

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



**Estudio de Caso Sobre la Depresión y su impacto físico, emocional y social,
en una mujer de 39 años del Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social Ceibal, Zona 4 de Mixco**
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Mildred Julissa Rizzo Padilla

Guatemala, mayo 2016

**Estudio de Caso Sobre la Depresión y su impacto físico, emocional y social,
en una mujer de 39 años del Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social Ceibal, Zona 4 de Mixco**
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Mildred Julissa Rizzo Padilla

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

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

Guatemala, mayo 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 CIENCIAS PSICOLÓGICAS

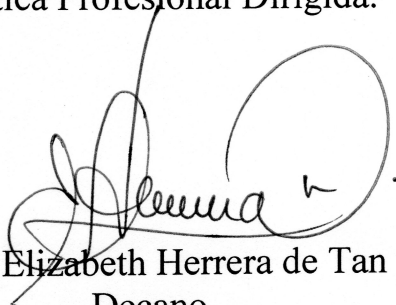
ASUNTO: ***Mildred Julissa Rizzo Padilla***

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: mayo 2, 2016

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 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 ***Mildred Julissa Rizzo Padilla***, recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.



M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Ciencias Psicológicas

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala doce de diciembre del dos mil quince.

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Estudio de Caso Sobre la Depresión y su Impacto Físico, Emocional y Social, en Mujer de 39 Años del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Ceibal, Zona 4 de Mixco”. Presentada por la estudiante: Mildred Julissa Rizzo Padilla, 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.

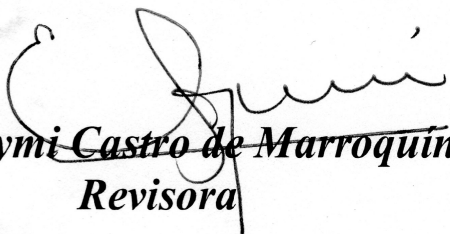
Anabella Cerezo

M. Sc. Anabella Cerezo de García
Asésora

PANAMERICANA

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala, Abril 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 la Depresión y su impacto físico, emocional y social, en una mujer de 39 años del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Ceibal, Zona 4 de Mixco”**. Presentada por la estudiante: **Mildred Julissa Rizzo Padilla**, 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



UPANA
Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala mes
mayo 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 la Depresión y su impacto físico, emocional y social, en una mujer de 39 años del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Ceibal, Zona 4 de Mixco"**, presentado por: **Mildred Julissa Rizzo Padilla**, 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 Ciencias Psicológicas

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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1 Marco de Referencia	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	2
1.3 Ubicación	4
1.4 Organización	4
1.5 Organigrama	5
1.6 Visión	7
1.7 Misión	7
1.8 Programas establecidos	7
1.9 Justificación de la Investigación	9
Capítulo 2 Marco Teórico	10
2.1 La depresión	10
2.1.1 Manifestación de la Depresión	12
2.2 Roles Familiares	13
2.3 Victimización	16
2.4 Autoestima	17
2.5 Patrones de Crianza	19
Capítulo 3 Marco Metodológico	21
3.1 Planteamiento del problema	21
3.1.1 Problemática del caso de estudio	23
3.2 Pregunta de investigación	25
3.3 Objetivo General	26
3.4 Objetivos Específicos	26
3.5 Alcances y límites	26
3.5.1 Alcances	26

3.5.2 Límites	27
3.6 Método	27
Capítulo 4 Presentación de Resultados	29
4.1 Sistematización de Estudios de Caso	29
4.1.1 Datos generales	29
4.1.2 Motivo de Consulta	29
4.1.3 Historia del Problema	30
4.1.4 Historia Clínica	31
4.1.5 Historia Familiar	34
4.1.6 Examen Mental	36
4.1.6.1 Presentación	36
4.1.6.2 Conducta Motora y Estado Afectivo	36
4.1.7 Estado Cognitivo	37
4.1.8 Resultados de Pruebas	38
4.1.9 Impresión Diagnóstica	40
4.1.10 Evaluación Multiaxial	41
4.1.11 Recomendaciones	41
4.1.12 Plan Terapéutico	42
4.2 Análisis de Resultados	51
Conclusiones	55
Recomendaciones	57
Referencias	58
Anexos	60
Lista de imágenes	
Imagen 1 Organigrama General	5
Imagen 2 Organigrama Subgerencia de Prestaciones de Salud	6
Imagen 3 Genograma	34

Lista de Cuadros

Cuadro 1 Pruebas e Instrumentos Aplicados	38
Cuadro 2 Presentación del Plan Terapéutico	47
Cuadro 3 Objetivos, Técnicas y Recursos	49

Lista de Tablas

Tabla No. 1 Tabla de Variables: Estudio de Caso sobre Depresión en Mujer de 39 Años	61
---	----

Resumen

Para poder optar al título de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, en la Universidad Panamericana, es necesario, en el 5to. año de estudio, realizar la Práctica Profesional Dirigida; la cual se llevó a cabo en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Ceibal, en la zona 4 de Mixco.

En el primer capítulo se realizó el Marco de Referencia, que consta de toda la información respecto al lugar de práctica, entre ellos: antecedentes, descripción, ubicación, visión, misión, población que atiende, su estructura organizacional se encuentra plasmada en un organigrama. También se realizó la justificación de la investigación a trabajar durante la práctica.

En el segundo capítulo se elaboró el Marco Teórico, en el cual se presenta la teoría investigada respecto a la problemática y los objetivos de investigación, para lo cual fue necesario documentarse e investigar, para prestar un servicio de calidad en la atención de casos durante la práctica profesional dirigida.

El tercer capítulo está integrado por el Marco Metodológico, que consta de planteamiento del problema, pregunta de investigación, objetivo general y objetivos específicos, así como los logros obtenidos y las limitaciones encontradas durante la realización de la práctica.

En el capítulo cuatro contiene la Presentación de Resultados, los cuales han sido obtenidos durante el trabajo de práctica, la sistematización del estudio de caso estrella y el análisis de resultados de la misma. Por último se agregaron las conclusiones y recomendaciones y anexos del caso investigado.

Introducción

La depresión es un sentimiento de desdicha acompañado de diversas sensaciones que colocan a la persona en estado de desesperanza frente a una realidad aparentemente sin sentido. La depresión se encuentra clasificada por el manual diagnóstico y estadístico de los *Trastornos Mentales DSM IV TR*, como un trastorno del estado de ánimo. Tiene la característica principal que el paciente presenta una tristeza profunda y una pérdida del sentido de vida.

