Diane E. Papalia, Sally Wendkod Olds y Ruth Duskin Feldman (2010) afirman que es durante la adolescencia donde se marca el crecimiento físico, cognoscitivo y social; es el periodo donde se da el cambio entre la niñez y la adultez. Es aquí donde se desarrolla y fortalece la autonomía, la autoestima y la intimidad, entre otras. Citan, “Los jóvenes que tienen relaciones de apoyo con los padres, la escuela y la comunidad tienden a desarrollarse de una manera saludable y positiva la etapa en que los adolescentes que tienen más apoyo en los padres, la comunidad educativa y la sociedad tienen más probabilidades de desenvolverse de una

mejor manera, más saludable y positiva (Youngblade et al., 2007)” (Diane E. Papalia, Sally Wendkod Olds y Ruth Duskin Feldman, 2010, p.356).

Se ha observado que la depresión puede aumentar durante la adolescencia, especialmente en el género femenino, posiblemente por los cambios biológicos que se dan en esta etapa. Diane E. Papalia, Sally Wendkod Olds y Ruth Duskin Feldman (2010) manifiestan que existen otros factores que pueden aumentar el riesgo de caer en la depresión y entre ellos se pueden mencionar la ansiedad, eventos estresantes en la vida del adolescente, el temor al contacto social, conflicto en la relación con la familia, conflictos que pueden ser por abuso, negligencia o descuido, por consumo de drogas y alcohol, separación o divorcio de los padres; también se puede dar por una historia de depresión en la familia y por distorsiones en la imagen corporal, entre otros.

Cuando se carece de recursos como el apoyo, la confianza y la guía familiar, es más fácil la pérdida de la autoestima. Aunque hoy día, se sabe que las causas de la depresión son una combinación de factores; está claro que los adolescentes que tienden a la depresión necesitan del apoyo de los adultos, se incluyen a los padres, así como de sus pares; de sus iguales con intereses afines.

2.1.6 Institucionalización

La institucionalización se da cuando la protección total de los niños, niñas y adolescentes queda a cargo del Estado, generalmente por ser objeto de maltrato, negligencia o descuido de sus padres.

Se intenta evitar la institucionalización de los niños, niñas y adolescentes en riesgo y vulnerabilidad, cuando se encuentran dependientes de procedimientos judiciales, para evitar la violación de los derechos humanos de la niñez y adolescencia al ser separados de su familia y privados de libertad.

Al ser separados de su familia, los niños, niñas y adolescentes rompen el vínculo familiar y de su entorno social y comunitario; esta situación los lleva a la despersonalización al perder el apoyo en su sentido de pertenencia y que es parte de lo que le da su identidad.

Cuando se da la institucionalización se afecta el desarrollo de la persona, daña la autoestima al generar sentimientos de inferioridad e inadecuación, hay confusión en el plano afectivo y en las relaciones de apego, que se manifiestan en la relaciones con sus cuidadores y con sus pares, su grupo afín. Se observan problemas de conducta que pueden derivar en timidez, retraimiento, agresión o violencia. Trae consecuencias negativas en el desarrollo emocional que se puede manifestar en su personalidad.

Generalmente los niños, niñas y adolescentes institucionalizados son víctimas que se encuentran privadas de libertad; con sentimientos de culpa, desesperanza y vacío al no comprender por qué el victimario se encuentra en libertad. Este hecho lo asocian a un castigo que no alcanzan a entender. Sumado a esto se encuentra el ser nuevamente revictimizadas al enfrentar sus procesos penales.

En agosto de 2011, en el documento de Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (RELAF), se lee: “Las grandes instituciones, la internación de bebés por causas de “protección de derechos”, las largas permanencias innecesarias en las instituciones y la consecuente falta de oportunidades para quienes han estado allí y la respuesta única de institucionalizar a niños fuera de sus países de origen, deben ser erradicadas de las sociedades como prácticas toleradas socialmente y legitimadas por las instituciones de gobierno y sociedad civil. En tanto persistan, darán vergonzoso testimonio de la presencia de acciones represivas, estigmatizantes y arrasadoras de la niñez y la adolescencia de América Latina”. (p. 41).

2.1.8 Entorno familiar, social y escolar

“El efecto negativo de los eventos de vida concernientes a las relaciones personales cercanas se hace aún más fuerte porque por lo regular está acompañado por una reducción del apoyo social. El apoyo social, la confianza de que una persona sea atendida por otros que pueden proporcionar ayuda o apoyo emocional cuando es necesario, es una protección importante contra la depresión. Es probable que la conducta de otros, que trasmite críticas o que da a entender que una persona no merece amor o amistad, esté más relacionada con la depresión que la simple ausencia de apoyo (Harris, 1992)”. (Irwin G. Saranson y Barbara R. Saranson, 2006, p. 336).

Richard P. Halgin y Susan Krauss Whitbourne (2009) refieren que la depresión ha hecho que algunas personas hayan tenido dificultades en las interacciones con las otras personas. Las lleva durante su vida a tener habilidades sociales deficientes, donde su negativismo y su auto desvalorización en forma constante, lleva a los demás a sentirse culpables y también deprimidos, respondiendo con crítica y rechazo que se suma a la visión de túnel (visión negativa) que la persona que sufre de depresión tiene del mundo.

“El primer paso es el fracaso de la persona en la niñez al adquirir las habilidades necesarias para desarrollar relaciones íntimas satisfactorias. Este fracaso conduce a una sensación de desesperación, aislamiento y a la depresión resultante. Una vez establecida la depresión de una persona, se mantiene por medio de habilidades sociales deficientes y una comunicación deteriorada, lo que conduce al rechazo adicional de los demás. Las depresiones reactivas en la edad adulta pueden surgir cuando el individuo experimenta un suceso de vida estresante, como el final de una relación o la muerte de una persona significativa. Tras el comienzo de los síntomas depresivos, se perpetúan las habilidades sociales desadaptadas del individuo”. (Richard P. Halgin y Susan Krauss Whitbourne, 2009, p. 290). Declarando también que las experiencias estresantes pueden llevar a los individuos a la depresión.

“El apoyo o los recursos sociales adecuados pueden funcionar como un obstáculo para la depresión cuando estamos expuestos al estrés” (David Sue, Deral Wing Sue y Santley Sue, 2010, p. 318).

Julián Melgosa (2000) indica que entre las presiones que sufre el adolescente se encuentran los cambios biológicos, que corresponden a la edad, la paulatina sexualidad, las relaciones interpersonales, la inseguridad que siente por el futuro así como las exigencias y expectativas del medio ambiente. Reaccionado con oposición y rebeldía, con enfrentamientos dentro del seno familiar, con problemas escolares y que lo pueden hacer llegar a la depresión. Aclarando que no es lo mismo estar desanimado que estar deprimido; que lo conveniente es decir que se encuentra con el estado de ánimo alterado, pudiendo llegar a decirse que presenta algunos síntomas o signos depresivos. La depresión en la adolescencia es más frecuente que en la niñez.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

Las variaciones en el estado de ánimo son algo normal, un ejemplo de esto es la tristeza. Encontrar a adolescentes con momentos de tristeza, nostalgia, o de mal humor no debe significar problema alguno, siempre y cuando este estado de ánimo sea pasajero. A diferencia de la depresión, que es un estado de ánimo que comprende sentimientos intensos de tristeza, desaliento, desánimo o desesperación, que puede durar semanas, meses o más tiempo; afecta la capacidad para realizar actividades frecuentes. Afecta los pensamientos, las emociones, las conductas, así como el estado de ánimo en general.

En la adolescencia, la depresión es cada día más frecuente. Cuando una adolescente sufre de depresión el mundo le parece oscuro, con pensamientos negativos y autocríticos. Síntomas que se traducen y representan en sentirse inútil y no querida, cansada, irritable y con cambios en el apetito. Los problemas, por pequeños que sean, le parecen angustiosos. Provocan que se dé por vencida, que llore y se sienta sin fuerzas para cambiar las cosas. La persona se aísla del resto, y de las actividades de las que en algún momento disfrutó. La depresión se puede presentar de forma leve o severa. Y trae consigo sentimientos tan profundos de desesperación que puede, incluso, conducir a pensamientos suicidas.

A continuación se presenta la problemática de una adolescente, con signos y síntomas de depresión, a quien por motivos de confidencialidad se le cambiaron los nombres, junto con los de su familia.

3.1.1 Problemática del caso de estudio

La paciente llegó con 14 años de edad al Centro Residencial de Protección en Modelo Familiar, Hogar Marta y María de la Asociación Bukner Guatemala, por referencia del Juzgado de Niñez y Adolescencia. Tras recibir abusos verbales, psicológicos y sexuales, por parte de su padrastro; la adolescente presentó signos y síntomas de depresión, por problemas relativos al grupo primario de apoyo y por problemas económicos. Además de las complicaciones que se dieron en su hogar, la adolescente se sintió poco apoyada por su madre. El hecho de ser una hija no reconocida, y enterarse de quién es su verdadero padre; son hechos que sumados hacen que se sienta triste y desalentada. Los recursos y herramientas de afrontamiento, con las que cuenta, son pocas o inexistentes. Por lo que se siente sola, afligida e impotente para afrontar la situación. Además tiene pensamientos de visión de túnel, donde todo lo ve negro, cree que su vida no vale nada y que todo la lleva a preguntarse porqué nació. Mientras experimenta deseos de morir y sentimientos de culpa.

