

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**  
Facultad de Ciencias Psicológicas  
Licenciatura en Psicología y Consejería Social



**Trastorno Mixto Ansioso Depresivo en Mujeres de Hogares  
Desintegrados**  
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Jenny Yessenia Morales Cardona

Petén, octubre 2014

**Trastorno Mixto Ansioso Depresivo en Mujeres de Hogares  
Desintegrados**

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Jenny Yessenia Morales Cardona

Lic. Julio Alberto Aldana Berges (**Asesor**)

Licda. Eymi Carolina Castro de Marroquín (**Revisora**)

Petén, octubre 2014

## **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 Cóbar
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	Licda. Eymi Castro de Marroquín

# UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

*Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría*

ARTÍCULO ESPECIALIZADO

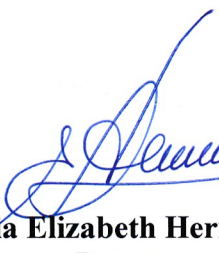
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS


ASUNTO: Jenny Yessenia Morales Cardona  
Estudiante de la **Licenciatura en  
Psicología y Consejería Social** de esta  
Facultad solicita autorización para realizar  
su **Sistematización de Práctica  
Profesional Dirigida** para completar  
requisitos de graduación.

DICTAMEN: 01 abril 2014

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 Psicopedagogía se resuelve:

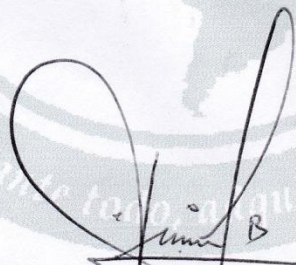
1. La solicitud hecha para realizar **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida** está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en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

  
**M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan**  
Decana  
Facultad de Ciencias Psicológicas.



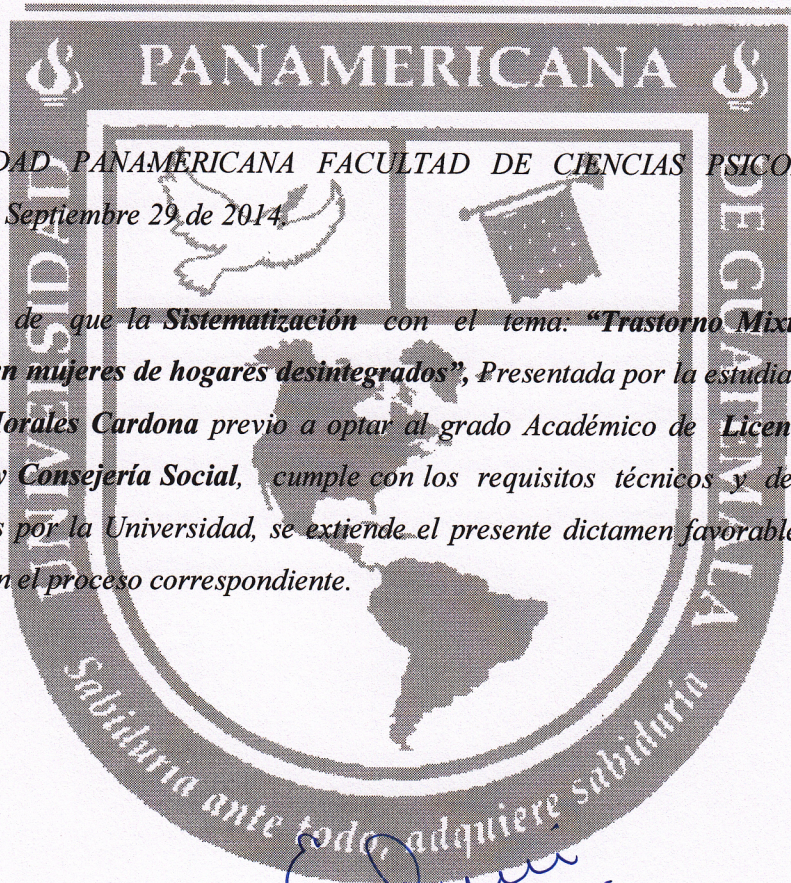
UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, San Luis, Petén, cinco de mayo del dos mil catorce.-----

En virtud de que la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **Trastorno Mixto Ansioso Depresivo en Mujeres de Hogares Desintegrados**, presentada por la estudiante: **Jenny Yessenia Morales Cardona**, 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.



**Lic. Julio Alberto Aldana Berges**  
**Asesor**

Lic. Julio Alberto Aldana Berges  
Psicólogo  
Colegiado No. 742



*UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,  
Guatemala, Septiembre 29, de 2014.*

*En virtud de que la Sistematización con el tema: "Trastorno Mixto Ansioso Depresivo en mujeres de hogares desintegrados", Presentada por la estudiante: Jenny Yessenia Morales Cardona 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.*

*Licda. Eymi Castro de Marroquín  
Revisora*



UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala a los dos días de octubre del año 2014.

En virtud de que la **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida** con el tema "**Trastorno Mixto Ansioso Depresivo en Mujeres de Hogares Desintegrados.**" presentado por: **Jenny Yessenia Morales Cardona** previo a optar grado académico de Licenciatura en: **Psicología 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 del **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida.**

  
**M.A. Elizabeth Herrera de Tan**  
Decana  
Facultad de Ciencias Psicológicas



**Nota:** para efectos legales el autor es el único responsable del contenido del presente trabajo.



## **Agradecimientos**

**A Dios:** Por darme la vida y la oportunidad de ser una profesional que con la ayuda de él, he podido alcanzar una meta más para la formación de mi vida personal y profesional, gracias por la fe, la paciencia, la fortaleza y misericordia infinita que me ha permitido llegar a disfrutar cinco años de carrera.

**A mis Padres:** Byron Morales Aldana y María del Carmen Cardona Pinelo, porque Dios les dio fortaleza para formarme con principios cristianos y valores morales gracias por su apoyo moral, económico. Con respeto, admiración y sobre todo, con mucho amor y cariño los quiero mucho, que Diosito los guarde y los bendiga siempre.

**A mis Hijos** Luis Armando Veliz Morales Cristian Armando Veliz Morales, Ronaldo José Veliz Morales y Elvia Yessenia Veliz Morales, por su paciencia y comprensión Porque no hay nada más grato que tenerlos en mi vida y que mi triunfo sea un ejemplo de superación, los quiero mucho, a mi esposo Por su amor, comprensión, paciencia, apoyo espero compartir este y muchos logros más contigo, que diosito te Bendiga y te guarde siempre.

**A la Universidad Panamericana:** Por haber sido la Institución Educativa que me permitió estudiar y prepararme para llegar a este éxito profesional.

**A mis Docentes:** Gracias por las savias enseñanzas compartidas en el salón de clases.

**A mis Compañeras/ros:** Por todas las experiencias vividas en el salón de clases, porque más que compañeros, formamos una familia. Fue una experiencia muy bonita haber tenido la oportunidad de compartir con ustedes. Con mucho amor y cariño.

**A mis Amigas:** Jennifer Valeska Mayorga Miranda y Dalila Yomara Méndez Dubon, por su cariño, paciencia y comprensión, porque fueron, son y serán una parte importante en mi vida, con mucho cariño y aprecio.

## Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco contextual	1
1.1 Poptùn, Petén	1
1.1.2 Flora y fauna	1
1.1.3 Clima	2
1.1.4 División política de la cabecera municipal	2
1.2. Problema psicosocial del municipio de Poptùn, Peten	3
1.3 La Desintegración familiar	4
1.4 El alcoholismo	4
1.5 Historia del centro médico y enfermería “Nazareth”	5
1.5.1 Diagnostico institucional	6
1.5.2 Datos generales	6
1.6 Planteamiento del problema	6
Capítulo 2	
Marco teórico	8
2.1 Principales problemas psicosociales en la prevalencia del trastorno mixto ansioso depresivo	8
2.1.1 Prevalencia	8
2.1.2 Prevalencia de una enfermedad	8
2.2 Trastorno de ansiedad y depresión	8
2.2.1 Ansiedad	8
2.2.2 La depresión	9
2.3 Trastorno mixto ansioso-depresivo F41.2 CIE-10	10
2.3.1 Epidemiología	10
2.3.2 Etiología	11
2.3.3 Diagnostico	11
2.3.4 Cuadro clínico	13

2.3.5 Diagnóstico diferencial	13
2.3.6 Evolución y pronóstico	14
2.3.7 Tratamiento	14
2.4 Hogares desintegrados	15
2.4.1 La familia como contexto educativo	15
2.4.2 La familia como contexto de desarrollo	16
2.4.3 Desintegración familiar	17
2.4.4 La familia como contexto de interacciones estimulantes	19
2.4.5 Causas de la desintegración familiar	20
2.4.6 Consecuencias	20
Capítulo 3	
Marco metodológico	21
3.1 Objetivos	21
3.1.1 Docencia	21
3.1.2 Investigación	22
3.1.3 Servicio	23
3.2 Logros	25
3.3 Limitaciones	25
Capítulo 4	
Resultados	26
4.1 Fase I	26
4.2 Fase II	28
4.2.1 Análisis cualitativo	28
4.2.1.1 Desarrollo y análisis del caso	28
Capítulo 5	
Discusión	31
5.1 Lecciones aprendidas	31
Conclusiones	33
Recomendaciones	34
Referencias	35
Anexos	36

## Resumen

Dentro del marco de las clasificaciones del manual de diagnósticos DSM-IV-TR de Kaplan y Sadock Sinopsis de Psiquiatría se encuentra el diagnóstico trastorno mixto ansioso depresivo en donde encontramos que estos trastornos son los más prevalentes en la población en general pues el trastorno mixto ansioso depresivo describe a pacientes con ansiedad y síntomas depresivos que no cumplen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad o trastorno del estado del ánimo.