Durante la realización de la Práctica Profesional Dirigida, se estudiaron las causas de la depresión en una paciente de treinta y nueve años de edad internada en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Ceibal (de accidentes) zona 4 de Mixco.

Las causas más comunes por las cuales sufre el trastorno de depresión la paciente atendida son: problemas de pareja, los roles familiares que adoptó la paciente, la baja autoestima, los patrones de crianza, la victimización, problemas laborales, problemas económicos.

En la actualidad las familias guatemaltecas sufren un gran porcentaje de desintegración familiar, por diversidad de factores que se ven afectados cada integrante que la compone, lamentablemente la desintegración familiar viene a dañar en gran manera a los hijos, lo cual causa depresión y otros trastornos psicológicos, y si estos trastornos no son tratados a tiempo puede convertirse en patologías, volviéndose consecuencias que le pueden afectar en cada etapa de crecimiento, especialmente cuando ya son adultos siendo este un patrón repetitivo en su vida.

En el caso de estudio investigado la paciente sufrió desintegración familiar desde que era una infante, debido a esto se le diagnosticó el Trastorno Adaptativo con estado de ánimo depresivo, porque tenía comportamientos conscientes e inconscientes que la identificaron con este tipo de trastorno, estas razones son las que identifican el caso de estudio.

Con esta sistematización del caso de estudio se pretende reconocer el Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, para tratar a la paciente con plan terapéutico planificado. Investigando la problemática que presentaba la paciente, determinar en qué momento se detonó la depresión, asimismo descubrir cuál es la motivación en su vida, estimular y fomentar el perdón con su familia y las personas que marcaron su vida en algún momento.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

Guatemala es un país con estigmas sociales ante la problemática de los trastornos mentales, por lo que muchas personas prefieren ocultar sus padecimientos y no tratarlos para no ser marcados por la sociedad.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) 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 OPS (Organización Panamericana de la Salud) en el año 2012 la depresión ha afectado a 350 millones de personas, en América Latina y el Caribe 6 de cada 10 personas de la población no reciben atención lo siendo este el 65% de personas sin atención se espera que en el año 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo.

La depresión contribuye fuertemente a la carga de la vida cotidiana, se considera la segunda causa de discapacidad en el mundo, debido a la somatización la cual suele estar acompañada de dicho trastorno, provocando en las personas un deterioro físico, mental, laboral y social en la calidad de vida de cada ser humano.

La depresión se suma a la carga emocional cotidiana, es un síntoma o trastorno definido en un alto porcentaje de la sociedad guatemalteca. La Depresión se considera la segunda causa de discapacidad en el mundo y en la mayoría de los casos se ve acompañada de un diagnóstico de enfermedades físicas, inclusive como trastornos somatomorfos. La depresión ocasiona en las personas un deterioro físico, mental, laboral y social desgastando la calidad de vida del individuo.

La depresión según el DSM IV se encuentra catalogada dentro de los Trastornos del Estado del Ánimo, siendo este un trastorno del humor el cual se encuentra formado por un conjunto de síntomas predominantes de tipo afectivo como lo son:

- La desesperanza.
- La apatía.
- Tristeza patológica.
- Irritabilidad.
- Entre otras.

Ligado a esta sensación el paciente puede presentar síntomas de tipo cognitivo, físicos y volitivos, Provocando en las personas una afección de su funcionamiento en la sociedad.

La depresión es una problemática que se observa a diario, en hospitales, ámbitos de trabajo, en la sociedad y en las familias, debido a distintas circunstancias que podrían ser la economía de población, la salud, la falta de empleo, la pérdida de un ser querido, etc.

1.2 Descripción

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es una institución gubernamental, autónoma, dedicada a brindar servicios de salud y seguridad social a la población que cuente con afiliación al instituto, llamada entonces asegurado o derechohabiente. Creado por el Dr. Juan José Arévalo fundada el 28 de octubre de 1,946, mediante el decreto No. 295 del Congreso de la República.

La Asistencia Médica que el Instituto otorga a sus afiliados, pensionados, jubilados del estado y beneficiarios con derecho, se define como: “el conjunto de exámenes, investigaciones, tratamientos, prescripciones intervenciones médico quirúrgicas y otras actividades que correspondan a los programas de prestaciones del Instituto, los cuales deben poner a la disposición del individuo y en consecuencia de la colectividad, los recursos de las ciencias

médicas y otras ciencias afines que sean necesarios para promover, conservar, mejorar o restaurar el estado de salud, prevenir específicamente las enfermedades, mantener y restablecer la capacidad de trabajo de la población. (Art. 1 Acuerdo 466 de JD).

La asistencia médica que otorga el instituto, tiene el propósito de promover, mejorar o restaurar la salud y restablecer la capacidad del paciente para el trabajo. Para alcanzar tales objetivos, el Instituto provee servicios de medicina preventiva, curativa y de rehabilitación (Artículos 16-17, Acuerdo 466 de J.D.). Los servicios de medicina preventiva en materia de riesgos ocupacionales y accidentes comunes, se orientan preferentemente hacia el desarrollo de las labores de prevención y protección contra el acaecimiento de dichos riesgos y en general, a propugnar por la implantación y mantenimiento de las mejores condiciones de higiene y seguridad dentro y fuera del trabajo (3er. párrafo del Artículo 21, Acuerdo 466 de J.D.) En los casos de enfermedades en general, maternidad y accidentes, tanto de afiliados y beneficiarios con derecho, el Instituto, según sea el caso y Unidad Médica, llega a otorgar las siguientes prestaciones en servicio:

- Asistencia Médica y Quirúrgica General y de tipo especializada.
- Asistencia Odontológica.
- Asistencia Farmacéutica (medicamentos, materiales y equipo).
- Rehabilitación y Suministro de Aparatos Ortopédicos y Protésicos (Según normativa).
- Exámenes radiológicos, de laboratorio y demás exámenes complementarios que sean necesarios para el diagnóstico y el control de las Enfermedades.
- Servicio Social.
- Transporte (Según Normativa).

Las prestaciones en servicio a los trabajadores afiliados y sus beneficiarios, en los programas de enfermedad, maternidad y accidentes, dependiendo de las circunstancias, pueden ser brindadas como:

- Asistencia Médica de Consulta Externa.
- Asistencia en Servicios de Emergencia.
- Asistencia Médica Hospitalaria.
- Actualmente también, con la modalidad de Asistencia Médica a través de Visita Domiciliar y Creación del programa Médicos de Cabecera a nivel de Jubilados del Estado y pensionados del Instituto, así como sus beneficiarios con derecho.