La relación con su familia es compleja. La paciente ha vivido toda su vida con su mamá y su padrastro, a quien creía su papá biológico porque le demostraba cariño. Hace dos años, aproximadamente, él la comenzó a agredir física, psicológica y sexualmente. Al principio del abuso sexual, la paciente creyó que era normal porque él era su papá, pero con el tiempo se empezó a sentir mal y desconfió de él. El abuso físico y el verbal, se daban cuando la golpeaba tirándole los platos, ollas y sartenes a la espalda, mientras la insultaba verbalmente. Sin embargo, la paciente no es la única víctima. El trato del padrastro hacia sus hermanos menores, sus hijos biológicos, también es abusivo.

La forma en la que la adolescente se entera de que no es hija de su abusador, es por medio de una amiga. Y es su mamá quien se lo confirma después. Tras tomar la decisión de buscar a su padre biológico, lo conoce. Pero sin encontrar en él, el apoyo que esperaba. Todo esto, provocan en ella sentimientos de enojo y rechazo, además de tristeza y poca valía. Así es como finalmente se da cuenta de lo que su padrastro está haciendo con ella, lo que no es bueno ni correcto. Por lo que

habla con su madre sobre el abuso sexual, pero lo único que logra es una discusión entre su mamá y el padrastro, que no se representa en acciones concretas.

La paciente decide irse a vivir a la casa de una tía y denunciar el hecho. Decisión que le provoca ansiedad porque deja a sus hermanos, víctimas del mismo abuso físico y verbal. Su madre trabaja todo el día en un restaurante de comida china y se encuentra comenzando un nuevo embarazo. El padrastro trabaja de ayudante de bus, cuando tiene trabajo; esta situación hace que la economía sea insuficiente. La abuela paterna cuida de los niños cuando el padrastro tiene trabajo. De lo contrario lo hace él.

Las situaciones que la paciente ha vivido, le provocan tristeza y aflicción. Se siente frustrada, deprimida y piensa que sería mejor si se muriera. Ve todo negro a su alrededor, y ha llegado a considerar autoagredirse para terminar su vida. Se cree responsable de sus hermanos y de la forma en que se están desarrollando los acontecimientos. Lo que la hace verse a sí misma como mala y le causa más desconsuelo y sentimientos de culpa. En su cuadro clínico, presenta signos de baja autoestima, síntomas de depresión, enojo y frustración. Así como complicaciones a la hora de establecer relaciones interpersonales.

Por lo anterior expuesto surge la siguiente interrogante:

3.2 Pregunta de investigación

¿Como afecta la depresión a la adolescente en las relaciones interpersonales?

3.3 Objetivo General

Determinar como la depresión afecta las relaciones interpersonales en la adolescente.

3.4 Objetivos Específicos

- Determinar cuáles eran los síntomas de depresión que manifestaba la adolescente de 14 años del caso de estudio.
- Evaluar como las emociones afectan las habilidades sociales de la adolescente de 14 años del caso de estudio.
- Determinar cómo afectó el maltrato infantil y la negligencia a la adolescente del caso de estudio.
- Evaluar el impacto que casusa la falta de recursos.
- Evaluar qué impacto tiene la institucionalización en la vida de la adolescente de 14 años del caso de estudio.
- Evaluar como la depresión afectó el entorno de la adolescente.

3.5 Alcances y límites

3.5.1 Alcances

Entre los alcances obtenidos en el estudio de casos de la Práctica Profesional Dirigida se pueden mencionar la empatía, el rapport y la alianza terapéutica. Que se evidenció en la disposición y la constancia de la paciente al colaborar en su proceso terapéutico, así como en los cambios positivos observables que tuvo. El proceso duró siete meses.

Se logró mayor experiencia y aprendizaje en el manejo de las técnicas y herramientas utilizadas para poder ayudar a la adolescente que necesitó del apoyo profesional.

3.5.2 Límites

Los límites o dificultades que se afrontaron fueron pocos. En la institución donde se realizó la práctica, el Centro Residencial de Protección en Modelo Familiar, Hogar Marta y María de la Asociación Bukner Guatemala, se tuvo escasos obstáculos. Se contó con el apoyo por parte de la institución, así como con la ayuda y asesoría de la psicóloga encargada del lugar. Las adolescentes colaboraron y cumplieron con su proceso terapéutico.

Únicamente se puede mencionar que no se cuenta con áreas específicas para la consulta psicológica, así como la falta de coordinación por parte de Buckner Guatemala cuando las adolescentes (pacientes) asistían a actividades propias de la institución, y se afectaba el horario y la continuidad del plan terapéutico propuesto.

3.6 Método

Este estudio se clasificó dentro del enfoque metodológico cualitativo y se dio como parte de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida, del quinto año de la carrera de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social. La investigación cualitativa se basó en el estudio de caso, se enfocó en comprender y profundizar el Trastorno de la Depresión, explorándolo desde la perspectiva de la participante en un ambiente natural y en relación con su contexto, permitió profundizar en el problema específico y hacer un análisis de causa-efecto.

Para alcanzar los objetivos que se plantearon en el estudio de caso se utilizó la recolección de datos sin medición numérica, empezando y finalizando con la observación. Se recogió información por medio de la entrevista, que se llevó a cabo en varias sesiones, donde la paciente demostró tener una actitud amable y colaboradora. Se realizó un examen mental en cada una de las sesiones que se tuvieron, donde se comprobó que se encontraba con atención constante y satisfactoria, con contacto visual, orientada en tiempo, persona y espacio, coherente en su proceso de pensamiento. Con memoria a corto, mediano y largo plazo adecuada. Sus movimientos y

expresiones faciales fueron acordes a la situación. La presentación, higiene y arreglo personal fue adecuado.

Para tener información más amplia de la personalidad de la paciente se emplearon pruebas psicométricas como el Test de la Figura Humana, el Test de la Familia y el Test del Árbol, así como el CAQ (Cuestionario de Análisis Clínico) como complemento para analizar conductas psicopatológicas. Dichas pruebas apoyaron y respaldaron el diagnóstico.

Luego de contar con los resultados que las pruebas proyectaron, se plantearon los objetivos psicoterapéuticos, se estableció el tipo de intervención y las técnicas a utilizar; de esta manera se logró recomendar en las diferentes sesiones que se tuvieron, como se debía proceder, utilizando las técnicas recomendadas y las herramientas brindadas, para poder llegar a la meta establecida y que se observaran los logros positivos alcanzados.

Debido a que la Terapia Cognitiva Conductual ha resultado ser muy efectiva en el tratamiento de la depresión, fue el modelo elegido; se utilizó la Terapia Cognitiva de Beck, con la utilización de las técnicas como detección de pensamientos automáticos, resolución de problemas, identificación y modificación de creencias nucleares; así como la programación de actividades, asignación de tareas y entrenamiento en asertividad, entre otras. Se intercalaron técnicas de otros modelos terapéuticos como La Terapia Centrada en el Cliente, con escucha activa, la Gestalt para la experimentación del "aquí y ahora", la toma de conciencia y la responsabilidad. Incluyendo en las sesiones ejercicios de relajación, respiración y visualización así como de autoestima. La unión de todos estos modelos dio como resultado que se lograran cambios significativos.

Se documentó el caso de estudio con la obtención de la historia clínica, con registros semanales donde se indicaban las sesiones con fecha y hora detalladas, así como la evolución de la paciente. Se fundamentó el tratamiento del caso de estudio con un plan terapéutico detallado, sesión por sesión, y se proporcionaron recomendaciones finales para el caso de estudio. Se planificó talleres que luego fueron impartidos, de acuerdo a las necesidades presentadas por las pacientes. Posteriormente se entregó una copia de la historia clínica de la paciente en el centro de práctica.

En la última fase se realizó la sistematización de este proceso donde se incluyó el tema de la investigación.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización del Estudio de Caso

Datos generales

Nombre:	Glenda Marisol Guerra Carrera
Sexo:	Femenino
Fecha de nacimiento:	Agosto de 2000
Edad:	14 años
Escolaridad:	2° curso, educación básica
Ocupación:	Estudiante
Religión:	Cristiana evangélica
Dirección:	Zona 8 de Mixco, Ciudad San Cristobal
Referido por:	Asociación Buckner Guatemala
Nombre del padre:	V. A. Ch.
Ocupación o profesión:	No refiere
Lugar de trabajo:	No refiere
Nombre de la madre:	A. G. C.
Ocupación o profesión:	No refiere
Lugar de trabajo:	No refiere
Fecha de inicio del proceso terapéutico:	11 de mayo de 2015

4.1.1 Motivo de consulta

La paciente refiere: “No quiero ser tan negativa; porque todos dicen que soy negativa. No sé, no le encuentro sentido a la vida”.

4.1.2 Historia del problema actual

Fecha de inicio y duración

Refirió la paciente que no recuerda cuando su padrastro (a quien ella consideraba su papá), la empezó a tocar, cree que fue como a los 13 años y actualmente cuenta con 15 años, han pasado aproximadamente 2 años. Ésta situación, luego de una denuncia que la adolescente hizo por abuso físico, verbal y sexual, la llevó a vivir al hogar donde se encuentra actualmente.

Estresores o factores precipitantes

El darse cuenta que lo que su padrastro hace con ella le desagradó y lo comunicó a su madre; y aun cuando su mamá lo sabía no hizo nada. La paciente abandonó el hogar y decidió denunciar; esta decisión le provocó ansiedad porque dejó a sus hermanitos y ella cree que también son víctimas de abuso físico y verbal. Se enteró que no es hija de su padrastro y buscó reunirse con su verdadero padre. La adolescente esperaba que su padre biológico la apoyara y la ayudara, pero él, en ese momento, no puede, lo que ocasionó en la paciente sentimientos de enojo y rechazo, así como de tristeza y de poca valía. Su madre se encontraba comenzando un nuevo embarazo.