El principal estudio fue determinar la prevalencia de punto de depresión y ansiedad, e identificar los factores que provocan ansiedad y depresión en mujeres de hogares desintegrados para así poder ayudar a pacientes que viven con ansiedad y depresión brindando ayuda psicológica profesional.

La técnica utilizada para recolectar la información fue a través de un cuestionario realizado utilizando la escala de la depresión Beck, adaptándose a la situación permitiendo brindar la información necesaria para el objeto del estudio a investigar.

Por último, se procedió a hacer el análisis de la información realizada, y entre principales hallazgos se obtuvo que la desintegración familiar y el factor económico es la principal causa de ansiedad y depresión en mujeres de hogares desintegrados, a si mismo se determino que las mujeres que viven con depresión y ansiedad deben recibir ayuda psicológica y también fármacos como antidepresivos y ansiolíticos para poder llevar una vida normal y de esa forma superar su enfermedad.

## **Introducción**

El presente informe fue elaborado durante la Práctica Profesional Dirigida, de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana, sede San Luis, Petén. Llevada a cabo en “Centro Médico Nazareth” del Municipio de Poptùn Peten.

La asociación entre ansiedad y depresión es un fenómeno bien conocido por los clínicos y ha planteado frecuentes debates acerca de la naturaleza de su relación. Como lo es la ansiedad es la más común y universal de las emociones, y la depresión se define como una alteración del estado de ánimo que influye en todas las esferas del individuo se instala progresivamente y es persistente en el tiempo y se refleja en el pensamiento, conducta, actividad motora, alteraciones somáticas y en la forma en que el individuo se relaciona y percibe el medio ambiente, Es sinónimo de congoja, preocupación, desasosiego ante acontecimientos futuros o situaciones de incertidumbre, Es clásico el debate respecto a si los síndromes de depresión y de ansiedad se encuentran en un continuum, con la implicación de una postura unitaria, o si es preferible considerarlos como categorías distintas. De hecho, la tendencia de las clasificaciones ha sido mantener la distinción entre los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, se acepta la opinión de considerar la depresión ansiosa como una categoría clínicamente útil.

Ello ha llevado a la presencia de una categoría de trastorno mixto ansioso-depresivo en la clasificación internacional CIE-10 (tabla 1) y constituir parte del apéndice del DSM-IV y DSM-IV-TR (tabla 2) que contiene una serie de nuevas categorías y ejes diagnósticos propuestos para estudios posteriores.

Como se deriva del análisis de estos criterios de trastorno ansioso- depresivo, este diagnóstico debería ser siempre un diagnóstico de exclusión: se aplicaría a pacientes que no pueden ser diagnosticados de un trastorno depresivo (depresión mayor, depresión reactiva o trastorno adaptativo) o que tampoco cumplen criterios de ansiedad generalizada o de otro tipo de trastorno ansioso. La realización de un diagnóstico diferencial preciso disminuye la prevalencia de pacientes con el diagnóstico de trastorno ansioso-depresivo.

# Capítulo 1

## Marco contextual

### 1.1 Poptún, Petén

Es un municipio situado al sur del departamento de El Petén, en la República de Guatemala, Centro América. Siendo actualmente el segundo municipio más poblado del departamento, después del Municipio de San Luis. Desde el año de 1989, la Zona Militar No. 23, ha tenido en Poptún su sede permanente, es decir, ha sido el hogar de este contingente del Ejército de Guatemala. Actualmente en esta Brigada Militar funciona la escuela elite de los soldados Kaibiles, fuerza de operaciones especiales. Cuenta con una aeropista para el aterrizaje de aeronaves ligeras. Al sur se encuentra la Finca Ixobel, que tiene cuevas, lugar turístico para propios y extraños.

El municipio de Poptún está ubicado en el corazón de la zona sur del departamento. El municipio está integrado con el resto de la república de Guatemala mediante una carretera asfaltada de 100 km hacia Flores Petén, la cabecera departamental de Petén, y 380 km hacia la Ciudad de Guatemala.

#### 1.1.2 Flora y Fauna

El Municipio de Poptún, Petén, por sus características biogeográficas, está ubicado a diferentes elevaciones, es por ello que posee tres tipos de vegetación natural: bosque latifoliado o de hoja ancha, bosque de coníferas y bosque ecotonal o mixto.

Los bosques de coníferas incluyen árboles como *Pinus caribaea* variedad *Hondurensis*, comúnmente denominado Pino de Petén o Pino Caribe, que no obstante el daño causado por la plaga de gorgojo (*Dendroctonus frontalis*) aún habita la mayor parte de la planicie de la meseta, porque tiene su hospedero natural en otra especie que comúnmente se denomina encino o roble (*Quercus oleoides*). El área que ocupaba el bosque de Pino con antelación a su ataque fue de

7,500 hectáreas, con lo que, después de su ataque fue quedando aproximadamente un 50% de su total inicial. En este bosque y de manera natural, también se localiza la especie nance (*Byrsonima crassifolia*), la cual posee el fruto del mismo nombre y que se utiliza como alimento. Este pino que se encontraba en grandes rodales naturales, es único en Guatemala, encontrándose bosques de esta especie en Belice, Honduras y el Caribe. De este árbol se extraían cientos de miles de pies de madera, al igual que su semilla, la que ha sido exportada por muchos años a Holanda, Venezuela, Brasil, y algunos países africanos, donde ya se cultiva para la producción de papel.

### 1.1.3 Clima

Poptún posee un clima cálido con una temperatura máxima promedio anual que oscila entre los 24° y los 36° centígrados y una mínima entre 12° y los 16° centígrados. Los meses más calurosos son: marzo, abril, mayo y junio y los más lluviosos son: julio, agosto, septiembre y octubre. La precipitación pluvial anual es de 1,700 milímetros cúbicos, la humedad relativa registra un promedio anual de 79%, el viento sopla del este noroeste a una velocidad 2 kph. en la mayor parte del año.

### 1.1.4 División Política de la Cabecera Municipal

Según la Ley de Regionalización Decreto 70-86 del Congreso de la República el Departamento de Petén pertenece a la Región VIII de la República de Guatemala, se encuentra localizado al sur de la Península de Yucatán, cuenta con 35,854 kilómetros cuadrados. Se integra por catorce municipios, Poptún es uno de ellos, con 1,128 kilómetros cuadrados y representa el 3.5% de la extensión territorial total del departamento. Los centros poblados rurales reconocidos por el Instituto Nacional de Estadística -INE-, son: caseríos, fincas, asentamientos, parcelamientos y parajes, que conforman el área rural del Municipio y se describen a continuación: Caseríos: Canchacán, Chinajá, San Francisco, Concoma, Chojemula, Belén, Carmelitas, Carrizal, Champas Quemadas, Ixobel, Dos Pocitos, Las Delicias, El Achiotalito, El Ceibo, El Limón, La Machaca I, Montaña Rusa, El Pañuelo, Machaquilá, El Mameyal, El Pato, Sabaneta, Esquipulas, El Caoba, El Chilar I, Las Lajas, La Gloria, La Nueva Esperanza, Poxté, Jabalí Bravo, Santa

Cruz, El Triunfo, Santo Domingo, La Romana, Morazán, Santa Fe, La Machaca II, San Agustín, Río Corozal, San Marcos, San José, Nacimiento Oriental, San Pedro, Santa Amelia, Santa María Sechactí, Santa Rosa, Asociación Jalaute, La Palmera, Sensatul, La Ceibita o Nueva Concepción, Nueva Alianza, Nueva Cobanerita, Jolobob, La Bendición, Gracias a Dios, El Estadio, La Amblad, Río Blanco, San Miguel, Santa Marta el Mirador, Las Flores, Chocón, El Rosario, Secolay, Corralpec y Los Encuentros. Colonias: Militar. Barrios: El Porvenir, Santa Fé, Santa María, Morazán, Las Delicias, El Rastro, El Bosque, Las Tres Cruces, El Venado.

## 1.2 Problema Psicosocial del Municipio de Poptún, Petén

Los problemas de índole familiar, tales como lo es la desintegración familiar y el alcoholismo, son los problemas psicosociales que sufren las personas del Municipio de Poptún del departamento de Peten, según encuesta realizada por estudiantes de el último trimestre de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana - Sede en San Luis, Peten-, como parte del Curso de Práctica Supervisada en el Área de Psicología y Consejería Social.