1.3 Ubicación

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Ceibal se encuentra ubicado en: 13 Avenida 1-51 Zona 4 de Mixco.

1.4 Organización

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social atiende a población afiliada, niños hasta 7 años de edad de padres afiliados, pensionados y jubilados al régimen de seguridad social. Para desarrollar sus programas, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se encuentra organizado de la siguiente manera:

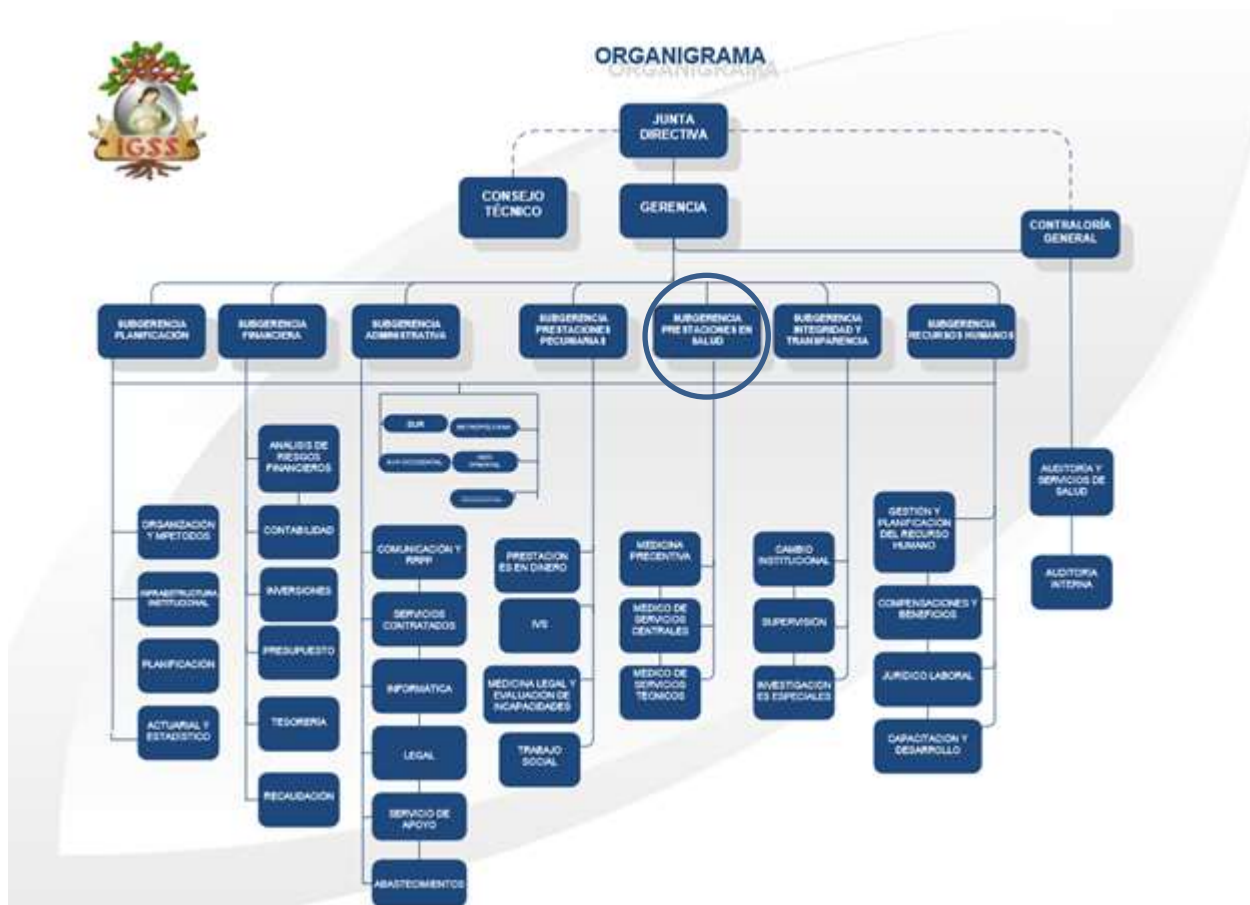
- Junta Directiva.
- Consejo Técnico.
- Gerencia.
- Contraloría General.
- Subgerencia de Planificación y Desarrollo.
- Subgerencia Financiera.
- Subgerencia Administrativa.
- Subgerencia de Prestaciones Pecuniarias.
- Subgerencia de Prestaciones de Salud.
- Subgerencia de Integridad y Transparencia Administrativa.

- Subgerencia de Recursos Humanos.

A continuación se presenta el organigrama del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