Impacto del problema

La paciente manifestó que estas situaciones que le han tocado vivir la tienen muy triste y afligida, llora y se deprime, se siente frustrada, enojada, desesperada y con pensamientos como que para que nació, o que mejor se muriera, todo lo ve negro y hasta piensa en autoagredirse para quitarse la vida. Cree que ella es responsable de sus hermanos y de la forma en que se están desarrollando los acontecimientos y eso la hace sentir mala persona, lo que le causa más desconsuelo y un sentimiento de culpa.

4.1.3 Historia clínica

Historia prenatal: Fue el primer embarazo de la madre. No refiere más.

Nacimiento: Desconoce detalles sobre el mismo.

Evolución neuropsíquica: No se tienen datos exactos. Se observó en la paciente una evolución y movimientos congruentes con la edad y la historia relatada.

Evolución del lenguaje: No refiere. Se observó lenguaje fluido y comprensible; se dificultó en algunos momentos comprenderle por una lesión en los dientes.

Desarrollo escolar: Refirió la paciente que está en segundo curso de educación básica. Se estaba incorporando a un colegio nuevo.

Desarrollo social: Refirió ser sociable, aunque en ese momento le estaba costando porque tiende a encerrarse en sí misma y se aísla de los demás.

Adolescencia: Etapa en la que se encuentra la paciente. Actualmente se encuentra separada de su núcleo familiar y vive de forma provisional en el hogar Marta y María; situación que le ha provocado un estado anímico depresivo, lo que hace que se le dificulte hacer amistades y desarrollarse de la mejor manera posible. Se encuentra estudiando segundo curso de educación básica.

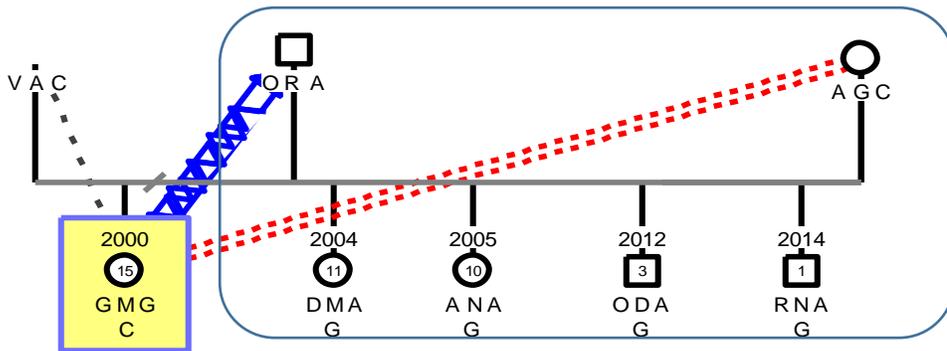
Historia médica: Se describió como persona sana. No refiere más.

Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores: No se refirió ninguno.

4.1.4 Historia familiar

Genograma

Imagen No. 3
Genograma



Fuente: Elaboración propia, mayo 2015

Estructura familiar

La paciente no vive con su familia nuclear. La familia nuclear de la adolescente estaba conformada, antes de la situación que la llevo a vivir al hogar Marta y María, por su madre de 30 años de edad, su padrastro de 41 años, sus hermanos entre 11 y 1 años de edad: tres mujeres, incluida la paciente y 2 hombres. Manifestó la paciente que su mama trabaja en un restaurante, el progenitor ayuda con una mensualidad y el padrastro aporta diariamente, cuando tiene trabajo porque no cuenta con un trabajo estable.

Antecedentes familiares

La adolescente refirió que toda su vida ha estado con su mamá y su padrastro, quien creía que era su papá y que le mostraba cariño; hace un tiempo la comenzó a agredir física, psicológica y sexualmente. La paciente relató que esta situación comenzó hace aproximadamente dos años; al

principio del abuso sexual creyó que era normal porque él era su papá, con el tiempo se empezó a sentir mal y desconfió de él. Mencionó que el abuso físico y psicológico se daba cuando la golpeaba tirándole trastes por la espalda e insultándola de forma verbal. El padrastro también es una persona abusiva en el trato con los hermanos menores de la adolescente.

4.1.5 Examen del estado mental

Presentación

Nivel de conciencia: Consciente y en alerta. De vigilia.

Aspecto general: Complexión media, morena, estatura alta, higiene y arreglo personal adecuados, mantuvo contacto visual, su postura fue tensa.

Actitud: Colaboradora y amable; en un momento dado se observó tensa y triste cuando habló de sus hermanos menores y de su mamá. Enojo y malestar al referirse al padrastro. Rechazo hacia su padre biológico porque cree que le falló.

4.1.5.1 Conducta motora y estado afectivo

Conducta motora: Sus movimientos fueron congruentes con la situación; se observó tensa, rígida.

Afecto: Expresión facial congruente con el relato, expresiva, habló acorde a sus sentimientos y emociones y con volumen de voz adecuado. Sus movimientos fueron coherentes a lo que expresaba con lo que hablaba. Lloró y se mostró triste, ansiosa y molesta.

4.1.6 Estado Cognoscitivo

Atención: Mantuvo atención constante y satisfactoria.

Concentración y vigilancia: Su concentración fue buena. Tuvo capacidad para concentrarse en el tema. Con estado de vigilia satisfactorio.

Orientación: Adecuada. Se encontró orientada en tiempo, espacio y persona.

Lenguaje y fluidez: Al principio de la entrevista solo respondió a lo que se le preguntaba, después habló de forma espontánea, timbre y volumen adecuado a la situación del relato.

Comprensión: No presentó dificultad para comprender conceptos y relacionarlos.

Repetición: Pudo repetir sin ninguna dificultad frases y conceptos.

Designación: Tuvo la capacidad para utilizar términos apropiados.

Memoria: Memoria visual inmediata, memoria auditiva inmediata y remota, todas satisfactorias.

Razonamiento: Juicio práctico adecuado, no evadió dificultades, tiende a mostrar sus emociones.

Pensamiento

Proceso: Coherente en su proceso de pensamiento; objetivo y lógico con el tema.

Contenido: Se observó que le preocupa su futuro.

Introspección: Sabe que hay dificultades y quiere prepararse para enfrentarlas.

Estado de ánimo: Adecuada congruencia entre afecto y contenido del pensamiento. Se mostró ansiosa, temerosa, preocupada, negativa, triste.

4.1.7 Resultados de las pruebas

Durante las pruebas la adolescente mostró una conducta colaboradora; al inicio manifestó algunos signos de ansiedad. Finalizó las pruebas en tiempo promedio.

Cuadro No. 1
Pruebas e Instrumentos aplicados

PRUEBAS E INSTRUMENTOS APLICADOS	Fecha de aplicación
1. Escala de depresión de Beck	18/6/2015
2. Test de la Figura Humana	18/6/2015
3. Test del Árbol	18/6/2015
4. Test de la Familia	18/6/2015
5. CAQ	2/7/2015

Fuente: Elaboración propia, junio 2015.

Escala de depresión de Beck

La paciente puntúa 39 encontrándose en un rango de depresión entre 31 y 40; en los niveles de depresión indica una depresión grave.

Test de la figura humana

La prueba indicó pulsiones poderosas, audacia, violencia. Determinación, decisión y asertividad así como sentimientos, emoción y aspectos femeninos también están presentes. Hay relación con

la expansión imaginativa, soñadora e idealista; Representa el mundo de las fantasías, las ideas y las tendencias espirituales.

La prueba mostró sentimientos de inferioridad, timidez, retraimiento o depresión; existe un sentimiento general de inseguridad y desvalimiento, un sentimiento de no tener pies en que pararse. Percibe el ambiente como amenazante y se inhibe ante él. Se considera guiada por las reglas. También se observó ansiedad y problemas emocionales relacionados con la figura. Existe preocupación por rendimiento académico-intelectual con medidas compensatorias.

La prueba también reveló timidez, retraimiento y síntomas psicossomáticos. Con fuertes sentimientos de inmovilidad e indefensión así como incapacidad para progresar. Angustia por el propio cuerpo. Mostró necesidades orales y abuso verbal: "cry for help". Se observó dificultad en el contacto con los demás. Sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente, o por la capacidad para actuar, causándole ansiedad. Indicó además una reacción defensiva hacia el test, un posible bajo CI, así como negativismo y falta de cooperación

Test del árbol

Proyectó en esta prueba relación con lo espiritual, en el sentido amplio (intelectual, ético-religioso, ideal, conciencia supra individual). También denota energía, mando o brutalidad unida a la impaciencia, con fuerza natural (autoafirmación) o por compensación del sentido de impotencia, violencia o primitivismo. Pero hay imaginación, dulzura y compensación afectiva.

Se observó sentimiento de inferioridad o modestia, así como desarraigo, fluctuación y falta de apoyo o de estabilidad e inseguridad. Con menos vivacidad (menor movilidad psicológica o física).

Los resultados mostraron explosividad, impulsividad, impresionabilidad, con cargas y descargas instantáneas. Hay infantilidad, inmadurez, regresión, neurótica. Se observó cansancio,

depresión, falta de energía, pasividad e indecisión. La prueba también mostró iniciativa, afirmación del propio valor, extroversión y espontaneidad en el contacto con el medio.