Fuente: Información obtenida por estudiantes del último trimestre de la Carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana, 2013.



La desintegración familiar es el principal problema psicosocial que enfrentan los pobladores del municipio de Poptùn, Peten, principalmente las madres de familia en hogares desintegrados.

### 1.3 La desintegración familiar

La desintegración puede ser: física o emocional. La física: es cuando falta uno de los cónyuges, ya sea por causa voluntaria como divorcio, separación, abandono del hogar y causa involuntaria como muerte, guerra, cárcel, enfermedad, etc.

La emocional es la relación inter-familiar que se caracteriza por falta de comunicación y comprensión, en donde los cónyuges viven juntos por compromiso, sin apoyo moral y afectivo, presentando conductas agresivas, infidelidad, peleas constantes, gritos, no solo entre ellos mismos sino que en momento determinado hay actitudes hacia los hijos de palabras ofensivas e hirientes, incesto y todo lo referente a la violencia intrafamiliar.

El niño no es un ente aislado de la familia, al contrario, es parte importante de la misma y al haber ruptura del núcleo familiar, reciente enormemente el problema, afectándolo en todas sus etapas de crecimiento y desarrollo, trasladando su problema a todos los lugares en que se desenvuelve, como la escuela en donde estudia, dando como resultado el bajo rendimiento escolar, baja autoestima, regresiones, apatía, cambio de carácter, timidez, agresividad, conductas inapropiadas, inadaptación o rechazo por la familia y la sociedad; que podrían desembocar en algunas oportunidades en abandono de la escuela, ya sea porque no se sienta motivado a seguir o porque las autoridades de la escuela ya no soportan las actitudes de agresividad del estudiante. Estos factores determinan la conducta de los niños que afecta su ámbito psicobiosocial y desempeño en su centro de estudio, puesto que el niño no está ajeno a los problemas familiares.

### 1.4 El Alcoholismo

Se define como una enfermedad física y mental, cuyo padecimiento genera una fuerte necesidad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia obsesiva (mental) y física (compulsiva)

del mismo, manifestada a través de determinados síntomas de reacciones físicas o corporales que ocurren cuando una persona deja de consumir sustancias a las que es adicta cuando no es posible su ingesta. El alcohólico no tiene control sobre los límites de su consumo, el cual va en aumento a medida que se desarrolla tolerancia a esta sustancia, afectando la actitud de la persona, su vida familiar, social y hasta laboral. Algunos factores asociados son la necesidad de aliviar la ansiedad, conflicto en relaciones interpersonales, depresión, baja autoestima, facilidad para conseguir el alcohol y aceptación social del consumo de alcohol.

### 1.5 Historia del Centro Médico y Enfermería “Nazareth”

El Centro Médico y de Enfermería “Nazaret” ubicado en el Barrio El Venado, del Municipio de Poptún, Petén, fue el lugar en donde realicé mi práctica supervisada. En el mes de Diciembre del año 2011 el Doctor Francisco Javier Roque Torriente, originario de La Habana, Cuba, vio la necesidad en el Municipio de Poptún de instalar una Clínica Médica e implementar el servicio de hospitalización, esto debido a la necesidad de las personas de trasladarse al área central del municipio de Flores, Petén y en algunos casos, viajar a la ciudad capital de Guatemala en búsqueda de atención médica especializada.

Es así que con la autorización del Ministerio de Salud y Asistencia Social, el Dr. Francisco Javier Roque Torriente con el apoyo de su esposa, la Licda. Patricia Pérez Berges, inaugura el Centro Médico y Enfermería “Nazareth”, inicia prestando los servicios médicos en las especialidades de ginecología, pediatría, cirugía, medicina general, medicina interna y clínica de psicología.

El Dr. Francisco Javier Roque Torriente, propietario juntamente con la Licda. Patricia Lorena en la actualidad atiende un promedio de veinticinco pacientes diarios. Hoy día se ampliaron los servicios, ofreciendo a los pacientes el servicio de Rayos X, ultra sonidos, electrocardiograma (EKG), laboratorio biológico, farmacia, sala de emergencia, y hospitalización, cuenta con un horario de atención al público de 8:00 a 18:00 horas.

### 1.5.1 Diagnóstico institucional

### 1.5.2 Datos Generales:

- **Nombre:** Centro Médico y Enfermería “Nazareth”
- **Dirección:** Barrio El Venado, Poptún, Petén.
- **Teléfono:** 7927-6281
- **Plan de Atención:** Diario de lunes a Sábado
- **Área:** Urbana
- **Modalidad:** Monolingüe
- **Horario de Atención:** De 8:00 am. A 18:00 horas.
- **Personal con que cuenta:** 08 personas.
- **Áreas de la Institución:** Medicina general, medicina interna, laboratorio, farmacia, EKG, análisis clínico y administrativo

#### **01. Datos del Director del Centro Médico y Enfermería “Nazareth”**

- Doctor. Francisco Javier Roque Torriente.
- Tel. 4154-6898

### 1.6 Planteamiento del Problema

Los trastornos mentales son enfermedades que se caracterizan por producir alteraciones en el pensamiento, efecto, emociones y comportamiento acompañados de un gran monto de sufrimiento y compromiso del funcionamiento del individuo afectado, además son entidades que se prolongan en el tiempo o tiene un carácter recurrente.

Los trastornos depresivos o de ansiedad son enfermedades mentales que tiene una alta prevalencia en la población general, y en estudios de poblaciones específicas estos valores han sido mayores, mas sin embargo se desconoce un porcentaje de este trastorno ya que se trata por

separado, las personas que padecen la combinación de síntomas depresivos y ansiosos produce un deterioro funcional significativo para el individuo afectado. Se ha descrito que del 20% al 90% de los pacientes con trastorno de angustia presentan episodios de trastorno depresivo mayor.

Estos datos indican que puede ser frecuente la coexistencia de síntomas de depresión y ansiedad que no cumplan, por separado, los criterios de diagnósticos de otros trastornos depresivos o de ansiedad.

Sin embargo, actualmente, no se dispone de datos epidemiológicos formales sobre el trastorno mixto. Algunos clínicos e investigadores han estimulado que la prevalencia del trastorno en la población general alcanza hasta un 10% y en los consultorios de atención primaria, hasta el 50%, aunque las estimaciones conservadoras indican una prevalencia aproximada de 1% en la población general. Es por eso que cobra mayor importancia investigar la prevalencia de ansiedad y depresión acerca de ¿qué piensan? , ¿Qué opinan? Y ¿que sienten? Las mujeres que sufren un trastorno de ansiedad y depresión. También es importante investigar sobre qué mecanismos de defensa y estrategias de afrontamiento hacen uso las personas que sufren el trastorno mixto ansioso depresivo, así como también el tratamiento tanto farmacológico como psicológico para que estas personas que sufren dicho trastorno puedan superar la ansiedad y depresión a la misma vez.

## **Capítulo 2**

### **Marco Teórico**

#### **2.1 Principales Problemas Psicosociales en la Prevalencia del Trastorno Mixto Ansioso Depresivo**

2.1.1 Prevalencia: Según la Real Academia de la Lengua, “se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presenta una característica determinada en un momento o en un periodo determinado”.

2. 1.2 Prevalencia de una enfermedad. Es el número total de personas que presentan síntomas o padecen una enfermedad durante un periodo de tiempo.

#### **2.2 Trastorno de ansiedad y depresión**

##### **2.2.1 Ansiedad**

La ansiedad constituye una psicopatología de la que una gran parte de la población a nivel mundial está de una u otra forma familiarizada con ella, pero no por eso es fácil de definir.

Un cuadro ansioso es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades.

En su uso cotidiano, el término ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia de un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad).

En el campo de la psiquiatría ha sido motivo de controversia y confusión los términos ansiedad y depresión, y la utilización en psicopatología del vocablo “ansiedad” como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad.

La ansiedad no sólo es un componente o síntoma ineludible de la mayor parte de las patologías psiquiátricas, también es una experiencia propia de la vida normal incorporada a los mecanismos de supervivencia y adaptación del ser humano.

### 2.2.2 La Depresión

La depresión es un trastorno afectivo, generalmente recurrente, caracterizado por un estado de ánimo depresivo (tristeza), acompañado de otros síntomas psíquicos que pueden ser muy variados (pérdida de energía, pérdida de interés, disminución de la comunicación, aislamiento social, alteraciones del sueño, alteraciones del apetito, sentimiento de culpa, ideas de muerte).

La comorbilidad de la depresión con los trastornos por ansiedad tiene especial relevancia en lo que respecta a la atención primaria en salud. Los cuadros depresivos presentes en este escenario, principalmente de severidad leve-moderada, se suelen acompañar de síntomas ansiosos inespecíficos.

Se calcula que entre el 70-95% de los enfermos deprimidos padecen también ansiedad y entre el 20 y el 65% de los pacientes ansiosos se deprimen en algún momento de su evolución. De hecho, el riesgo de padecer depresión para un enfermo que sufre trastorno por ansiedad generalizada multiplica por 62 el de la población generalmente sana.