1.5 Organigrama

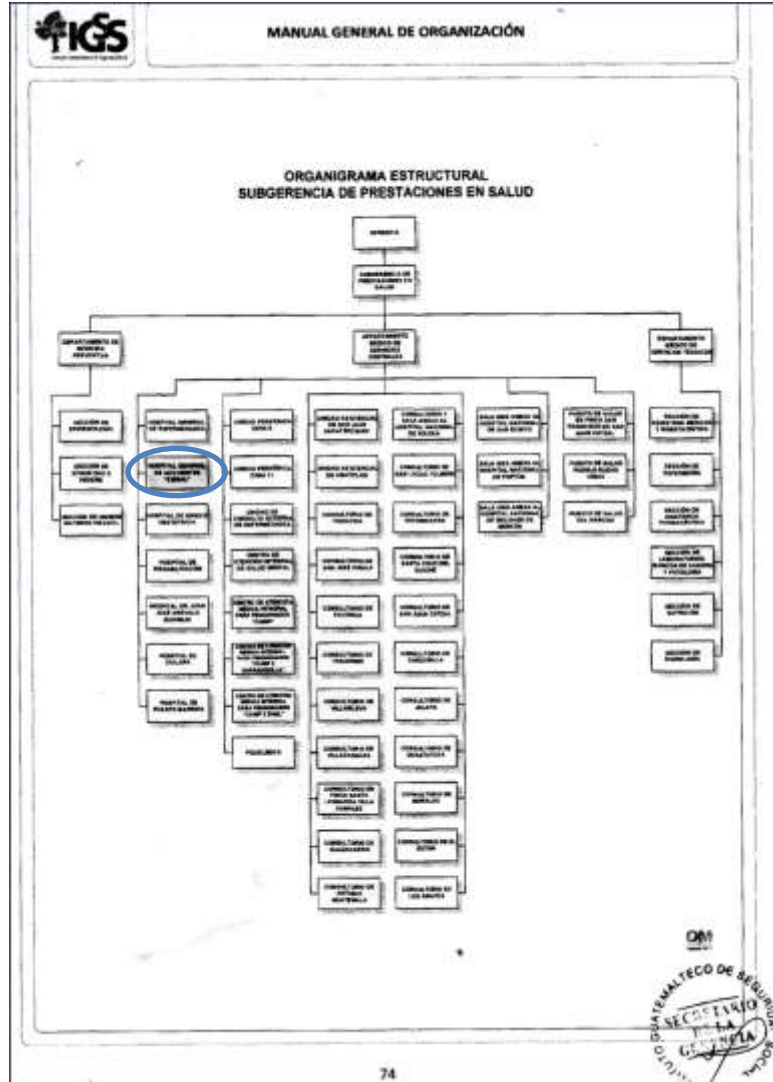
Imagen 1
Organigrama General



Fuente: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (2015)

Imagen 2

Organigrama Subgerencia de Prestaciones de Salud



Fuente: Manual General de Organización Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Aprobado mediante Acuerdo del Gerente No. 40/2012 del 28 de septiembre de 2012.

1.6 Visión

“Proteger a nuestra población asegurada contra la pérdida o deterioro de la salud y del sustento económico, debido a las contingencias establecidas en la ley”.

1.7 Misión

“Proteger a nuestra población asegurada contra la pérdida o deterioro de la salud y del sustento económico, debido a las contingencias establecidas en la ley”.

1.8 Programas establecidos

Programa de Invalidez, Vejez y Supervivencia (IVS): El afiliado podrá recibir atención médica en las Unidades Asistenciales del IGSS, tanto en consulta externa como en hospitalización, rehabilitación, tratamiento psicológico y social. Se atiende por maternidad a la esposa inscrita en el programa y a los hijos menores de 7 años. Se proporciona aparatos ortopédicos y prótesis si el médico tratante lo indica. Se suspende de sus labores por problemas de salud y se le otorga prestaciones en dinero correspondientes a las dos terceras partes del salario diario por incapacidad debido a accidente o enfermedad.

Rehabilitación: El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social cuenta con un Hospital de Accidentes Ceibal el cual brinda terapias:

- Terapias Físicas: Mecanoterapia, Electroterapia, Láser Terapia, Ultrasonido.
- Terapia de Gimnasia, Terapia Laboral, Terapia en el Área de Lesiones Craneoencefálicas, Terapia en el Área de Lesiones Medulares, Terapia en el Área de Amputados.
- Terapia de Lenguaje.
- Terapia en el Área de Prótesis y Ortesis.

Manejo Rehabilitativo del ICTUS: Es una guía práctica basada en documentos de estudios médicos, en la cual se plasman recomendación de buena práctica clínica para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes, etc.).

En el área de psicología se realiza “Evaluación clínica de condición cognitiva, afectiva, dinámica familiar, y condiciones ambientales, ejercicios que promuevan la reorganización funcional De las áreas cerebrales afectadas, utilizar técnicas compensatorias, estrategias de control, y manejo de comportamientos inadecuados, así como asesoría continua a la familia”.

Programa de Enfermedad Maternidad y Accidentes (EMA): El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social brinda atención como mecanismo de protección a la vida, que tiene como fin fundamental la prestación de servicios médico hospitalarios con el propósito de conservar o restablecer la salud de sus afiliados, por medio de la valuación de un profesional con el propósito de reestablecer al paciente a través del Programa EMA.

El programa de accidente cuenta con 16 salas de operaciones, con capacidad de realizar 8,000 procedimientos durante el año. Uno de los pilares de los últimos años, es la cirugía mínimamente invasiva en cada procedimiento quirúrgico, para lo cual se cuenta con:

- Servicio de Pacientes Quemados.
- Programa de Reemplazos Articulares de Cadera y Rodilla.
- Servicio de Cirugía de Mano.
- Servicio de Cirugía de Columna.
- Servicio de Maxilofacial.
- Servicio de Intensivo.
- Servicio de Laboratorios.
- Servicio de Rayos X y Ultrasonido.
- Servicio de Lesiones Medulares.
- Servicio de Lesiones Craneoencefálicas.

- Servicio de Amputados y Lesiones de Nervios Periféricos.
- Servicio de Lesiones Diversas.

Programa de Incorporación Plena de la Niñez y Adolescencia a la Seguridad Social Guatemalteca
IPLENA:

- Incrementando la edad de cobertura de los hijos de los afiliados hasta los 7 años.
- El horario de atención es de: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 4:00 p.m. sábados en consulta externa y 24 horas en el área de emergencia y hospitalización.

1.9 Justificación de la Investigación

Para poder optar al título de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, en la Universidad Panamericana, es necesario, en el 5to. año de estudios, realizar la Práctica Profesional Dirigida, para lo cual, la estudiante, realizó su práctica en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Ceibal, ya que es un hospital el cual requiere de apoyo psicológico para los pacientes que ingresan debido a que en dicha institución se presentan casos específicos de accidentes, quemaduras, violaciones, lo cual requiere de atención psicológica por las pérdidas que la persona está afrontando, la práctica se realizó bajo la coordinación del Dr. Sergio Estupinian Subdirector del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Ceibal, se autorizó la realización de este ejercicio profesional y asignó varios casos clínicos, para brindar terapia psicológica.

La Fecha de práctica de Psicología Clínica se inició el 16 de marzo de 2015, realizándose de lunes a viernes en un horario de 16:00 a 21:00 horas.

Capítulo 2

Marco Teórico

El presente marco muestra los temas investigados durante la Práctica Profesional Dirigida, dichos temas se investigaron en base a los diferentes problemas encontrados en el caso de estudio.

También se presentan temáticas analizadas e investigadas con el objetivo de profundizar más sobre la temática de estudio y poder así realizar un análisis basado en los hallazgos encontrados.

2.1 La depresión

En la actualidad las personas se encuentran en constantes cambios de estados anímicos, los cuales pueden desencadenar problemas físicos, sociales y psicológicos, exponiéndose a enfermedades físicas y mentales y es muy poca la población que busca solución y apoyo psicológico ante su problemática, originando trastornos que aquejen su estado de ánimo, surgiendo así la depresión la cual es una enfermedad común y grave.

Chinchilla Moreno (2008) La depresión es entendida como un trastorno sistémico que afecta al cerebro y el cuerpo, asociándose con alteraciones en el sistema endocrino, cardiovascular e inmune, con importantes repercusiones médicas p.38.