Test de la familia

La prueba mostró pulsiones poderosas, audacia, violencia, ansiedad y conflictos emocionales en el cuello y garganta. Con inhibición de la expansión vital y fuerte tendencia a replegarse en sí misma. Ha perdido parte de su espontaneidad; vive apegada a las reglas y puede presentar rasgos de carácter obsesivo. Presentó determinación, decisión y asertividad, así como sentimientos, emoción y aspectos femeninos; es sensible e imaginativa, con necesidad de aprobación manifestando inseguridad.

Mostraron los resultados expansión imaginativa, se proyecta a la región de los soñadores e idealistas, a las fantasías; ideas y tendencias espirituales, observándose regresión; orientada hacia el pasado.

Se observó inestabilidad y falta de equilibrio general; un sistema nervioso inestable y una personalidad frágil, le falta una base firme; claramente se observa los sentimientos de inseguridad, timidez, depresión y retraimiento; percibe el ambiente como amenazante y se inhibe ante él.

En relación con su familia se observó identificación con la madre, (admiración, envidia o temor), se observó desvalorización de la figura paterna, la ausencia física y emocional, negando una realidad que le produce ansiedad y un conflicto intrapsíquico. Hay desvalorización de los miembros de la familia así como perturbaciones en las relaciones interpersonales y una pobre imagen de sí mismos. Indicó preocupación por rendimiento académico-intelectual con medidas compensatorias.

La prueba indicó timidez, retraimiento y síntomas psicósomáticos. Con fuertes sentimientos de inmovilidad e indefensión e incapacidad para progresar. Con angustia por el propio cuerpo, culpa

masturbatoria. Marcó necesidades orales, y abuso verbal: “cry for help”; así como tensión, con dificultad en el control de impulsos. Manifestó el temor a sufrir una agresión sexual.

CAQ (Cuestionario de Análisis Clínico)

Cuadro No. 2
Resultados Cuantitativos CAQ

ESCALA	PUNTUACIÓN DIRECTA	DECATIPO
D1	22	10
D2	19	10
D3	13	7
D4	19	10
D5	22	10
D6	23	10
D7	16	10
Pa	18	10
Pp	4	1
Sc	16	10
As	17	9
Ps	18	9

Fuente: Elaboración propia, junio 2015

Resultados cualitativos CAQ

A nivel de la estructura básica de la personalidad, la paciente presentó una conducta altamente tímida y tiende a perder constantemente su aplomo con pensamientos de inferioridad. Le molestan ideas repetitivas e insistentes, con hábitos compulsivos. Tiene impulsos repentinos o

incontrolados y se aleja de la realidad. Cree que se le persigue, espía, controla o maltrata, evitando contactos interpersonales porque no se halla comfortable con los demás. Hay alta tendencia a mostrarse autocrítica, acusándose de errores y con fuertes sentimientos de culpabilidad.

Manifestó preocupación, sin energía para actuar y con sentimientos de intranquilidad; esto la lleva a mantenerse tensa, desmañada, manejando algo, perturbable y con sueños molestos. Por lo mismo se encuentra insatisfecha con la vida y acoge pensamientos autodestructivos. Mantiene una alta preocupación por la salud, los desarreglos y las funciones corporales.

Mostró ser, en extremo, sensata, evitando implicarse en algo ilegal o romper las reglas; aun cuando busque excitación, aceptar riesgos e intentar lo nuevo.

Otros estudios diagnósticos

Ninguno.

4.1.8 Impresión diagnóstica

La paciente manifestó síntomas de depresión, de problemas relativos al grupo primario de apoyo y de problemas económicos; así como problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen. Todo esto debido a problemas que se dieron en su hogar; la paciente fue víctima de abuso sexual por parte de su padrastro, y se sintió poco apoyada por su madre, todo esto sumado al hecho de ser una hija no reconocida y enterarse de quien es su verdadero padre; estos hechos hacen se sienta muy triste y desalentada.

Se observó que sus recursos y herramientas de afrontamiento son pocas o inexistentes, lo que hizo que se siente sola, triste, e impotente para afrontar los problemas, teniendo pensamientos de visión de túnel, donde todo lo ve negro, su vida no vale nada y que la llevan a preguntarse porqué nació, con deseos de morir y con sentimientos de culpa.

Se percibió que se siente insatisfecha con su vida, con sentimientos de inferioridad y culpa por no lograr actuar correctamente porque es una persona que vive apegada a las reglas. Es sensible e imaginativa, con necesidad de aprobación. Se encuentra con tendencias hacia la regresión y el pasado. Se observó la inestabilidad, la falta de equilibrio y la inseguridad.

En relación con su familia se percibió que se identifica con la madre, a quien admira pero al mismo tiempo cree que le hace daño porque se encuentra comenzando un embarazo del hombre abusador de ella y sus hermanos; la figura de su padre se encuentra ausente física y emocionalmente, por lo que lo desvalorizó, hecho que le produjo ansiedad y conflicto.

La paciente mostró angustia por el propio cuerpo, marcó necesidades orales y el abuso verbal, así como el temor de sufrir nuevamente una agresión sexual, de la cual ya fue víctima. También se observó que tiene un fuerte sentimiento de impotencia y desvalimiento en lo que se refiere a sus hermanos, lo que se exterioriza en la culpa que manifestó; mostró temor inconsciente por una posible agresión sexual hacia sus hermanos menores.

La adolescente presentó signos de baja autoestima, síntomas de tristeza, enojo y frustración. También presentó perturbaciones en las relaciones interpersonales. Y con una fuerte preocupación por el rendimiento académico e intelectual.

4.1.9 Evaluación multiaxial

EJE I: T74.0 Negligencia en la infancia [V61.21]

T74.2 Abuso sexual del niño [V61.21]

EJE II: Z03.2 Sin diagnóstico [V71.09]

EJE III: Sin diagnóstico

EJE IV: Problemas psicosociales y ambientales

Problemas relativos al grupo primario de apoyo:

Perturbación familiar por separación que le causa tristeza profunda. Abuso sexual, físico y verbal.

Problemas económicos: Economía insuficiente.

Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen: Juicio legal.

EJE V: EEAG = 60

4.1.10 Recomendaciones

Se recomendó que la paciente iniciara su proceso terapéutico fundamentado en técnicas del modelo terapéutico Cognitivo Conductual (terapia cognitiva de Beck para la depresión).

Se recomendó incluir al plan terapéutico técnicas de relajación y visualización que le permitieran a la paciente disminuir los signos y síntomas de ansiedad, técnicas de Logoterapia para buscar el sentido de vida, gestálticas para cerrar círculos, de apoyo (biblioterapia, musicoterapia); así como ejercicio y hábitos saludables de alimentación y sueño (Psicología de la Salud).

Se recomendó que la familia de la paciente recibiera terapia.

4.1.11 Plan Terapéutico

Teorías que explican el diagnóstico

Luis Oblitas (2004) en su libro *¿Cómo hacer psicoterapia exitosa?* y S. K. Emilio Quinto B. (2014) en su libro *Parar y pensar Terapia cognitiva conductual en la práctica clínica* refieren que la terapia cognitiva tiene su aparición en los estudios de Beck sobre la depresión. Desde entonces los estudios controlados que demuestran la efectividad de la terapia cognitiva se han ampliado a varios trastornos mentales como la ansiedad, esquizofrenia, adicciones y trastornos de personalidad.

La eficacia clínica demostrada de la terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión ha llevado que sea una de las terapias más utilizadas en el tratamiento de este trastorno, utilizándose de manera individual o combinada con medicamentos antidepresivos. La terapia cognitiva se basa

en el principio de que las emociones, comportamientos y respuestas corporales están bajo la influencia de pensamientos o interpretaciones que se tienen en diversas situaciones. Además estos pensamientos están bajo la influencia de creencias aprendidas a lo largo de la vida (esquemas).

Aaron T. Beck es hoy conocido por su aportación esencial al tratamiento de la depresión, al proponer su terapia cognitiva que se basa en su modelo de la depresión, dentro del cual considera la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. La tríada cognitiva atañe a tres patrones cognitivos inadecuados presentes en el paciente depresivo: visión negativa del paciente acerca de sí mismo, tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa y visión negativa acerca de su futuro.

Concepto de tríada cognitiva:

Consiste en tres patrones de pensamiento principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo característico negativo y que van a tener influencias sobre la emoción (tristeza, desánimo), conductas (aislamiento social, abandono del cuidado de sí mismo, etc.), y fisiología (Trastornos del sueño, pérdida o aumento de peso, fatiga, etc.)

Visión negativa acerca de sí mismo:

Se mira desgraciado, torpe, enfermo, con poco valor. Atribuye las experiencias desagradables a un defecto suyo. Cree que a causa de estos defectos es un inútil y carece de valor.

Visión negativa de las experiencias:

El mundo le hace demandas exageradas o le presenta obstáculos insalvables.

Visión negativa acerca del futuro:

Anticipa que las dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Cuando piensa hacerse cargo de una tarea en el futuro, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

La visión negativa del futuro puede producir una inhibición psicomotora. Los demás síntomas, motivación, suicidio, dependencia hacia los otros y fisiológicos pueden ser consecuencia de los patrones cognitivos.

Esquemas del pensamiento depresivo:

Los pensamientos tienen significados comunes que responden a las creencias nucleares, que el individuo ha desarrollado por aprendizaje a lo largo de su vida. Las categorías de creencias nucleares más comunes en la depresión son del tipo No Amado (privación emocional, abandono) y Desamparo (vulnerabilidad, imperfección).