## 2.3 Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo F41.2 CIE-10

El Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo describe a pacientes con ansiedad y síntomas depresivos que no cumplen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, o trastornos del estado de ánimo. La combinación de síntomas ansiosos y depresivos produce un deterioro funcional significativo para el individuo afectado. El trastorno puede ser particularmente prevalente en las consultas de atención primaria y los ambulatorios de salud mental.

Los criterios aducen que la disponibilidad del diagnóstico puede evitar que los clínicos inviertan el tiempo necesario para obtener una anamnesis psiquiátrica completa, a fin de diferenciar los trastornos depresivos de los de ansiedad. En Europa y especialmente en China, muchos de estos pacientes reciben el diagnóstico de neurastenia.

### 2.3.1 Epidemiología

La coexistencia del trastorno depresivo mayor y el de angustia es frecuente. Hasta dos tercios de los pacientes con síntomas depresivos presentan síntomas acusados de ansiedad, y un tercio puede cumplir los criterios diagnósticos de trastorno de angustia. Se ha descrito que del 20% al 90% de los pacientes con trastorno de angustia presentan episodios de trastorno depresivo mayor. Estos datos indican que puede ser frecuente la coexistencia de síntomas de depresión y ansiedad que no cumplan, por separado, los criterios de diagnósticos de otros trastornos depresivos o de ansiedad. Sin embargo, actualmente, no se dispone de datos epidemiológicos formales sobre el trastorno mixto. Algunos clínicos e investigadores han estimado que la prevalencia del trastorno en la población general alcanza hasta un 10% y en los consultorios de atención primaria, hasta el 50%, aunque las estimaciones conservadoras indican una prevalencia aproximada de 1% en la población general.

### 2.3.2 Etiología

Cuatro líneas principales de evidencia indican que los síntomas de ansiedad y depresión están relacionados casualmente en algunos pacientes. En primer lugar, varios investigadores han descrito observaciones neuroendocrinas análogas en los trastornos depresivos y los de ansiedad, particularmente en el trastorno de angustia; estas incluyen un aplanamiento de la repuesta del cortisol a la corticotropina, de la respuesta de la hormona del crecimiento a la clonidina y de la respuesta de la hormona estimulante del tiroides y de la prolactina a la tirotrópina.

En segundo término, varios investigadores han descrito que la hiperactividad del sistema noradrenérgico es causalmente relevante en algunos pacientes con trastorno depresivo y con trastorno de ansiedad. Específicamente, en dichos estudios se ha observado una elevación de las concentraciones del metabólico de la noradrenalina, el MHPG en la orina, el plasma o el LCR de pacientes deprimidos y con trastorno de ansiedad que estaban experimentando activamente una crisis de angustia. Como sucede con otros trastornos de ansiedad y depresión, la serotonina y el GABA también pueden participar casualmente en el tratamiento ansioso-depresivo.

En tercer lugar, muchos estudios han demostrado que los serotoninérgicos, como la fluoxetina y la clomipramina, son útiles para el tratamiento de los trastornos depresivos y de la ansiedad.

En cuarto término, varios estudios familiares han demostrado que los síntomas de ansiedad y de depresión están vinculados genéticamente, al menos en algunas familias.

### 2.3.3 Diagnostico

Los criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico del trastorno mixto ansioso depresivo requieren la presencia de síntomas subsindrómicos, tanto de ansiedad como de depresión, y la presencia de algunos síntomas autonómicos, como temblor, palpitaciones, sequedad de boca y la sensación de estómago revuelto. Algunos estudios preliminares han indicado que la sensibilidad de los médicos de atención primaria ante un síndrome mixto de ansiedad y depresión es baja, aunque esta falta de reconocimiento puede reflejar la ausencia de un diagnóstico adecuado para los pacientes.



Tabla 16-7.5

Criterios del DSM- IV –TR para el diagnóstico del trastorno mixto ansioso depresivo.

---

- A. Estado de ánimo disfórico persistente o recurrente que dura por lo menos 1 mes.
- B. El estado de ánimo disfórico se acompaña al menos durante 1 mes de un mínimo de cuatro de los siguientes síntomas:
  - 1. Dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco.
  - 2. Trastorno del sueño (dificultad para iniciar o mantener el sueño, o sensación de insatisfacción al despertarse de no haber descansado bien)
  - 3. Fatiga o falta de energía.
  - 4. Irritabilidad.
  - 5. Preocupaciones.
  - 6. Llanto fácil.
  - 7. Hipervigilancia.
  - 8. Anticipación del peligro.
  - 9. Desesperanza (permanente pesimismo ante el futuro)
  - 10. Baja autoestima o sentimiento de inutilidad.
- C. Estos síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no se deben a los defectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., droga, medicamento) o de una enfermedad médica.
- E. Se cumplen las tres condiciones siguientes:
  - (1) Nunca se han cumplido los trastornos diagnósticos para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de angustia o ansiedad generalizada

(2) En el momento actual no se cumplen los criterios diagnósticos para cualquier otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo ( aunque se encuentren en remisión parcial)

(3) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de otros trastornos mentales.

---

De American Psychiatric Association. DSM-IV –TR Manual Diagnostico y estadísticos de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson, S.A., 2002, con autorización.

### 2.3.4 Cuadro clínico

El cuadro clínico del Trastorno Mixto Ansioso Depresivo combina síntomas de los trastornos de ansiedad con algunos de los trastornos depresivos. Además, los síntomas de hiperactividad del sistema nervioso autónomo, como los síntomas digestivos, son habituales y contribuyen a la elevada frecuencia con la que los pacientes acuden a los consultorios de atención primaria.

### 2.3.5 Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial incluye otros trastornos de ansiedad y depresión y trastornos de la personalidad. Entre los trastornos de ansiedad, el de ansiedad generalizada probablemente se solape con el de trastorno mixto ansioso depresivo. Entre los trastornos del estado de ánimo, es más probable que el trastorno distímico y el trastorno depresivo menor se solapen con el trastorno mixto ansioso depresivo. Entre los trastornos de la personalidad, los trastornos de evitación, dependiente y obsesivo-compulsivo pueden presentar síntomas semejantes a los del trastorno mixto ansioso depresivo. Así mismo, se considera un diagnóstico de trastorno somatomorfo. Solo la anamnesis psiquiátrica, la exploración del estado mental y el conocimiento práctico de los criterios específicos del DSM-IV-TR ayudaran al clínico a diferenciar entre estos trastornos. Los signos prodrómicos de la esquizofrenia pueden considerarse como un cuadro mixto de ansiedad y depresión crecientes con un eventual inicio de síntomas psicóticos.

### 2.3.6 Evolución y pronóstico

De acuerdo de los datos clínicos hasta la fecha, los pacientes parecen tener las mismas posibilidades de presentar síntomas acusados de ansiedad o de depresión, a una combinación de ambas sintomatologías en el momento inicial. Durante la evolución de la enfermedad, los síntomas de ansiedad y depresión pueden predominar alternativamente. Se desconoce el pronóstico.

### 2.3.7 Tratamiento

Puesto que no se dispone de estudios comparativos adecuados sobre las modalidades terapéuticas sobre el trastorno mixto ansioso depresivo, los clínicos probablemente trataran a los pacientes en función de los síntomas presentes, su gravedad y la propia experiencia con diversas modalidades terapéuticas.

Las estrategias psicoterapéuticas pueden implicar tratamientos limitados en el tiempo, como la terapia cognitiva o la modificación conductual, aunque algunos clínicos apliquen un enfoque psicoterapéutico menos estructurado, como la psicoterapia orientada a la introspección.

El tratamiento farmacológico para el trastorno mixto ansioso depresivo puede consistir en ansiolíticos, antidepresivos o ambos. Entre los ansiolíticos, algunos datos indican que las triazolobenzodiazepina (por ejemplo el alprazolam), pueden estar indicadas por su efectividad en el tratamiento de la depresión asociada a la ansiedad. Asimismo, pueden estar indicados los fármacos que actúan sobre los receptores serotoninérgicos 5-HT<sub>1A</sub>, como la buspirona. Entre los antidepresivos, a pesar de las teorías noradrenérgicas que vinculan los trastornos de ansiedad y los depresivos, los antidepresivos serotoninérgicos pueden ser más efectivos en el tratamiento del trastorno mixto ansioso depresivo. La venlafaxina es un antidepresivo efectivo aprobado por la FDA para el tratamiento de la depresión, así como para el trastorno de ansiedad generalizada, y es un fármaco de elección en el trastorno combinado.

## 2.4 Hogares Desintegrados

### 2.4.1 La Familia como Contexto Educativo

Dentro del seno de la familia es donde el niño realiza el aprendizaje y socialización, que le permitirán desenvolverse y participar en la sociedad de manera adecuada. Es en el seno de su familia donde el niño se convierte en persona, con rasgos psicológicos identificatorios y crecientemente distintivos.