La prevalencia de los trastornos depresivos parece incrementarse en las mujeres de edad media de la vida mientras que la tendencia en la incidencia es a la estabilidad o a deceso. Varios estudios epidemiológicos han observado que la depresión parece ser más común en la última mitad del siglo XX p.39.

La clasificación actual de los trastornos depresivos es controvertida, basada en los dos sistemas de diagnóstico fundamentales (CIE-10 y DSMIV) en un mundo unitario que establece las diferencias entre trastornos en cuanto a su gravedad p44.

Michael Rosenbluth, Sidney H. Kennedy y R. Michael Bagby (2007) en la actualidad, un consenso general sugiere que el trastorno depresivo de la persona demuestra cierto grado de validez como constructo P.23.

Escobar Pachano T. (2008) la depresión es un sentimiento de desdicha acompañado de diversas sensaciones que colocan a la persona en estado de desesperanza frente a una realidad aparentemente sin sentido. La depresión patológica involucra totalmente el mundo afectivo, hasta el punto de hacer perder el sentido de la vida para la persona que la sufre. Esta persona no encuentra razón para seguir viviendo ni se haya mérito alguno como persona. Hace un gran esfuerzo por contener el enojo y ocultar los verdaderos sentimientos. Entre tanto, cada vez se hace mayor su sentimiento de culpa, el enojo se transforma en odio que se vuelve contra sí mismo. De allí que sea tan frecuente el autocastigo, al extremo de querer poner fin a la vida. En un gran número de casos las personas deprimidas hacen un llamado de auxilio, buscan ayuda p. 43 p.44.

R. Ontero (2012) en el siglo IV A.DC, Hipócrates padre de la medicina afirmaba que la depresión era una enfermedad del cerebro que debía ser tratada con medicamentos orales. Pensaba que en la melancolía se mezclaban causas externas y ambientales. Abría un exceso de bilis negra que alteraba el equilibrio y producía influencias malignas como: la melancolía, abatimiento, tristeza y angustia, y que todo se curaba con consejos y actividad. La bilis negra producía un humor sombrío, frío y seco y sus emanaciones impregnarían el cerebro provocando tristeza, miedo, ganas de estar solo, desgano e inmovilidad (¿indolencia?).

Platón por su parte, consideraba que los trastornos profundos debían ser tratados por filósofos. Llamaban “PSYKHAGOGIA” al arte de conducir a las almas mediante el discurso y que la psiquis adulta estaba determinada por tres partes: libidinosa, lo racional, y lo espiritual. Sócrates consideraba que la cura se establecía a partir de la creación de un vínculo con el otro. Según este maestro, se produciría la cura si desde la libertad hay una exigencia de entrega en el paciente en alma y cuerpo, y así a su vez el médico se exige danto su tiempo y abnegación. P.58

Según la (OMS) 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.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

2.1.1 Manifestaciones de la Depresión

(Teódulo Escobar Pachano 2008), La depresión como estado preocupante, no se puede definir a partir de un vago sentimiento de tristeza o de un síntoma aislado o temporal. Corresponde a un cuadro de señales de diversa índole que varía de un individuo a otro. Se pueden presentar algunos de los siguientes signos:

- Llanto frecuente e injustificado
- Aburrimiento permanente
- Falta de interés por las cosas
- Tristeza
- Trastornos del sueño: dificultad al comienzo del sueño o despertar antes de lo habitual y no lograrse dormir de nuevo
- Inapetencia
- Queja sobre la salud especialmente digestivos y respiratorios
- Sensación de cansancio

- Lentitud para moverse y pensar
- Abandono en el arreglo personal
- Cambio de actitud hacia la vida. Quizás el hecho más significativo es considerar la vida como una carga difícil de sobrellevar.

Detrás de todo esto suele esconderse los sentimientos de culpa y de vergüenza, que por lo regular, se revelan durante la sicoterapia. P.45

Para comprender donde se genera la depresión, es preciso tener en cuenta tres factores: la personalidad, los conflictos interiores y los acontecimientos externos. Además hay que considerar algunos predisponentes genéticos y hereditarios que hacen de la persona un ser sugestionable, tendiente a magnificar las cosas y a responder de manera irreflexiva. Por otra parte, el hecho de que en el hogar haya un adulto depresivo, puede originar en el niño, por aprendizaje, la misma tendencia.

Es preciso resaltar aquí que ninguno de estos factores implica que la persona necesariamente tenga que padecer la depresión o que no pueda salir de ella. No sobra repetir que el ser humano posee todas las capacidades para hacer de su vida lo que se proponga. P47.

2.2 Roles Familiares

Nataniel Branden (2001), en la familia cada miembro que la compone integra más de un rol, así podemos clasificar o categorizar los siguientes tipos de roles que se dan en el contexto familiar:

Rol personal, en este papel el individuo actúa de la mejor manera que sabe para que su imagen no quede dañada ante los demás, se presenta como él es, como persona, su personalidad más positiva; por ello va a intentar aparentar ante los que le observan, manipulando las actuaciones, presentando aquello en lo que se desenvuelve con mayor soltura en vez de dar información de sí mismo, recurriendo a una serie de mecanismos expresivos que dan una fachada mejor que la

propia. Pero detrás de esa apariencia, el individuo, cuando se siente relajado, seguro y en confianza, empieza a dar muestras de su verdadero yo, de su conducta auténtica.

No obstante, dependiendo de la relación de cercanía con los demás vamos a presentar una fachada de nuestro rol o, por el contrario, si estamos en un ambiente de amigos, relajado y cómodo, vamos a presentarnos como realmente somos sin intentar aparentar.

Rol de mujer, a la mujer se le ha venido categorizando como el sexo débil a causa de las expectativas que se esperan de ella. Durante largo tiempo se esperaba de la mujer que se cumpliera el papel de sumisa, sociable, amistosa, ya que se le consideraba fácilmente sugestionables y receptivas a las influencias externas.

Empezaron a establecer diferencias sexuales en las que a la mujer se le calificaba como una persona con baja autoestima y autoconfianza, debido al papel de sumisión que exigían desempeñar. Afortunadamente, con la incorporación de la mujer al mundo laboral se comienza a considerar a la mujer con igualdad con el varón, compartiendo tareas y obligaciones que antes eran propias de un género y permitiendo dejar de lado el papel secundario que se les inculcaba y que debían cumplir por el mero hecho de ser mujer.