El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos (los que se adoptan a sus creencias nucleares de no amado o desamparado), los combina y conceptualiza la situación, en términos de un pensamiento negativo. Este patrón de modelo cognitivo se vuelve cada vez más común y se generaliza a situaciones menos relacionadas, es decir que un pensamiento en una situación con cierto grado de relación o lógica, posteriormente puede ser generalizado y expandido.

Distorsiones cognitivas más frecuentes en la depresión:

Representan los tipos más comunes de errores de pensamientos en la depresión, y ellos son los siguientes:

- Inferencia arbitraria: Adelantar determinada conclusión en ausencia de evidencias o pruebas reales.

- Abstracción selectiva: Centrarse en un detalle abstraído de su contexto, ignorando otras características relevantes de la situación.
- Generalización: Elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados negativos, y luego aplicar el contexto a situaciones relacionadas e inconexas.
- Magnificación y minimización: A los errores o defectos se les presta mucha atención y al éxito poca.
- Personalización: Tendencia y facilidad de la persona para atribuirse a sí mismo fenómenos externos, cuando no existe base firme para hacer tal conexión.
- Pensamiento absolutista, dicotómico “todo o nada”: Se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas.

Otra manera de conceptualizar el desorden del pensamiento es en término de modos primitivos o infantiles contra modos maduros de organizar la realidad. Es la analogía del desarrollo cognitivo de Jean Piaget y las distorsiones cognitivas de Beck: Según la teoría de Piaget, los niños hasta cierta edad piensan que todo lo que ocurre alrededor es por su causa (egocentrismo), esto sería muy parecido a la distorsión cognitiva de personalización.

Perspectiva terapéutica

Generalmente el plan de tratamiento de la depresión involucra la activación gradual de la persona a través de las técnicas conductuales, para después aplicar las cognitivas.

Aplicación de las técnicas conductuales

La modificación cognitiva a través de la modificación comportamental: La idea es utilizar técnicas conductuales no se basa en el modelo del conductismo tradicional, en el cual nuestra conducta es el resultado de un determinado estímulo; se basa en el modelo cognitivo, en el cual los pensamientos juegan un papel primordial en el establecimiento de conductas, emociones y respuestas corporales. A través de la modificación de la conducta, podemos realizar modificación en nuestros pensamientos.

Programación de actividades: A los pacientes deprimidos les cuesta realizar las tareas que anteriormente les costaban poco. Por la misma falta de motivación, fatiga e inhibición psicomotriz, es conveniente comenzar con un trabajo de actividades antes de realizar la corrección de distorsiones en forma temprana en el tratamiento.

Técnica de dominio y agrado: Esta se basa en la idea de que el paciente realizaba, antes de estar deprimido actividades con cierto grado de precisión y control (dominio) y también con gusto y placer (agrado). Esto puede servir como punto de partida para corregir posibles distorsiones cognitivas.

Asignación de tareas graduadas: De forma gradual y lenta se asigna cada vez actividades de mayor grado de complejidad. Es modificar a través de las actividades conductuales, las distorsiones cognitivas.

Entrenamiento en asertividad y juego de roles: Se le enseña al paciente a expresar sus emociones de una manera segura y sin dañar los derechos de los demás. También durante la sesión se puede realizar el juego de roles, en donde el terapeuta juega diversos papeles para ayudar a modelar determinada conducta en el paciente.

Aplicación de las técnicas cognitivas

Explicar el fundamento teórico al paciente: Es socializar el modelo cognitivo de la depresión con el paciente y como nuestros pensamientos pueden tener influencia sobre nuestras emociones, conducta y reacciones corporales.

Definición de Cognición para el paciente: Influencia de las cogniciones sobre los afectos y la conducta.

Cognición y experiencias recientes: Utilizando ejemplos de situaciones que hayan provocado algún tipo de emoción al paciente. Detección de los pensamientos automáticos: Examinar y

someter a una prueba de realidad los pensamientos automáticos (luego de juego de roles se analiza como terminar una situación, una prueba de la realidad).

Técnicas de retribución: Se reanalizan y reformulan los pensamientos automáticos (generalmente luego de juego de roles).

Búsqueda de soluciones alternas: Son pensamientos más apegados a la realidad: una mejor manera de ver la situación.

Registro de pensamientos inadecuados: Observar a lo largo de la terapia, junto con el paciente, cuáles son las distorsiones cognitivas más frecuentes que él tiene, como personalización o inferencia arbitraria.

Identificación de creencias nucleares: Preguntando el significado de los pensamientos automáticos.

Modificación de creencias nucleares: Se puede realizar así: primero buscar pruebas en contra de la creencia. También se intenta buscar mejores maneras de ver la situación. Realizar ejercicios en el cual se pide al paciente que recuerde la edad más temprana de su vida en la que esta creencia comenzó, luego hacer juego de roles donde su parte adulta le explique a su parte joven (pasado) lo inadecuado de tener esa creencia y las pruebas en contra de ella, y de cómo se puede ver la vida de una mejor manera. Esto se hace debido a que las creencias nucleares se modifican de mejor manera a través de experiencias que movilicen afecto, como son nuestras estructuras del pasado.

También se agregaron al plan terapéutico algunas técnicas gestálticas para ayudar a la paciente a “darse cuenta en el aquí y ahora”, a través de sensaciones, afectos, percepciones y emociones, en forma verbal o en el lenguaje corporal. Con rituales por medio de carta para que se contacte con situaciones o Gestalt inconclusas. Con Logoterapia se buscara el Sentido de Vida para una visión

de meta, así como para un propósito de vida. Con técnicas de visualización y respiración se le brindara herramientas para que pueda utilizar en el futuro en el manejo de ansiedad y estrés.

Tiempo estimado

El tiempo estimado de la terapia es de 3 meses, aproximadamente de 15 a 18 sesiones, teniendo una o dos sesiones por semana de 50 minutos.

Cuadro No. 3
Presentación del plan terapéutico

Problema Clínico	Objetivo	Tipo de intervención y técnica	Observaciones y duración
Ideas irracionales que la llevan a un estado de tristeza profunda.	Que la paciente identifique de manera cognitiva las ideas irracionales y los pensamientos negativos que maneja; al reconocerlos, que los deseche y los cambie por pensamientos o ideas positivas.	Se utilizaran técnicas de la Terapia Cognitiva Conductual (Terapia Cognitiva de Beck) que se enfocaran principalmente en sus pensamientos que la llevan a la depresión. Así mismo se utilizaran técnicas de respiración y visualización.	Estas técnicas serán aplicadas en 16 sesiones de 50 minutos. Se trabajara en consulta y se asignarán tareas para casa.
	Conectar a la paciente con su presente y con sus emociones, trabajando especialmente las que	Se utilizaran técnicas gestálticas de tipo vivencial para lograr contacto y conocimiento de las propias	Dichas técnicas se presentaran en 3 sesiones intercalándolas con las sesiones de la

	le provocan malestar para que la paciente logre aceptarse a sí misma.	emociones.	Terapia Cognitiva Conductual (Terapia Cognitiva de Beck).
--	---	------------	---

Fuente: Elaboración propia, junio 2015

Cuadro 4
Objetivos, técnicas y recursos Terapia Cognitiva Conductual

Objetivo	Técnicas de Terapia Cognitiva Conductual Terapia Cognitiva de Beck para la Depresión	Recursos
1. Lograr en la comprensión del concepto de depresión.	Discutir con la paciente el concepto de depresión: causas, característica, prevalencia, etiología. Explicación del método terapéutico.	Paciente y terapeuta Video y computadora.
2. Que la paciente comprenda el modelo cognitivo de las emociones.	Explicación acerca de cómo las emociones afectan sus pensamientos y sus conductas. Psicoeducación: Video	Paciente y terapeuta Hoja de papel, lápiz. Video y computadora.
	Trabajar ejercicios de visualización y respiración. Trabajar ejercicios de autoestima.	Paciente y terapeuta. Hoja de papel, lápiz.

3. Lograr que la paciente logre visualizar por qué vale la pena vivir	Por medio de discusión y ejemplos concretos y prácticos, que la paciente encuentre un objetivo de vida.	Paciente y terapeuta Hoja de papel para realizar el ejercicio, así como para la tarea para la casa.
	Trabajar ejercicios de respiración y visualización Trabajar ejercicios de autoestima	Paciente y terapeuta Ejercicio de autoestima para hacer en casa: verse en el espejo y decirse cualidades positivas
4. Que la paciente logre identificar estado de ánimo, pensamientos negativos y pensamientos positivos.	Trabajar la identificación de pensamientos negativos a través del termómetro del ánimo. Este termómetro permite evaluar la intensidad de los sentimientos depresivos o estado de ánimo al final del día.	Paciente y terapeuta Hoja con el termómetro dibujado (tabla de registro), lápiz. Hojas de papel con lista de pensamientos negativos y positivos: ejercicios para hacer en casa.
	Ejercicios de autoestima: Cualidades positivas frente al espejo.	Paciente y terapeuta Continuar con ejercicios de autoestima como tarea para la casa.