Aunque los psicólogos evolutivos no afirman que lo que ocurre en los primeros años en el contexto familiar condiciona irremediable e irreversiblemente el desarrollo del futuro del niño, si admite que la familia juega un papel muy importante en la determinación de las características individuales.

La estructura familiar contemporánea ha sufrido modificación, antiguamente se compartían prácticamente todas las labores, lo que permitía estrechar los lazos intrafamiliares, esto se ha visto bloqueado actualmente debido a la influencia progresista. Lo económico, cultural, psicológico y social ha sufrido cambios estructurales profundos, debido a la revolución industrial, variando la estructura familiar, así como las costumbres y los objetivos.

La familia es el sitio en que se forja la personalidad del niño y del adolescente. Padres y educadores saben que para comprender al niño es indispensable conocer el medio en que se ha formado, y principalmente su ambiente familiar.

Es imposible disociar el ambiente familiar del rendimiento escolar, el grado de armonía que prevalezca en la familia repercutirá indudablemente en el equilibrio adecuado para el logro de un buen rendimiento. El clima emocional de la familia es uno de los factores que más contribuyen en el proceso global del aprendizaje.

El equilibrio psíquico de los progenitores y la armonía de la pareja son la mejor garantía de una buena adaptación familiar bien lograda. Los hogares desintegrados y los que están aparentemente bien integrados, tienen constantes disputas, los que ejercen efectos indeseables sobre los adolescentes, y más aún si se crea un ambiente de menosprecio y frialdad.

#### 2.4.2 La Familia como Contexto de Desarrollo

Uno de los temas inevitables en la psicología del desarrollo y la educación es la familia; se tome como determinante fundamental o como simple coadyuvante del desarrollo, su consideración no puede faltar en cualquier análisis que se interese por la evolución de los niños, y a lo largo del tiempo la familia ha sido motivo de análisis en su implicación en los procesos evolutivos, y uno de sus rasgos tienen que ver con su consideración como contexto de desarrollo, y de cómo influye sobre el desarrollo del niño. A través de estos análisis se ha concluido que son muchas las vías por las que la familia penetra con sus influencias en el desarrollo infantil. Como mínimo, esa penetración se lleva a cabo a través de la organización de la vida cotidiana, las rutinas, espacio, objetos, tiempos, personas etc. y a través de las interacciones educativas concretas en las que los padres se implican con sus hijos.

La familia constituye el primer lugar en que se produce el desarrollo; en ella el niño realiza el tránsito de lo biológico a lo social, de los reflejos a la inteligencia, de la indiferencia a la individualidad.

La familia como contexto de interacciones estimulantes: Las cosas que en el interior de la familia ocurren, son diversas y de distinta naturaleza. Como contexto humano que es, lo más importante de todo lo que en ella ocurre tiene que ver con las relaciones que se dan entre sus miembros. Como es evidente, unas familias difieren de otras en la disponibilidad mayor o menor de objetos estimulantes como libros, juegos, etc.; rutinas cotidianas, si el niño acostumbra comer con sus padres; si el horario de comidas o sueño es fijo o cambia, y si cambia, en función de qué circunstancias; si hay a su alrededor problemas familiares; si acostumbramos paseos, viajes, vacaciones etc. Dentro de mi experiencia como maestra de educación primaria en el sector oficial,

y lo que he podido estudiar, parece ser que en el caso de los niños pequeños expuestos a una amplia variedad de juegos y objetos, está positivamente relacionada con el desarrollo cognitivo y con una mayor propensión a explorar nuevos estímulos.

Sin lugar a dudas, el ambiente familiar es importante por lo que posibilita o impide, por lo que alienta o dificulta, y lo que es relevante es el tipo de interacciones que permitan al niño partir del punto en que se encuentra para alcanzar desarrollos que todavía no tiene.

### 2.4.3 Desintegración Familiar

La desintegración familiar puede ser: física o emocional. La física: es cuando falta uno de los cónyuges, ya sea por causa voluntaria como divorcio, separación, abandono del hogar y causa involuntaria como muerte, guerra, cárcel, enfermedad, etc. La desintegración emocional es la relación inter-familiar que se caracteriza por falta de comunicación y comprensión, en donde los cónyuges viven juntos por compromiso, sin apoyo moral y afectivo, presentando conductas agresivas, infidelidad, peleas constantes, gritos, no sólo entre ellos mismos sino que en momento determinado, hay actitudes hacia los hijos, de palabras ofensivas e hirientes, incesto y todo lo referente a la violencia intrafamiliar.

El niño no es un ente aislado de la familia, al contrario, es parte importante de la misma y al haber ruptura del núcleo familiar, se reciente enormemente el problema, afectándolo en todas sus etapas de crecimiento y desarrollo, trasladando su problema a todos los lugares en que se desenvuelve, como la escuela en donde estudia, dando como resultado el bajo rendimiento escolar, baja autoestima, regresiones, apatía, cambio de carácter, timidez, agresividad, conductas inapropiadas, inadaptación o rechazo por la familia y la sociedad; que podrían desembocar en algunas oportunidades en abandono de la escuela, ya sea porque no se sienta motivado a seguir o porque las autoridades de la escuela ya no soportan las actitudes de agresividad del estudiante.

Estos factores determinan la conducta de los niños que afecta su ámbito psicobiosocial y desempeño en su centro de estudio, puesto que el niño no está ajeno a los problemas familiares.

Si el niño no recibe ayuda de alguna persona en este transe tan delicado, podría incluso buscarla en lugares no apropiados tales como pandillas, bandas o con personas que en lugar de ayudarlo, desviarán su atención a la realización de actividades inadecuadas, no correctas ante la sociedad. Si el niño no tiene un núcleo familiar consolidado, no tiene sus valores bien fundamentados, no tiene identidad, ni sentido de pertenencia, su autoestima está baja; buscará en grupos ajenos a la familia, consolidar todos estos factores que son indispensables en todo este proceso de crecimiento y desarrollo integral del ser humano y que se van a consolidar en la enseñanza y aprendizaje del niño.

La personalidad del ser humano se forma de los 3 años a los 7 años de edad, pues, es cuando mayor estabilidad emocional debe tener el niño y deberían reforzar sus valores éticos, morales y espirituales que tanta falta hacen en nuestra sociedad.

El factor material también afecta el núcleo familiar, sobre todo por los problemas económico-sociales, como sub empleo y desempleo de parte de los padres de familia, el niño se ve afectado por no poder cubrir sus necesidades básicas (vestuario, alimentación, vivienda), que deben tener satisfechas para un mejor rendimiento escolar. Este factor influye en la deserción escolar. Aquí podríamos indicar que la falta de uno de los padres, dará como resultado que el niño no cuente con el apoyo de la persona que le cubría alguna necesidad, es decir que si falta, por ejemplo, el padre de familia por muerte y es este quien sostenía el hogar, el niño ya no contará con las mismas condiciones económicas que le permitan mantener el mismo nivel de vida para cubrir sus necesidades básicas.

Por dicha situación se desprende que, podría haber abandono de actividades escolares y que hasta que la otra cabeza de hogar se reponga, el niño podrá seguir estudiando. Al faltar la madre, el niño se verá desprotegido y abandonará poco a poco sus estudios, hasta bajar su rendimiento escolar, ya que está cumple una función importante en la educación de los hijos, en cuanto al cumplimiento de sus tareas, asistencia a sesiones escolares, a su estudio diario y limpieza personal; pues la madre pone en el niño ternura, cariño, disciplina y atención.

Cuando la familia es disfuncional, es decir que no pueden convivir juntos, caminar, ni comunicarse entre sí, ya sea por discordias, conflictos, disgustos, pleitos, desavenencias y por problemas de agresividad, alcoholismo, violencia, etc., es preferible el divorcio y/ o separación. Dichas causas afectan principalmente a los hijos, presentando en su mayoría conductas inapropiadas dentro de la sociedad.

Es por eso preferible que la pareja se divorcie o separe para que los hijos crezcan en un ambiente tranquilo y solaz para que no pueda afectar su aspecto psicológico y que al formar su familia no puedan llevar a éste, remordimientos que tengan dentro de su ser, haciendo un círculo vicioso que se pueda repetir.

El concepto de hogar desunido o desintegración familiar, se aplica a un número grande de situaciones heterogéneas que provocan repercusiones psicológicas principalmente en los hijos.

La desintegración familiar es un problema en la medida en que una estructura existente se hace disfuncional, no puede desempeñar eficazmente su finalidad específica, creando consecuentemente un desequilibrio en sus interrelaciones con las demás estructuras sociales.

#### 2.4.4 La Familia como Contexto de Interacciones Estimulantes

Los acontecimiento que se presentan a lo interno de la familia son diversas, y de distinta naturaleza. Como contexto humano que es, lo más importante de todo lo que en ella ocurre tiene que ver con las relaciones que se dan entre sus miembros.