Rol de varón, al igual que a la mujer, el rol de hombre viene encasillado por su condición sexual, de él se espera poca sensibilidad hacia los demás, que sea fuerte, que no se desmorone fácilmente para que pueda triunfar, conseguir poder, prestigio en el mundo donde se desenvuelve. El hombre vive con el estereotipo de hostil y agresivo.

Rol de Hermano/a, el rol de hermano, va a desempeñar el papel según se les ha etiquetado en los años de su infancia, aunque el lugar que cada hermano ocupa en el seno de la familia también es primordial en cuanto a las expectativas que se les asigna. Por ello, podemos escuchar a las madres, cuando nos hablan de sus hijos, como los califican.

Rol Padre-Madre, los padres desempeñan las funciones de forma conjunta para el bienestar de los hijos y para la ayuda mutua; por ello cooperan a la hora de llevar la crianza de los hijos en cuanto a la educación y a las responsabilidades. Todo ello les produce un nivel de satisfacción, aunque las excesivas obligaciones pueden llevarlos a un elevado nivel de conflicto.

En relación a los roles padre-hijos se ha apreciado un cambio, teniendo una mayor igualdad y libertad en las relaciones de los padres con los hijos, ya que estos van sufriendo una evolución obligada y natural, aunque las relaciones son diferentes dependiendo de las edades en las que se encuentren los hijos; por ejemplo, en la adolescencia las actitudes de los jóvenes hacia los padres se corresponden, inversamente con las actitudes de los mayores hacia la autoridad e independencia que deben dar a sus hijos.

Rol Padre-Hijo, las relaciones padre e hijos parecen ser conflictivas mayormente, por desacuerdos en la forma de pensar, traduciéndose en un autoritarismo y expectativas dependiendo de la edad en la que se encuentre el hijo, es decir, cuando el hijo está en su edad más temprana el rol madre-hijo es de satisfacer las necesidades básicas, pero cuando el hijo está en la adolescencia aparece el comportamiento con una doble variante:

- Mediadora entre padre autoritario, rígido y la hostilidad, rebeldía del hijo.
- Intromisión en el espacio reclamado del hijo por miedo a su pérdida. P. 270 P.272.

John Bradshaw (2005), en las familias crónicamente disfuncionales, los miembros familiares suprimen muchos de sus sentimientos y desempeñan papeles rígidos.

El Control y los Roles Rígidos: Los roles rígidos no solo buscan el balance de los sistemas familiares también se transforman en el falso yo, basado en la vergüenza que los miembros familiares usan en un intento por mantener bajo control la angustia que la familia experimenta.

El control es el resultado de la voluntad deshabilitada y es una de las mayores defensas que existen contra la vergüenza. Las personas que están basadas en la vergüenza tratarán de controlar

todas las relaciones en las que se involucren. La vergüenza es un sentimiento de insuficiencia y falta de valía, que nos impide ocultarlo y vivirlo en secreto.

Codependencia: Las personas co-dependientes no están en contacto con pensamientos propios, deseos y necesidades, desempeñan papeles rígidos mediante los cuales representan la angustia familiar. Aprenden a suprimir ciertos sentimientos y a expresar otros de acuerdo con lo que su rol familiar requiere.

Negación: Los rasgos de negación quedan expuestos de forma bastante clara en las familias incestuosas. Los aspectos más horribles del incesto son el secreto compartido y la negación compartida. Quizás sea la negación lo que caracteriza a las familias disfuncionales.

Limites Culturales: Además de los límites intrafamiliares y los límites del ego, el sistema familiar tiene un tercer tipo de límite que rodea a la familia, como una línea indivisible. Los límites culturales o subculturales. La nacionalidad o la religión son los factores que más inciden en este tipo de límite. P. 131 P. 135.

2.3 Victimización

Fernanda Familiar 2012, Hay relaciones de diversos tipos- amistosas, amorosas, laborales y demás- que pueden envolver a una persona en la intimidación, en la depresión, en una pérdida total de autoestima y causarles daños psicológicos difíciles de tratar. Nuestras elecciones son fundamentales para que las consecuencias no sean dañinas. Por eso es necesario darnos cuenta del tipo de personas que reaccionan y se manifiestan como cómplices, observando que consecuencias genera en los demás relacionarse desde esa perspectiva, así como cuales se relacionan desde la victimización provocada por la baja autoestima.

Es interesante entender este punto de Carver en relación con las personalidades limítrofes porque nos lleva sumar dos cuestiones:

- La persona víctima no solo justifica sus acciones frente al mundo sino que no se hace cargo de sí misma
- Antes de ser ignorada es capaz de hacer lo que sea para llamar la atención con tal de “ganarse” la “caricia consoladora” que la coloque de inmediato en el reflector

Existe otro tipo de personalidad, que Carver define como histriónica tiene un patrón dominante que comprende una demostración emocional excesiva y una necesidad de atención importante. Los individuos con este tipo de personalidad son excesivamente dramáticos y con frecuencia son percibidos por el público como el tipo de persona que se conoce como “la reina de los dramas”. A menudo son sexualmente seductores y muy manipuladores en sus relaciones.

¡Qué importante es identificar con quien nos relacionamos o como lo hacemos! En el ámbito de la salud mental, la clave reside en detectar a tiempo el tipo de personalidad de otro. En el caso de alguien que se coloca como víctima siempre hay patrones y formas de conducta que se declaran y logran identificarse pronto. A cada uno de nosotros corresponde querer relacionarnos con alguien así o no, pero no debemos dejar la posibilidad de ver a fondo con qué tipo de personas lo hacemos para no quejarnos después de los resultados de ciertas relaciones en nuestra vida que generaron advertencia para nosotros, pero que las dejamos pasar por desconocimiento. Las víctimas se quedan en una zona en la que no avanzan, se tienen baja autoestima, son ansiosas e inseguras; no toman decisiones fácilmente, pues para hacerlo dependen de la mirada y del impulso de otro.

2.4 Autoestima

Christophe André y Francois Lelord (2009), tener confianza en uno mismo, estar seguro de sí, estar contento de sí... Los términos y las expresiones empleadas en el lenguaje corriente para designar la autoestima son incontables. De hecho, cada uno de ellos se refiere a uno de sus múltiples aspectos.

En realidad, la autoestima consta de <<tres ingredientes>>: la confianza en sí mismo, la visión de sí mismo, el amor a sí mismo. La buena dosificación de cada uno de esos tres componentes es indispensable para obtener una autoestima armoniosa. P.14.