<p>5. Continuar con la identificación de pensamientos negativos, positivos, así como evaluar el estado del ánimo.</p>	<p>Revisar y continuar trabajando en la identificación de pensamientos negativos a través del termómetro del ánimo.</p>	<p>Paciente y terapeuta Hoja con el termómetro dibujado (tabla de registro), lápiz. Hojas de papel con lista de pensamientos negativos y positivos: ejercicios para hacer en casa.</p>
	<p>Ejercicios de autoestima: Continuar con cualidades positivas frente al espejo. Revisar (escribir) cualidades positivas para reforzamiento.</p>	<p>Hoja de papel, lápiz.</p>
<p>6. Que la paciente logre identificar como sus pensamientos afectan su estado de ánimo</p>	<p>Ejercicios de práctica con la técnica A-B-C-D. Cuando se sienta deprimida se pregunte que ocurrió, evento activante (A), que pensó, pensamiento o creencia (B), que consecuencia tuvo, que conducta adopto, que sentimiento tiene como resultado de ese pensamiento (C), y por último discutir, debatir o hablarle al pensamiento, retar a los pensamientos negativos para convertirlos en positivos (D).</p>	<p>Paciente y terapeuta Hoja de papel, lápiz.</p>

<p>7. Que la paciente se dé cuenta de que forma las actividades que realiza afectan su estado de ánimo: por medio de sus actividades, darse cuenta cómo se siente.</p>	<p>Hacer una lista de actividades agradables, preguntando qué actividades disfruta? Cuando se deprime que observe que actividades deja de hacer. Esto le permitirá observar que al estar deprimida, le es más difícil hacer cosas que le agradan.</p>	<p>Paciente y terapeuta Hoja de papel, lápiz.</p>
<p>8. Que la paciente establezca metas: Buscar objetivo de vida y hacia allí enfocar sus pensamientos.</p>	<p>Trabajar en el establecimiento de metas realistas. Hacer una lista de las metas que le gustaría alcanzar en la semana. Ponerlas en orden de prioridad. Reconocer las cosas positivas que realice para alcanzarlas. Elogiarse en su mente y en voz alta.</p>	<p>Paciente y terapeuta Hoja de papel, lápiz</p>
<p>9. Continuar identificado los pensamientos que maneja, como afectan su estado de ánimo y como cambiarlos</p>	<p>Psicoeducación: Por medio de información y discusión (Relato) la paciente identificara los pensamientos que maneja, como le afectan y los cambiara. Tarea: Termómetro del ánimo y listas de pensamientos positivos y negativos.</p>	<p>Paciente y terapeuta Hojas de papel impresas con los ejercicios, lápiz.</p>

<p>10. Que la paciente reconozca sus emociones y sepa cómo manejarlas (especialmente Ira y Tristeza)</p>	<p>Psicoeducación: Brindar información acerca de Inteligencia Emocional por medio del relato. Reestructuración cognitiva</p>	<p>Paciente y terapeuta</p>
<p>11. Explicar el poder liberador que concede el perdón.</p>	<p>Psicoeducación: Información acerca del perdón. Reestructuración cognitiva.</p>	<p>Paciente y terapeuta</p>
<p>12. Examinar los pensamientos, los comportamientos y los sentimientos y analizar qué áreas necesita reforzar para mejorar sus relaciones.</p>	<p>A través de información, discusión y ejemplos concretos y prácticos, se adentra al paciente a identificar cómo los pensamientos, comportamientos y sentimientos influyen en la relación con otras personas.</p>	<p>Paciente y terapeuta</p>

<p>13. Explicar habilidades sociales y su función en las relaciones interpersonales. Formas de comunicación: Agresiva, Pasiva y Asertiva.</p>	<p>Psicoeducación: Brindar información acerca de lo que son las habilidades sociales. Informar y discutir sobre las formas de comunicación: Agresiva, Pasiva y Asertiva. Indicar técnicas para una comunicación asertiva: Disco rayado, banco de niebla, pregunta asertiva, ignorar o aplazar, entre otras.</p>	<p>Paciente y terapeuta</p>
<p>14. Desarrollar asertividad en las relaciones interpersonales.</p>	<p>A través de rol-playing y modelado la paciente podrá ocupar las diferentes posiciones y observar las diferencias entre ser pasiva, asertiva y agresiva? La paciente podrá expresar sus emociones de una manera segura y sin dañar los derechos de los demás</p>	<p>Paciente y terapeuta</p>
<p>15. Entrenamiento en asertividad y juego de roles.</p>	<p>Se continuará con el juego de roles jugando diversos papeles para ayudar a modelar conductas asertivas.</p>	<p>Paciente y terapeuta</p>

<p>16. Retroalimentación para la finalización del proceso terapéutico.</p>	<p>Se explicara los logros alcanzados, se pasara nuevamente una escala de depresión y se compararan resultados. Se preguntara sobre lo más que le gustó y lo menos que le gustó, qué fue lo más (y lo menos) que le ayudó de a terapia. Se discutirán estrategias para prevenir posibles recaídas.</p>	<p>Paciente y terapeuta</p>
--	--	-----------------------------

Fuente: Elaboración propia, junio 2015

Cuadro 5
Objetivos, técnicas y recursos Terapia Gestalt

Objetivo	Técnicas Gestálticas	Recursos
<p>1. Reconocer sus emociones y hacerse responsable de ellas. Reconociendo la diferencia entre culpa y responsabilidad</p>	<p>Jugar a la responsabilidad propia, juegos de opuestos; culpa-responsabilidad. Asumir las propias necesidades para poder satisfacerlas y si no es así asumir la responsabilidad que corresponde. Se dramatizaran situaciones de culpa y responsabilidad.</p>	<p>Paciente Terapeuta</p>

	Asumir y practicar el “me doy cuenta de... y me responsabilizo de ello” a través de situaciones concretas, así como con deseos y percepciones	Paciente Terapeuta Hoja de papel Lápiz
2. Lograr que la paciente exprese emociones de forma vivencial a través del dibujo	Trabajar la técnica del dibujo y la pintura por medio de Mandalas para expresar sus emociones	Paciente Terapeuta Hoja con Mandala Crayones
3. Hacer una exploración y reconocimiento en forma consciente, del propio cuerpo como vía de expresión para las emociones y sentimientos	Exploración del cuerpo: Por medio de ejercicios dirigidos la paciente identifica emociones y estrés en diferentes partes del cuerpo.	Paciente Terapeuta Hoja con dibujo del cuerpo Crayones

Fuente: Elaboración propia, junio 2015

4.2 Análisis de Resultados

Depresión

Para Irwing G. Sarason y Barbara R. Sarason (2006) la depresión abarca diferentes cambios negativos en el estado de ánimo así como en la conducta, temporales o duraderos, que van desde una tristeza menor que puede llegar a una visión negativa de la vida, ocasionándole incapacidad para funcionar adecuadamente. Al no tratarse de forma apropiada puede llegar a tener consecuencias negativas para la persona que la sufre.

David Sue, Deral Wing Sue y Santley Sue (2010) explican que es posible sentirse deprimido o eufórico en algún momento de la vida, pero que pueden convertirse en un trastorno del estado del ánimo cuando se manifiestan por un periodo largo. Le llaman depresión unipolar al trastorno del estado del ánimo donde se manifiesta la depresión y se caracteriza por una tremenda tristeza, experimentando sentimientos de inutilidad y minusvalía.

En los hallazgos de la investigación en el caso de estudio en relación a la depresión, se comprobó que los componentes desencadenantes de la depresión fueron la violencia física, verbal y sexual procedente de su padrastro, el abandono de las funciones parentales que la llevaron a estar lejos de su hogar al ser institucionalizada, al mal manejo de emociones que tenían un reflejo negativo en sus relaciones interpersonales, alterando el estado de ánimo a la adolescente del caso de estudio. Alteración que se dio en el plano emocional, psicológico y social.

Síntomas de la depresión

Irwing G. Sarason y Barbara R. Sarason (2006) describen que la depresión se desarrolla a partir de factores que incluyen la herencia, la edad, el género, los eventos de vida estresantes así como la falta de apoyo social; factores que se pueden dividir en factores biológicos, genéticos y psicosociales.

David Sue, Deral Wing Sue y Santley Sue (2010) dividen los síntomas de la depresión en síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y fisiológicos. Entre los síntomas afectivos se destacan los sentimientos de tristeza, la pérdida de sentido de vida así como de gozo de ella, se experimenta la disminución de autoestima que se relaciona con los sentimientos de minusvalía. El estado de ánimo deprimido lleva al llanto de forma que no se controla, probablemente como una respuesta a la frustración o al enojo. Con sentimientos de inutilidad, vacío y desesperanza.

Siguen diciendo David Sue, Deral Wing Sue y Santley Sue (2010) que los síntomas cognitivos se relacionan con pensamientos e ideas afines a manifestaciones depresivas, reflejándose en los pensamientos erróneos, disfuncionales o defectuosos que llevan a creencias irracionales o injustificadas; pensamientos disfuncionales que pueden llevar a tener pensamientos acerca del suicidio. También se encuentra en este grupo la dificultad para concentrarse y tomar decisiones de manera acertada.

Indican David Sue, Deral Wing Sue y Santley Sue (2010) que los síntomas conductuales incluyen el retraimiento social y productividad laboral deficiente. Se observa poca motivación, anhedonia, incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades normalmente placenteras. También higiene, presentación y arreglo descuidado o inadecuado. El retardo psicomotor se observa en la lentitud en los movimientos corporales, las expresiones y en el lenguaje reducido y pausado; también se pueden manifestar síntomas de agitación que conllevan nerviosismo. Entre los síntomas fisiológicos asociados frecuentemente a la depresión se pueden mencionar los cambios de apetito y peso. Existen alteraciones en el sueño que se manifiestan con la dificultad para dormir. Puede existir interrupción del ciclo menstrual.

Los síntomas y las causas de la depresión son las mismas en niños, adolescentes y adultos. Lo que puede cambiar es la importancia que se le da a las características de la sintomatología, según sea la edad o el ciclo vital en la que se presenta la depresión. La prevalencia es mayor en la mujer.