Como es evidente, unas familias difieren de otras en la disponibilidad mayor o menor de objetos estimulantes como libros, juegos, etc.; rutinas cotidianas, si el niño acostumbra comer con sus padres; si el horario de comidas o sueño es fijo o cambia, y si cambia, en función de qué circunstancias; si hay a su alrededor problemas familiares; si acostumbras paseos, viajes, vacaciones etc. Dentro de mi experiencia como maestra y lo que he podido estudiar, parece ser que en el caso de los niños pequeños la exposición a una amplia variedad de juegos y objetos está positivamente relacionada con el desarrollo cognitivo y con una mayor propensión a explorar nuevos estímulos.



Sin lugar a dudas, el ambiente familiar es importante por lo que posibilita o impide, por lo que alienta o dificulta, y lo que es relevante es el tipo de interacciones que permitan al niño partir del punto en que se encuentra para alcanzar desarrollos que todavía no tiene.

#### 2.4.5 Causas de la desintegración familiar

Uno de los males del siglo XXI es la desintegración familiar, causada por la migración, los divorcios, la ambición y los problemas económicos.

La desintegración familiar trae como consecuencia problemas que van desde la delincuencia, violaciones, drogadicción, hasta la prostitución. La sociedad ha sido considerada como la unidad básica de la familia, por ser una escuela de relaciones humanas y de estabilidad emocional. Según el religioso Héctor Del Castillo, del Tribunal Eclesiástico de la Iglesia Católica, en este tiempo se ha impuesto un sistema económico que hace que los miembros de la familia se separen más. “En estos tiempos se han privilegiado más los logros personales, provocando que haya menos tiempo para la familia; incluso, llega a catalogarse como un obstáculo para la realización personal o para acceder a bienes materiales.

Ahora se ven familias desintegradas, mono parentales de un solo padre y sus hijos- jóvenes que no desean comprometerse en matrimonio porque ven que los hijos se convierten en obstáculo”, comenta Del Castillo.

#### 2.4.6 Consecuencias

La psicóloga Brenda Rodríguez opina que cuando existe desintegración familiar cada miembro se ve afectado, especialmente en cuanto a pérdida de identidad y baja autoestima. “De estos dos se derivan el uso de drogas, amigos no adecuados, actividades incorrectas, prostitución, problemas conductuales, desde pasividad hasta agresividad, todo especialmente en niños y adolescentes que son los más afectados”, explica Rodríguez.

## **Capítulo 3**

### **Marco Metodológico**

#### **3.1 Objetivos**

- Determinar la prevalencia de punto de depresión y ansiedad en mujeres de hogares desintegrados
- Brindar atención Psicológica a todas las personas que soliciten el servicio en el Centro Médico “Nazaret” el cual fue el lugar de Practica Supervisada.
- Poner en práctica los conocimientos adquiridos adentro y fuera del salón de clases, para poder lograr los objetivos de la práctica.
- Adquirir nuevas experiencias profesionales, tanto en el ámbito de la docencia, y de poder servir a las personas que necesiten ayuda Psicológica
- Realizar la confirmación del diagnostico de depresión y ansiedad mediante una entrevista psicológica en pacientes mujeres con problemas de trastorno mixto ansioso depresivo que asisten a la clínica Centro Médico Nazaret del municipio de Poptùn peten.
- Identificar los factores que provocan ansiedad y depresión en mujeres de hogares desintegrados.
- Identificar las emociones y comportamiento de las personas que sufren ansiedad y depresión en hogares desintegrado.

#### **3.1.1 Docencia**

En la Docencia apoye las actividades del centro de práctica como lo es Centro Médico Nazareth, Barrio el Venado, Poptùn Petén.

Se estuvieron dando charlas en Centros Educativos, se estuvo apoyando el asilo de ancianos Dulce Refugio, en el Barrio la Florida del Municipio de san Luis, igual manera se dio apoyo a toda persona que buscaba y necesitaba el apoyo psicológico en el centro Médico Nazareth de Poptùn Peten Barrio el Venado pues fue allí donde realizamos la práctica profesional. En este

Centro de Práctica se atendía a personas con problemas de Auto estima, problemas de ansiedad, Depresión, desintegración Familiar, Alcoholismo, dándoles el apoyo que dichas personas necesitaban profesionalmente psicológico.

### 3.1.2 Investigación

Debido a que la práctica realizada en el Centro Médico Nazareth se realizó un diseño estudio de caso, descriptivo centrada en un caso.

Investigación Descriptiva: también conocida como la investigación estadística, describen los datos y debe tener un impacto en las vidas de las personas.

El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

Pues al investigar se hace con Propósito del Estudio a Investigar

Investigar es describir situaciones y eventos. Esto es, decir cómo es y se manifiesta determinado fenómeno. Pues estos estudios buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986). Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para describir lo que se investiga de alguna situación o evento que se va a estudiar.

Esta investigación usa como instrumento o método, el estudio de caso el cual tiene su origen en la medicina y psicología, siendo utilizada en el campo de la psicología por autores como: Kaplan H.I, Sadock B.J. Synopsis of Psychiatry. El Dr. ItaloMarsiglia G. el pionero en su aplicación a la evaluación del estudio de caso. También como método de evaluación cualitativa ha sido

usada en el campo de la sociología por autores como: Herbert Spencer, Max Weber, Robert Merton e Immanuel Wallerstein. El pionero que aplicó el estudio de caso a la evaluación educativa fue el psicólogo educativo Robert E. Stake.

Se realizó un diseño documental el cual consiste en describir el comportamiento de mujeres con trastornos de ansiedad y depresión en hogares desintegrados. La presente investigación es de tipo descriptiva por lo que su nivel de profundidad tiene como propósito principal, caracterizar una o más variables, usando una investigación descriptiva para aumentar el conocimiento sobre sus características y magnitud y así, describir el comportamiento que presentan las mujeres con trastorno de Ansiedad y Depresión para que puedan afrontar los retos de la vida personal y el entorno social de cada persona con dicho trastorno.

### 3.1.3 Servicio

Se dio apoyo con psicoterapias en el Centro Médico Nazareth a toda persona que lo necesitaba pues dicho centro no contaba con el área de Psicología hasta que por iniciativa de practicantes del área de Psicología de la Universidad Panamericana se propuso realizar la práctica en dicho Centro. No está demás mencionar el caso de Ana, (nombre Ficticio) ama de casa de 23 años de edad, quien consulta por "dolor de cabeza muy fuerte". Está muy preocupada porque hace 2 meses que empezó con cefalea. Cuando él médico le solicitó que informara que otras molestias sentía, refirió padecer de "opresión y piquetazos en el pecho", dificultad para dormirse, mala digestión, insomnio, se deprime fácilmente, siente miedo quedarse sola, tristeza, sentir la cabeza "mareada" y estar "muy nerviosa". Se le preguntó del tiempo de evolución y contestó que desde hace varios años tiene los síntomas, pero que en los últimos 2 meses se han vuelto continuas y muy molestas, relata que tiene una hija de 5 años y eso le preocupa mucho, también comentó que ella vive con sus dos hermanos pues desde que sus padres se separaron ella los tiene a cargo, comenta que su hermana no le hace caso y siempre vive peleando con ella, pero lo que más le molesta y siente que es cuando ella se enferma es pensar que su padre está tan lejos y separados de su madre, comenta que quisiera regresar el tiempo atrás como cuando ellos eran

pequeños que vivían muy felices, pero al interrogarla sobre su cefalea, agrega que siente pesadez en la nuca que mejora con el reposo.

Hace remembranzas de que ella tenía "buen carácter y los nervios buenos" pero se le arruinaron cuando se embarazó de su hija y luego el padre de la niña la abandonó emigrando a los Estados Unidos.

Al examen mental se encuentra a una persona aprensiva, con lenguaje coherente. Niega pensamientos fóbicos y obsesivos.

La exploración física solo reportó una frecuencia cardíaca de 90 por minuto una TA de 120/80 Mm. Hg., moderado dolor a la palpación de la nuca. El resto fue normal. Los exámenes de laboratorio y una Rx. de columna cervical se reportaron normales.

El médico diagnosticó un trastorno mixto ansioso depresivo. Le planteó la posibilidad de recibir ayuda psicológica profesional y a utilizar medicamentos como antidepresivos y ansiolíticos pues con ayuda psicológica y farmacológica y mejorar su calidad de vida, citándola periódicamente para su seguimiento.

Y para dar un diagnóstico eficiente se utilizan escalas como instrumentos de medida de la gravedad de la depresión y de su respuesta al tratamiento. Tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final. No tienen una pretensión diagnóstica, que deberá realizarse a partir de la información psicopatológica obtenida de la entrevista clínica. Se pudo aplicar la Prueba de

#### Beck Depression Inventory (BDI)

Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de

ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad del paciente sobre diferentes ítems: ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, irritabilidad, ideas suicidas, llanto, aislamiento social, indecisión, cambios en el aspecto físico, dificultad en el trabajo, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido, se reemplazan la valoración del aspecto físico, la pérdida de peso, la preocupación somática y la dificultad para trabajar por agitación, dificultad de concentración, pérdida de energía y sentimientos de inutilidad.

### 3.2 Logros

- Haber motivado a los pacientes a recibir ayuda psicológica.
- Poder brindar ayuda psicológica a toda persona que lo necesitaba en dicho centro de práctica como lo es centro médico Nazareth.
- Poder sobre llevar la responsabilidad del área de Psicología en el centro de práctica.