El Equilibrio de la Autoestima: Esos tres componentes de la autoestima mantienen, por lo general, vínculos de interdependencia: el amor a sí mismo (respetarse suceda lo que suceda, atender a las propias necesidades y aspiraciones) facilita indiscutiblemente una visión positiva de sí (creer en las capacidades que poseen, proyectarse en el porvenir) que, a su vez influye favorablemente en la confianza en uno mismo (actuar sin excesivo temor al fracaso y al juicio de los demás). P.20.

Los Cuatro Grandes Tipos de Autoestima: Correlacionando el nivel y la estabilidad de la autoestima, llegaremos a una clasificación en cuatro categorías que permiten comprender bien un conjunto de reacciones.

Los Cuatro Grandes Tipos de Autoestima:

- Alta y Estable: Las circunstancias “exteriores” y los acontecimientos de vida “normales” tienen poca influencia sobre la autoestima del sujeto. Éste no consagra mucho tiempo ni energía a la defensa o a la promoción de su imagen.
- Alta e Inestable: Aunque elevada, la autoestima de estos sujetos puede sufrir importantes altibajos, especialmente cuando se hallan en un contexto competitivo o desestabilizador. Reaccionan entonces con vigor ante la crítica y el fracaso, percibiéndolos como otras tantas amenazas, y practican la autopromoción poniendo en relieve sus éxitos o sus cualidades de un modo excesivo. P.69.
- Baja y Estable: Pocas fluctuaciones de autoestima en lo cotidiano, los estados emocionales regularmente son negativo. No hay esfuerzos para aumentar la autoestima. Impacto emocional de feedback, pero pocas consecuencias conductistas. Convicción de la inutilidad de perseguir objetivos personales.

- **Baja e Inestable:** Posibles fluctuaciones hacia arriba, estados emocionales mixtos: negativos pero con momentos positivos. Esfuerzos para aumentar la autoestima. Impacto emocional feedback y consecuencias de ajuste. Deseabilidad social que aparta de los intereses personales. P.76.

2.5 Patrones de Crianza

Patrones de Crianza Berger (2007), indica los tres patrones de crianza de Baumrind sobre la base de estas cuatro dimensiones, identificó tres estilos de crianza:

Crianza autoritaria, la palabra de los padres es ley y no hay lugar a discusión. La mala conducta se castiga con rigor, por lo regular de forma física (pero no con tanta dureza como para considerarla maltrato). Los padres autoritarios establecen reglas claras y patrones de referencia elevados. No esperan que sus hijos emitan sus opiniones, y las conversaciones sobre las emociones son especialmente escasas. (Un adulto de una familia de ese tipo dijo que la pregunta “¿cómo te sientes”? solo tenía dos respuestas posibles: “bien” y “cansado”). Estos padres creen que su edad y experiencia los han preparado para saber que es mejor para sus hijos y que los niños deben hacer lo que se les dice. Los padres aman a sus hijos pero pueden parecer distantes y pocas veces muestran afecto.

- Crianza permisiva, los padres permisivos tienen pocas exigencias y ocultan cualquier impaciencia que sientan. Hay poca disciplina porque exigen escasa madurez de los niños. Los padres permisivos son cariñosos y aceptan a sus hijos, escuchan todo lo que sus hijos dicen y comparten sus propias emociones sin restricciones. Tratan de ayudarlos en todo, pero no se sienten responsables de su conducta.
- Crianza disciplinada, los padres disciplinados establecen límites y aplican normas. Sin embargo, también escuchan las demandas de sus hijos y sus preguntas, conversan sobre los sentimientos y los problemas. Los padres exigen madurez en los niños, pero son cariñosos y comprensivos, y habitualmente perdonan (y no castigan) cuando el niño no logra la madurez deseada. Son flexibles cuando un niño explica una razón

particularmente buena para una excepción. Ellos actúan como guías y mentores, no como autoridades (como lo hacen los padres autoritarios) ni como amigos (como lo hacen los padres permisivos).

Los padres autoritarios crían niños que tienden a ser conscientes, obedientes y pasivos, pero no son especialmente felices. Ellos tienden a sentirse culpables o deprimidos, internalizan sus frustraciones y se culpan cuando las cosas no andan bien. Cuando llegan a la adolescencia, a veces se revelan y abandonan el hogar antes de los veinte años.

Los padres permisivos crían niños que son aún menos felices. Ellos carecen de autocontrol sobre todo en lo que se refiere a la cuestión de dar y recibir de las amistades entre pares. Su regulación emocional insuficiente los convierte en inmaduros e impide la formación de amistades la principal razón de su infelicidad. Suelen vivir en el hogar y siguen siendo dependientes en la vida adulta temprana. Los padres disciplinados crían niños con más posibilidades de tener éxito, ser coherentes, inteligentes, felices consigo mismos y generosos con los demás. En general estos niños son queridos por sus maestros y compañeros, sobre todo en las culturas donde se valora la iniciativa individual. P.302.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

Eventualmente todos los seres humanos a través de la vida experimentamos sentimientos de tristeza o melancolía, pero estos sentimientos suelen ocurrir por un corto de tiempo y de manera ocasional. Las personas que tienen un trastorno depresivo no tienen un desempeño normal en su ámbito social, laboral, familiar este interfiere en su diario vivir.

La depresión es una condición del cerebro, mucho más común en las mujeres, no se presenta por una causa específica, suele ser el resultado de una combinación de factores bioquímicos, genéticos y psicológicos.

Según la OMS la depresión ha afectado a más de 350 millones de personas, siendo esta la principal causa a nivel mundial de discapacidad y contribuye a la estadística de morbilidad a nivel mundial y se considera que para el 2020 se situará en el segundo lugar de las enfermedades que aquejan al ser humano.

Las personas que presentan trastorno de depresión pueden mostrar altos niveles de cortisol y agentes químicos que actúan en el cerebro como los neurotransmisores serotonina, dopamina y noradrenalina.

La depresión es una enfermedad común, grave ya que la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar sin embargo más del 90% a nivel mundial no lo reciben. Según investigaciones realizadas esta enfermedad debe ser tratada por medio de psicoterapias, medicamentos y distintas terapias psicológicas para restablecer a las personas que tengan dicho trastorno.