La paciente evidenció síntomas de depresión cuando manifestó la tristeza profunda que sentía, que no le encontraba sentido a su vida; declarando que su vida no valía nada, sentimientos de minusvalía que la llevaba a preguntarse porque nació y con deseos de morir. Con crisis de angustia y ataques de llanto. Presentó desgano y anhedonia, observándose su apatía, el encontrarse sin ganas ni motivos para nada, ni siquiera para vivir; no encontraba placer o interés en las actividades que normalmente son placenteras.

Se pudo observar alteraciones en el pensamiento que exteriorizó con ideas derrotistas, con obsesiones y fuertes sentimientos de culpa; con sentimientos autodestructivos que la llevaron a tener pensamientos suicidas. Las alteraciones en el comportamiento se manifestaron con el aislamiento y la reducción de relaciones interpersonales al no querer interactuar con sus compañeras del hogar.

La paciente manifestó experimentar cansancio, fatiga y pérdida de placer; disminución de energía que le producía cansancio y sin ánimos para realizar actividad alguna.

Manejo de emociones

Daniel Goleman (2013) describe a las emociones como un sentimiento y sus pensamientos; a los estados psicológicos y biológicos, así como a una variedad de tendencias para actuar. Todas las emociones son impulsos para actuar y enfrentar a la vida, según enseñanza que la evolución ha dejado; cada emoción tiene un papel en la que hay una predisposición para actuar.

En un sentimiento real, Daniel Goleman (2013) aclara que se tienen dos mentes, donde una piensa y la otra siente. Una es la mente racional, que es la forma de comprensión de la cual se es consciente, es reflexiva, capaz de analizar y meditar. La otra es impulsiva y puede llegar a ser ilógica, es la mente emocional. La mente racional pierde el control sobre la mente emocional en situaciones donde el sentimiento es más dominante. La mente emocional actúa de forma más rápida que la racional, se pone rápidamente en acción sin detenerse un momento a pensar en lo que está haciendo; lo que la lleva a no ser reflexiva ni analítica, que es la marca de la mente

pensante, racional. Como la mente emocional es más rápida que la racional, se siente primero con el corazón y no con la cabeza.

La paciente demostró su poco control y mal manejo de emociones al dejar que ejercieran una influencia negativa en su estado de ánimo. Al manejar la ira de forma inadecuada desapareció su capacidad de pensamiento y acción asertiva, lo que la llevó a experimentar la tristeza, dándole un decaimiento en su estado de ánimo. Se manifestó el miedo que en lugar de protegerla de personas y experiencias de vida, la volvió desconfiada y preocupada.

La preocupación la llevó a ideas irracionales o disfuncionales, que no la dejaban distinguir entre los problemas que podía solucionar de aquellos que no: entre situaciones que podía corregir, solucionar o mejorar y aquellas situaciones que no eran posible cambiar porque no dependían de ella; ideas negativas que la llevaron a presentar signos de baja autoestima, tristeza, enojo y frustración, así como perturbaciones en las relaciones interpersonales.

La alegría, emoción primaria que da entusiasmo, aumenta la energía y levanta el estado de ánimo, elevando el nivel de actividad, se vio disminuida. Situación que llevó a la paciente a un sentimiento general de inseguridad, inestabilidad y desvalimiento.

Maltrato infantil

Enrique Gracia Fuster y Gonzalo Musitu Ochoa (1993) nombran maltrato infantil o abuso infantil cuando, en el trato a un menor, hay una acción de sus padres o de las personas responsables que le causen algún daño que amenace su desarrollo físico o psicológico; acción que puede ser física, sexual o emocional.

María Ignacia Arruabarrena y Joaquín de Paúl, (2005) manifiestan que en el maltrato infantil hay una apreciación social respecto a lo peligroso o incorrecto para el desarrollo y educación del niño.

En Guatemala el maltrato infantil se puede considerar una práctica aceptada por las costumbres, la educación, la cultura y la práctica autoritaria que explica que el castigo y abuso en todas sus representaciones son una forma de corregir o de educar.

La ley de Protección Integral de la Niñez y adolescencia (ley PINA) contempla en el artículo 53 el derecho a la protección por maltrato en cualquiera de sus formas y deberá proporcionar ayuda, tratamiento y rehabilitación a todas las partes involucradas. En el artículo 54 dice que el gobierno tiene la obligación de proteger a la niñez y adolescencia de cualquier forma de abuso o maltrato.

La adolescente del caso de estudio sufrió maltrato y abuso infantil en forma física, psicológica, verbal y sexual, especialmente de parte de su padrastro, quien era la persona que más tiempo se encontraba en la casa donde residía la familia. En forma física cuando le tiraba los platos, ollas y sartenes a la espalda. En forma psicológica cuando desvalorizaba a la paciente disminuyendo su autoestima y confianza personal. El maltrato verbal fue con insultos y gritos. El abuso sexual se dio cuando el padrastro tocó los senos y las piernas de la niña.

Se pudo comprobar que el maltrato infantil en la adolescente del caso de estudio tuvo consecuencias que la llevaron a una situación de vulnerabilidad. La paciente se sintió con miedo, frustración, angustia; sentimientos que le causaron baja autoestima, inseguridad, inestabilidad y rasgos de depresión.

Falta de recursos

Diane E. Papalia, Sally Wendkod Olds y Ruth Duskin Feldman (2010) en el libro Desarrollo Humano citan, “Los jóvenes que tienen relaciones de apoyo con los padres, la escuela y la comunidad tienden a desarrollarse de una manera saludable y positiva la etapa en que los adolescentes que tienen más apoyo en los padres, la comunidad educativa y la sociedad tienen más probabilidades de desenvolverse de una mejor manera, más saludable y positiva

(Youngblade et al., 2007)” (Diane E. Papalia, Sally Wendkod Olds y Ruth Duskin Feldman, 2010, p.356).

La adolescente necesitó protección de parte de los adultos, para poder cubrir las necesidades básicas de supervivencia y bienestar. Como esta protección no fue cubierta, la paciente no contó con el apoyo y la confianza de los adultos: su madre y su padrastro no cumplieron con todas las responsabilidades parentales, hecho que afectó en forma negativa a la adolescente; respondiendo con baja autoestima y síntomas depresivos.

Institucionalidad

La institucionalización se da cuando la protección total de los niños, niñas y adolescentes queda a cargo del Estado, generalmente por ser objeto de maltrato, negligencia o descuido de sus padres. Al ser separados de su familia, los niños, niñas y adolescentes rompen el vínculo familiar y de su entorno social y comunitario; esta situación los lleva a la despersonalización al perder el apoyo en su sentido de pertenencia y que es parte de lo que le da su identidad. Se afecta el desarrollo de la persona, daña la autoestima al generar sentimientos de inferioridad e inadecuación, hay confusión en el plano afectivo y en las relaciones de apego, que se manifiestan en las relaciones interpersonales. Se observan problemas de conducta que pueden derivar en timidez, retraimiento, agresión o violencia.

La adolescente del caso de estudio al ser institucionalizada se encontró con sentimientos de culpa, tristeza, desaliento, sin encontrar razón para existir, desanimada y con una sensación de vacío y mirando todo negro, sin salida a sus problemas. Con ideas irracionales que le dañaban a un más su autoestima. Se observó el retraimiento, lo que dañaba las relaciones interpersonales. A la llegada al hogar en transición, la adolescente evitaba el contacto y comunicación con las personas a su alrededor. En el inicio de la institucionalidad las crisis de llanto era una constante; sus ideas distorsionadas la hacían no poder cambiar el estado de ánimo.

Entorno familiar, social y escolar

Richard P. Halgin y Susan Krauss Whitbourne (2009) refieren que la depresión ha hecho que algunas personas hayan tenido dificultades en las interacciones con las otras personas; llevándolas durante su vida a tener habilidades sociales deficientes, donde su negativismo y su auto desvalorización en forma constante, lleva a los demás a sentirse culpables y también deprimidos, respondiendo con crítica y rechazo que se suma a la visión de túnel, visión negativa que la persona que sufre de depresión tiene del mundo.

Irwin G. Saranson y Barbara R. Saranson, (2006) explican que hay un efecto negativo en las relaciones interpersonales cuando hay una reducción del apoyo social. Manifiestan que el apoyo emocional es una forma de protegerse contra la depresión. “Es probable que la conducta de otros, que transmite críticas o que da a entender que una persona no merece amor o amistad, esté más relacionada con la depresión que la simple ausencia de apoyo (Harris, 1992)”. (Irwin G. Saranson y Barbara R. Saranson, 2006, p. 336).

Julián Melgosa (2000) indica que entre las presiones que sufre el adolescente se encuentran los cambios biológicos, por la edad, la sexualidad, las relaciones interpersonales, la inseguridad que siente por el futuro así como las exigencias y expectativas del medio ambiente. Reaccionado con oposición y rebeldía dentro del seno familiar y con problemas escolares y que lo pueden llevar a la depresión. Aclarando que no es lo mismo estar desanimado que estar deprimido. La depresión en la adolescencia es más frecuente que en la niñez.

Las ideas irracionales y los síntomas depresivos llevaron a la adolescente a tener habilidades sociales deficientes y a una comunicación poco asertiva que la hizo sentirse desesperada, a reprimirse y alejarse, a apartarse de las personas que la rodeaban; creyendo ella, que era rechazada por los demás.