### 3.3 Limitaciones

- Los pacientes asistían muy poco a las consultas debido al factor económico pues tenían que transportarse para sus hogares pues no Vivian en el mismo lugar.
- El ambiente donde se impartían las terapias no era adecuado debido a la interrupción.
- El espacio no era adecuado pues no tenía suficiente ventilación muchas veces tenía que abrir la puerta debido a que se encerraba demasiado calor.

## Capítulo 4

### Resultados

#### 4.1 Fase I

##### Muestra de resultados obtenidos en el lugar de práctica

En nuestro medio es muy conocida la ansiedad y depresión por separado, pero en sí, es la categoría diagnóstica que define los pacientes que sufren tanto de ansiedad como de depresión, "pero ninguno de ellos predomina claramente, ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado".

La asociación entre ansiedad y depresión es un fenómeno bien conocido por los clínicos, y ha planteado frecuentes debates acerca de la naturaleza de su relación. Es clásico el debate respecto a si, los trastornos de depresión y de ansiedad se encuentran en un continuum, con la implicación de una postura unitaria, o si es preferible considerarlos como categorías distintas. De hecho, la tendencia de las clasificaciones ha sido mantener la distinción entre los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, pues, 1 de cada 5 mujeres padece de ansiedad y depresión, y se da más en mujeres del área urbana que el área rural, toda vez que el área urbana existe más presión de compromisos, obligaciones, etc., situaciones que conlleva al manejo de altos niveles de estrés.

Tanto la ansiedad como la depresión son formas de reaccionar ante eventos externos o internos. Por lo que en ellas son muy importantes las atribuciones. Si un evento lo vemos como una amenaza se disparará nuestro sistema de alerta (la ansiedad), si lo interpretamos como una pérdida o un fallo, seguramente se activará nuestro sistema de conservación de energía (la depresión). Las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales se han hecho eco de estas coincidencias. La CIE-10, clasificación efectuada por la Organización Mundial de la Salud, incluye el Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo donde se dan diferentes posibilidades de combinación de síntomas propios de la ansiedad y propios de la depresión.

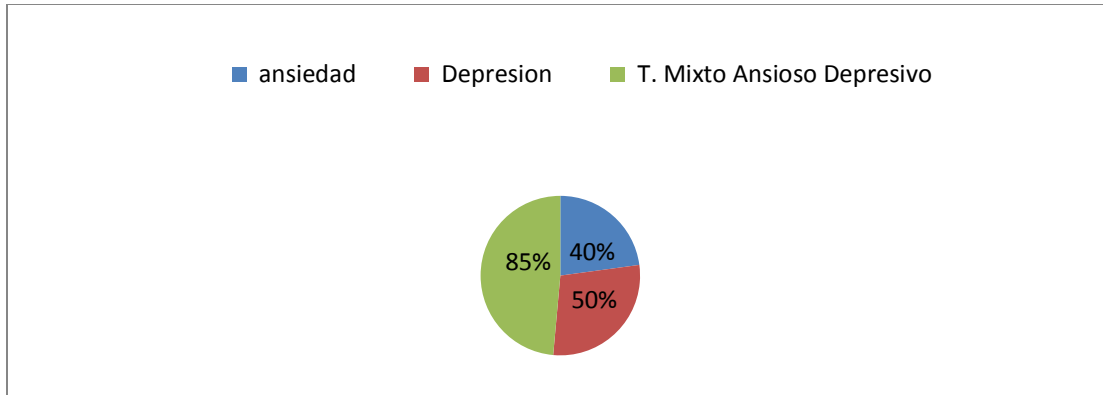
En el DSM-IV, clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana, se propone para nuevos estudios un trastorno ansioso-depresivo caracterizado por estado de ánimo disfórico (inquietud, tristeza, ansiedad, preocupación, falta de energía y bajo auto estima). La práctica tuvo un tiempo de duración de seis meses que comprende de mayo a noviembre 2013. Hubo poca influencia en las personas con necesidad de atención psicológica debido a poca publicidad del proyecto, y también debido a que muchas personas desconocen que las terapias psicológicas pueden sacarlos adelante. Mas sin embargo, gracias a Dios se logro contar con la atención de 6 pacientes de los cuales fueron muy pocos a los que se pudo dar seguimiento debido a que solo se presentaban a 3 o 4 sesiones y ya no se presentaban, posiblemente debido a l falta de recursos económicos, en virtud que los pacientes provienen de aldeas lejanas de la cabecera municipal, y son de recursos económicos muy limitados, es decir, personas que viven en pobreza, más sin embargo, se pudo diagnosticar algunos problemas psicológicos los cuales se mencionan a continuación.

- Ansiedad
- Depresión
- Trastorno Mixto Ansioso Depresivo

De un total de 6 pacientes que asistieron a solicitar ayuda psicoterapéutica, únicamente 2 pacientes concluyeron su proceso psicoterapéutico, mientras que 4 asistieron a cuatro sesiones y luego abandonaron el tratamiento.



## Principales Problemas Psicológicos



Fuente: Elaboración Propia

El Trastorno Ansioso Depresivo cuenta con un 85% equivale a cuatro personas, y se les dio atención Psicológica en el Centro Médico “Nazareth” de Poptùn Peten.

## 4.2 fase II

### 4.2.1 Análisis Cualitativo

#### 4.2.1.1 Desarrollo y Análisis del Caso

Motivo de Consulta: “Últimamente me he sentido muy preocupada con mucho dolor de cabeza y de pecho, creo que es debido a algunos problemas que tengo en mi hogar...”

Examen Mental: La primera cita la paciente se presentó nerviosa ansiosa comentaba que últimamente se ha sentido muy preocupada pues ha estado enfermado mucho, con dolor en el pecho y hace dos meses que empezó con cefalea que no la deja tener paz en ningún momento pues los últimos días ha estado pasando momentos muy difíciles en su hogar, su cabello lo trae recogido, se puede apreciar muy bien el rostro su mirada presenta tristeza.

Viste Vestido gris y zapatos blancos, no trae ningún maquillaje, presenta una mirada baja solo por ocasiones levanta la vista para saber si se le está prestando atención a lo que ella está relatando, tiene una buena secuencia en cuanto al relato.

Diagnóstico: Amparado en pruebas realizadas. Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV la paciente presenta: Un Trastorno Mixto Ansioso depresivo F41.2

Proceso:

Se abordó a la paciente psicoterapéuticamente de la siguiente manera:

- a. Se utilizó la terapia del comportamiento cognitiva-conductual a causa de distorsión cognitiva causada por la depresión y ansiedad, su objetivo es ayudar a tomar conciencia del pensamiento negativo, de modo que pueda responder a ello de una manera eficaz.
- b. Terapia Ocupacional, con el objetivo de que la paciente pueda mejorar su autonomía hábitos de comportamiento asociados al cuidado de sí mismo y otros, además de ser un trabajo productivo.
- c. Intervenciones familiares, con el objetivo de que los familiares del paciente puedan conocer sobre el trastorno que presenta la paciente y puedan comprenderla y así mismo brindarle el apoyo necesario para que la paciente pueda salir adelante.

Cantidad de sesiones: La intervención psicológica tuvo una duración de seis sesiones.

La paciente menciona en la primera cita que “yo ya no quería seguir así como estaba y necesitaba alguien a quien me pudiera ayudar a salir adelante...”. La paciente comentó que siente miedo quedarse sola, le causa mucha tristeza, siente la cabeza "mareada" y dice estar muy nerviosa. La paciente relata “tengo una hija de 5 años y eso me preocupa mucho, vivo con mis dos hermanos, pues, desde que mis padres se separaron yo los tengo a cargo, mi hermana no me

hace caso cuando la aconsejo y la oriento, siempre vive peleando conmigo, pero lo que más me molesta es que cuando ella se enferma el sólo pensar que mi padre se encuentran tan lejos y separado de mi madre, quisiera regresar el tiempo atrás como cuando éramos pequeños y vivíamos muy felices”

Técnicas Aplicadas:

- Lecturas Motivacionales. Esta técnica fue utilizada para que la paciente ocupara su tiempo y así pasara menos tiempo deprimida.
- La silla vacía. Esta técnica se utilizó para que la paciente pudiera establecer un diálogo con una situación, un aspecto de la propia personalidad, o una persona no disponible, ya que esta técnica permite contactar emocionalmente con la propia experiencia y así poder integrarla en la propia historia de vida.

Proceso de Psicoterapia

Sugerencias claves del terapeuta: El involucrar a los familiares de la paciente fue una de las sugerencias que sí dio un buen resultado y le facilitó mucho al paciente poder salir adelante. Se tuvo la necesidad de que la paciente saliera por las tardes a caminar con el objetivo de distracción y poder salir adelante más fácilmente.