La adolescencia es una etapa de cambios y la paciente se encontraba en esa fase evolutiva del desarrollo humano. Los cambios biológicos que se dan en esta etapa unido a la prevalencia de género; se da más en mujeres que en hombres y es más frecuente en la adolescencia que en la niñez influyeron en la aparición de ideas irracionales que la llevaron a un estado depresivo. Esto unido a la falta de competencias parentales, a la negligencia que se dio, donde la familia no tuvo una estructura ni las funciones necesarias para relaciones e interacciones adecuadas para unas relaciones sociales asertivas afectaron aún más a la adolescente.

Conclusiones

Se concluye que las relaciones interpersonales de la adolescente del caso de estudio se vieron afectadas a causa de la violencia física y verbal, así como del abuso sexual del que fuera objeto y que la llevaron a un estado depresivo; tiempo durante el cual la paciente tendió a aislarse y a evitar a las personas de su entorno, lo que le causo un impacto negativo en las relaciones sociales.

Se concluye en base a los datos obtenidos en la investigación realizada, que los síntomas que la paciente presentó se encuentran dentro de los síntomas característicos de una depresión y que incluyen tristeza profunda, pérdida del sentido de vida, disminución de la autoestima, ideas y pensamientos negativos que en algún momento la llevaron a pensar en el suicidio, dificultad para concentrarse así como lentitud en sus movimientos corporales, las expresiones y el lenguaje reducido y pausado, entre otros.

Se concluye que las emociones cuando no se manejan de forma adecuada pueden llevar a estados depresivos, lo que viene a afectar las habilidades sociales al no ser capaz de relacionarse de forma asertiva con las personas a su alrededor. Los sentimientos de tristeza, la pérdida del gozo por la vida, así como los sentimientos de minusvalía llevaron a la paciente del caso de estudio al estado de ánimo deprimido que le provocó llanto, enojo y desesperanza, a no pensar en forma lógica ni reflexiva en ese momento, teniendo como consecuencia el aislamiento y abandono de las relaciones sociales.

Se concluye que el maltrato infantil y la negligencia de los padres afecto a la adolescente del caso de estudio al provocarle un daño en su desarrollo psicológico; le causo un impacto negativo en los pensamientos, conductas y actitudes. El abandono de las funciones parentales en la niñez no ha permitido que la personalidad de la paciente se encuentre fortalecida, lo que se hace evidente en el mal manejo de emociones que la llevaron a la depresión.

Se concluye que es durante la adolescencia donde se desarrolla y fortalece la autonomía, la autoestima y la intimidad; y se ha observado que la depresión puede aumentar en esta etapa y que es el género femenino el más afectado. La falta de recursos entre los que se pueden mencionar el apoyo, la confianza y la guía familiar, favorece la pérdida de la autoestima. Se hace necesario el apoyo de los adultos, así como de sus iguales con los que comparte intereses.

Se concluye que al ser institucionalizada la paciente, su protección quedó a cargo del Estado rompiendo el vínculo familiar. La institucionalidad le afectó la autoestima al encontrarse con sentimientos de culpa, desaliento, con ideas irracionales que no le permitían poder cambiar el estado de ánimo. Sus relaciones de apego se sintieron perdidas y se manifestaron en sus relaciones sociales.

Se concluye que la adolescente del caso de estudio al no adquirir habilidades necesarias para desarrollar relaciones sociales satisfactorias reacciono con negativismo y oposición, exponiéndola a desarrollar un estado depresivo. La depresión llevo a la paciente a un manejo inadecuado de las relaciones sociales dentro del seno familiar, social y escolar, que se manifestó con sus sentimientos y pensamientos de minusvalía, con su desesperación, su aislamiento y su inseguridad; provocando en su entorno crítica y rechazo hacia ella.

Recomendaciones

Se recomienda que la familia de la adolescente del caso de estudio tome psicoterapia para adquirir asertividad en la comunicación y las habilidades sociales para mejorar las relaciones familiares así como las relaciones interpersonales. Se evitara la violencia verbal y física que puedan ocasionar un mal manejo de comunicación y habilidades sociales.

Se recomienda que la adolescente del caso de estudio continúe con evaluación regular de los síntomas depresivos, dentro de los que se incluyen tristeza profunda, pérdida del sentido de vida, disminución de la autoestima, ideas y pensamientos negativos para evitar una posible recaída, que la pueden llevar nuevamente a tener dificultad para concentrarse, lentitud en sus movimientos corporales, así como las expresiones y el lenguaje reducido y pausado, entre otros.

Se recomienda que la adolescente del caso de estudio continúe trabajando en el manejo de Inteligencia Emocional para evitar el mal manejo de emociones que puedan llevarla a estados depresivos. Con un manejo inadecuado de las emociones se pueden ver afectadas las habilidades sociales de la adolescente, al no ser capaz de relacionarse de forma asertiva.

Se recomienda trabajar talleres con los padres de la adolescente del caso de estudio para que reconozcan y no confundan el castigo y el abuso como método de corrección; el castigo y el abuso en todas sus representaciones no son una forma de corregir. El maltrato infantil puede provocar un impacto negativo en pensamientos, conductas y actitudes, ocasionando un daño psicológico.

Se recomienda que se fortalezcan los recursos brindados. Es necesario que se busquen y desarrollen nuevos recursos para reforzar la autoestima. La falta de recursos favorece la pedida de la autoestima, lo que hace necesario el apoyo, confianza y guía familiar, así como de sus iguales con los que comparte intereses.

Se recomienda que la adolescente del caso de estudio sea reincorporada al seno familiar, lo más pronto posible, siempre cuidando su bienestar físico y psicológico; para que se restablezca el vínculo familiar y recupere su sentido de pertenencia que es parte de su identidad. Sus relaciones de apego deben ser restauradas.

Se recomienda que la adolescente del caso de estudio cuente con apoyo y recursos suficientes para poder desenvolverse adecuadamente dentro de su entorno familiar, social y escolar, para de esta forma evitar recaídas que la lleven a cuadros depresivos, donde se pongan de manifiesto sentimientos y pensamientos de minusvalía, inseguridad y desesperación.

Referencias

Bibliográficas

Asociación Psiquiátrica Americana. (2005). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV-TR*. México: Editorial Masson Doyma S. A.

Arruabarrena, M. I., & De Paúl, J. (2005). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Goleman, Daniel. (2013). *La Inteligencia Emocional*. (23° ed). México: Ediciones B. S.A. de C. V.

Gracia, E. & Musitu, G. O. (1993). *El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales de España.

Halgin, R. P., Krauss, S. (2009). *Psicología de la Anormalidad*. (5° ed.). México: Mc Graw Hill.

Hernández Sampieri, Roberto. (2014). *Metodología de la investigación*. (6° ed.). México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S. A. de C. V.

Melgosa, Julián. (2000). *Para adolescentes y padres*. (4ta impresión de la 1° ed.). España: Editorial Safeliz, S. L.

Oblitas, Luis. (2004). *Como hacer psicoterapia exitosa?* (4° ed.). Colombia: Psicom Editores.

Papalia, Diane E., Wendkos Olds, Sally, Duskin Feldman, Ruth. (2010). *Desarrollo humano*. (11°ed.). México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S. A. de C. V.

Quinto Barrera, See King Emilio. (2014). *Parar y pensar Terapia cognitiva conductual en la práctica clínica*. (3° ed.). Guatemala: Editorial Servi prensa.

Sarason, I.G., Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación de México, S. A. de C. V.

Sue, D., Sue, D. W., Sue, S. (2010). *Psicopatología Comprendiendo la conducta Anormal*. (9° ed.). México: Cengage Learning Editores, S. A. de C. V.

Internet

Citas y Referencias bibliográficas: una guía rápida del Estilo APA Edición corregida.
Recuperado de www.upana.edu.gt/media/uploads/cita,refe123.pdf

MANUAL DE ESTILO PARA ELABORAR OPCIONES DE EGRESO (2013) Recuperado de
www.upana.edu.gt/media/uploads/images/manual_de_estilo_upana.pdf

Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar. (2011, 27 de agosto). Niñez y adolescencia institucionalizada: visibilización de graves violaciones de DDHH. Recuperado de
www.relaf.org/Documento%20agosto%202011%20Relaf.pdf

Anexos

Anexo 1

Tabla de Variables

PROBLEMÁTICA	VARIABLE DE ESTUDIO	SUB-TEMAS DE LA VARIABLE DE ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO
Violencia física y verbal de parte de la progenitora y nuevas parejas de los progenitores	Depresión	Sintomas de la depresión	¿Cómo afecta la depresión en las relaciones interpersonales a la adolescente del caso de estudio?	Determinar como la Depresión afecta las relaciones interpersonales a la adolescente del caso de estudio	Determinar cuáles eran los síntomas de depresión que manifestaba la adolescente de 14 años del caso de estudio
		Manejo de Emociones			Evaluar como las emociones afectan las habilidades sociales de la adolescente de 14 años del caso de estudio
Abuso sexual procedente de la nueva pareja de la progenitora	Depresión	Maltrato Infantil			Determinar cómo afecto el maltrato infantil y la negligencia a la adolescente del caso de estudio
Abandono de las funciones parentales		Falta de Recursos			Evaluar el impacto que casusa la falta de recursos
Mal Manejo de Emociones	Depresión	Institucionalidad			Evaluar qué impacto tiene la institucionalización en la vida de la adolescente de 14 años del caso de estudio
Relaciones Interpersonales en la adolescente		Entorno familiar, social y escolar			Evaluar como la depresión afecto el entorno de la adolescente