## Capítulo 5

### Discusión

#### 5.1 Lecciones aprendidas

Durante la etapa de la Practica Profesional en el ejercicio de la Psicología, nuestra práctica se dividió en áreas muy importantes de intervención psicológica como lo es servicio, investigación y Docencia. En el cual aprendí que trabajar como psicóloga requiere de responsabilidad, seriedad y humanidad por que como psicóloga hay que reconocer que las personas que buscan ayuda es porque realmente lo necesiten, tratar a esas personas con humildad pues nos dejan entrar a su vida confiándonos sus problemas y es por eso que debemos manejar muy bien las técnicas que se utilizaran con el paciente para así el pueda encontrar la solución a los problemas.

La humildad debe de ser antes que nada que debe reflejarse, el centro de prácticas que me asignaron para mí era un lugar desconocido, así también como los empleados de dicho lugar, pues existen diferentes tipos de carácter y cada persona tiene el suyo. La clínica que me asignaron contaba con una camilla, aire acondicionado, silla para el paciente, escritorio y otra silla, bueno eso fue al inicio de la práctica, luego me cambiaron a otra clínica bien pequeña que no tenía ni ventilación y era bien incomodo trabajar allí pues hacia demasiado calor. Los pacientes los refería el médico dependiendo cual fuera su necesidad, y algunas veces los pacientes por si mismo buscaban ayuda psicológica.

Como psicóloga aprendí a que cada persona tiene derecho a ser feliz y es capaz de lograr lo que se propone media ves tenga un propósito en su vida, solo que a veces habremos unos más vulnerables que otros pero si nos proponemos algo claro que se logra el todo es tener una meta una visión ver más allá de lo que se quiere lograr, es increíble y lamentable la situación que viven las madres de hogares desintegrados y como los padres pueden ser capases de abandonar y

maltratar a sus propios hijos que llevan su sangre en las venas no pensando el daño físico, psicológico y mental que dejan en sus seres queridos.

Aprendí a que ahora en día el ser humana hace lo que se le antoja no mira edades, sexo, raza ni color para hacerle el daño a otro ser humano igual que el.

Aprendí que el respeto es de doble vía, sea hombre o mujer niño o niña todos merecemos respeto pero da la casualidad que el respeto es uno de los valores que ya no se practica, ni en el hogar mucho menos afuera del hogar.

## **Conclusiones**

La práctica Profesional supervisada es un periodo de tiempo en el cual se obtienen nuevas experiencias, oportunidades, aptitudes y actitudes durante el periodo estipulado para realizar dicha práctica, pues proporciona gran ayuda a la población en general, ya que las personas que asisten durante las terapias hacen referencia a cada detalle que observan durante las sesiones recibidas, pues los pacientes manifiestan la mayor satisfacción del trabajo realizado

La práctica Profesional Supervisada es una experiencia muy bonita pues, es allí en donde se pone en práctica todo lo aprendido dentro y fuera de las aulas, pues aquí ya no venimos como estudiantes, sino como profesionales en el área de la carrera de Psicología y consejería Social, la cual ha tenido un recorrido de 5 años.

La Práctica Profesional Dirigida fue realizada en Centro Médico Nazaret del Municipio de Poptùn, Peten. Realizar la practica en dicho Centro Médico ayudo a que las personas tengan un mejor conocimiento sobre lo que trata la carrera de Psicología, pues existen muchas personas que desconocen los beneficios que tiene la psicología para todo ser humano.

## **Recomendaciones**

Es recomendable promocionar la carrera de psicología pues queda mucho por saber sobre dicha carrera, pues es muy importante que las personas puedan recibir ayuda psicológica por eso necesitan saber de qué trata la psicología.

Determinar diferentes estrategias psicosociales en clínicas Médicas como en centros educativos para así poder mejorar un estado de vida familiar y personal a todo ser humano que necesite ayuda psicológica.

Que el Ministerio de Educación y clínicas privadas puedan contratar personas profesionales en el campo de la psicología para así poder ayudar a niños y adolescentes en el área psicológica, pues los niños y adolescentes también sufren de ansiedad y depresión pero muchas veces se desconoce.

Informar a las familias y la sociedad en general sobre ansiedad y depresión ya que muchas veces se desconoce sobre dichos temas, siendo tan comunes en la sociedad.

## Referencias

KAPLAN & SADOCK (2008). Sinopsis de psiquiatría Ciencias de la conducta/Psiquiatría Clínica 10.ª Edición. Barcelona (España): Editorial USA.

Bobes J, Saiz PA, González MP. (1997) Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en asistencia primaria. 2.ª ed. Oviedo.

Campos R, Lobo A. (2000) La psiquiatría de enlace con Atención Primaria. En: Lobo A, Campos R, editores. Manejo del paciente con trastornos de ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Doyma;

Katon W, Roy-Byrne PP. Mixed anxiety depression. J Abnorm Psychol 1991; 100: 337-45.

Organización Mundial de la Salud. CIE-10,1992

Kroenke K. El subdiagnóstico y tratamiento inadecuado de los síntomas físicos de la depresión. 157 Reunión Anual de la APA, N. York. USA. Mayo, 2004

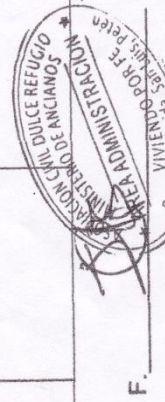


## **Anexos**

# Anexo 1

**PLANIFICACIÓN TALLER –MEJORANDO LA AUTOESTIMA EN EL ADULTO MAYOR-  
Lugar de aplicación: ASILO DE ANCIANOS "DULCE REFUGIO" SAN LUIS, PETÉN**  
Fecha: 13 de Noviembre de 2013

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	METODOLOGIA	RECURSOS	Temporalidad	EVALUACIÓN
<b>GENERAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mejorar la autoestima en el adulto mayor, a través de actividades, en las que el anciano se sienta útil y mejore su estabilidad emocional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bienvenida</li> <li>✓ Dinámica de presentación de los integrantes. (medio de transporte).</li> <li>✓ Invocación</li> <li>✓ Dinámica</li> <li>✓ Presentación y Desarrollo del Tema</li> <li>✓ Dinámicas</li> <li>✓ Técnica de relajación.</li> <li>✓ Terapia ocupacional.</li> <li>✓ Dinámica</li> <li>✓ Evaluación.</li> <li>✓ Refacción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Convivencia</li> <li>✓ Exposición</li> <li>✓ Dinámicas</li> <li>✓ Presentación en Power Point</li> <li>✓ Videos</li> <li>✓ música</li> <li>✓ Evaluación</li> <li>✓ Comunicación Abierta</li> </ul>	Humanos Material Didáctico Diapositivas Cañonera Computadora Hojas Marcadores Juguetes Globos Pelotas Alimentos	Se realizará la actividad durante dos horas en las instalaciones del asilo de ancianos "DULCE REFUGIO" San Luis, Petén.	> El termómetro.
<b>ESPECIFICOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Conocer los síntomas depresivos que afectan la autoestima en el adulto mayor.</li> <li>❖ Promover acciones que contribuyan a mejorar la autoestima en el anciano.</li> </ul>					

F. 

Damaris ~~Claro~~ **Seacida**  
Encargada de la Institución.

## Anexo 2

Clasificación Taller de Salud Mental  
 Lugar de aplicación: **URAMA, SAN LUIS, PETEN.**  
**TODAS LAS CARRERAS**  
 Lto. Julio Aldana Berger  
 Fecha: 10 de octubre de 2018

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	<b>METODOLOGIA.</b>	RECURSOS	Temporalidad	EVALUACIÓN
<p><b>GENERAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Dar a conocer la importancia de una buena salud mental, a los estudiantes de la <b>URAMA</b>, sede San Luis, Petén.</li> </ul> <p><b>ESPECIFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Conocer y reflexionar sobre las características para promover una buena salud mental, que genere cambios en la vida del estudiante.</li> <li>➔ Lograr que los estudiantes desarrollen su propia salud mental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bienvenida</li> <li>✓ Dinámica de presentación de los integrantes.</li> <li>✓ Invocación</li> <li>✓ Presentación y Desarrollo del Tema</li> <li>✓ Dinámicas</li> <li>✓ Técnica de relajación.</li> <li>✓ Terapia ocupacional.</li> <li>✓ Técnica de relajación</li> <li>✓ Evaluación.</li> <li>✓ Refacción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Convivencia</li> <li>✓ Exposición</li> <li>✓ Dinámicas</li> <li>✓ Presentación en <b>Power Point</b></li> <li>✓ Videos</li> <li>✓ música</li> <li>✓ Evaluación</li> <li>✓ Comunicar-</li> <li>✓ <b>Clas. Abierta</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humanos</li> <li>Materia</li> <li>Didáctico</li> <li>Dispositivos</li> <li>Cartones</li> <li>Computadora</li> <li>Hojas</li> <li>Marcadores</li> <li>Salón de Clases</li> <li>Alimentos</li> </ul>	<p>Se realizará la actividad durante dos horas en los aulas en las instalaciones en la <b>URAMA</b>, sede San Luis, Petén.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El termómetro.</li> </ul>



Charla Realizada en Asilo de Ancianos "Dulce Refugio".



Charla de Salud Mental En Centro Educativo.