Por lo anterior, es importante determinar las causas que generan la Depresión, entre las cuales encontramos:

- Factores Genéticos: por herencia.
- Factores Bioquímicos: la alteración de y desequilibrio de los neurotransmisores, ciertas sustancias químicas en el cerebro.
- Situaciones Estresantes: pérdida de un ser querido, problemas interpersonales, dificultades financieras, enfermedades, separaciones.
- Situaciones Estacionales: se ha constatado que hay personas que desarrollan el trastorno de depresión en los meses de invierno, debido a los cambios climáticos y reducción de luz.
- Personalidad: baja autoestima, tendencia a preocupación excesiva.
- Algunos de los síntomas de la depresión son los siguientes:
 - Pérdida de interés y capacidad de disfrutar.
 - Reducción de la energía.
 - Disminución de actividad.
 - Ansiedad.
 - Alteraciones del sueño.
 - Falta de apetito.
 - Sentimientos de Culpabilidad.
 - Dificultades de concentración.

La depresión puede clasificarse leve, moderada o grave, dependiendo del número de episodios, de los síntomas y de la intensidad. La problemática planteada en el estudio del caso giró alrededor del tema de la depresión, en una señora de treinta y nueve años de edad, a la que por motivos de confidencialidad llamaremos Doris.

3.1.1 Problemática del caso de estudio

La paciente del estudio de caso, la paciente presentó los siguientes síntomas: tensión nerviosa, insomnio, pérdida del apetito, y anhedonia, trayéndole como consecuencia la propia desvalorización, baja autoestima, descuido en su aspecto físico de carácter anoréxico, mostrando distanciamiento ante sus amistades, familia, apatía, desilusión, tristeza, frustración, cambio de estado anímico, inconformidad, inseguridad, enojo, lo que provocó que no le encontrara sentido a su vida.

Uno de los principales problemas que impactaron la vida de la paciente, como consecuencia de la depresión, fue la separación de su pareja, la relación conflictiva que llevaba con la madre de la paciente y la insatisfacción laboral que le produce inestabilidad económica, lo que emergía en ella sentimientos de fracaso, inutilidad y baja autoestima.

La paciente llevaba una relación de 7 años con su pareja, vivían juntos pero no se encontraban casados debido a que él no se encontraba divorciado, en la que ella indica que se sentía molesta, pues ella deseaba que contraer matrimonio con él lo que le frustraba, ella comenta que al principio su relación era muy sólida y llena de amor.

Después de un tiempo su pareja empezó a atravesar por una constante inestabilidad laboral, cambiando de trabajos y perdiéndolos durante los últimos tres años de su relación, lo cual causó que se deteriorara la relación, ella empezó a ser la única proveedora del hogar, y él se dedicó a las tareas del hogar.

Eso para ella no era suficiente, debido a que le empezó a perder el interés y la admiración, lo que llevo a que discutieran constantemente minimizándolo y agrediéndolo verbalmente al punto que él llevo a su límite y dio por terminada la relación y dejándola. Al principio ella le molesto y supuso que era algo temporal debido a que ya en varias ocasiones se había ido de la casa, pero en esta ocasión no fue así.

Comenta que empezó a salir con otras personas al darse cuenta que la relación había concluido lo cual le causo problemas con la madre, se hizo novia de otra persona la cual era muy diferente a su pareja anterior, al poco tiempo se fue a vivir con ella, y la relación era agradable, pero perdió su trabajo por lo que empezó a tener trabajos independientes de ventas de menudeo de diversos artículos, pero se empezó a enfriar la relación debido a que ella se dio cuenta que ella seguía enamorada de su pareja lo cual no la dejaba rehacer su vida, por lo que le pidió a la persona que terminaran.

Decidió buscar nuevamente a su pareja anterior, hablaron y decidieron darse otra oportunidad, sin embargo él ya no regreso a la casa, y la veía cuando tenía tiempo, ella le pidió que regresara a la casa pero él le indico que no podía que no tenía que ofrecerle y que no quería regresar a una relación en la cual un tiempo iban a estar bien y que después iban a regresar a lo mismo; y además que no podía soportar que ella hubiera estado con alguien más conviviendo; por lo que él le dijo que por más que él la amara ya no podía estar con ella. Lo cual no superaba la paciente.

Otro de los problemas encontrados en la paciente, fue el rol que asumió su familia, sobreprotegiendo a su hermana menor, asumiendo el papel maternal debido a que su madre era divorciada y trabajaba todo el día. La madre era una mujer muy estricta, le imponía reglas inquebrantables, y si no las cumplía acudía a los golpes los cuales eran con ira, por lo que ella prefería culparse por lo que hacía su hermana para que no la golpeará su madre; comenta que esto trascendió de la infancia hasta la adolescencia, hasta aproximadamente los 17 años, cuando ella empezó ya le contestaba a la madre, provocando que los problemas fueran más constantes y fuertes.

La paciente siempre tuvo una relación distante con su padre, debido a que sus padres se divorciaron desde 1,981 recuerda que su padre era muy violento con su madre y que era alcohólico, debido a la separación de sus padres, él se fue a Estados Unidos por lo que no se veían, y la comunicación era escasa.

Al llegar a la mayoría de edad la paciente busco a su padre y empezaron a tener comunicación vía telefónica y por correos electrónicos, sin embargo esto solo era de una vía ya que él no la buscaba, pero ella siempre lo llamaba y lo buscaba con el afán de tener una relación de padre e hija donde él participara en su vida.

Con el pasar de los años, eventualmente hablaban cuando ella le buscaba y el enfermó con una enfermedad terminal, ella no podía viajar pues no tenía visa, estuvo pendiente de cada avance de la enfermedad de su padre por medio de él y de sus familiares paternos, hasta el momento del deceso del padre, lo cual le provoco sentimientos de culpa, debido a que sabe que su padre ella indica que su padre murió solo y que ella no hizo nada por intentar viajar, de enojo porque ella siempre deseo tener una relación de padre e hija la cual ella consideraba que tenía derecho y que el no hizo nada por fungir el papel que le correspondía y que él tenía obligación pues ella no pidió venir al mundo.

En el transcurso de su vida ha sido desordenada con el dinero, pues ha tenido trabajos muy bien remunerados, pero nunca fue ordenada con sus finanzas, por lo que eso le ha traído bastantes problemas con su madre; en la actualidad decidió cambiar de trabajo, porque le hicieron una muy buena propuesta económica, sin embargo su ambiente laboral es tenso ya que su jefe cuestiona cada movimiento que realiza y en el área económica no han cumplido con lo ofrecido lo cual la ha llevado a tener inestabilidad económica, la cual le produce tensión y malestar.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cómo afecto la depresión provocó un daño psicológico, físico y social en el desenvolvimiento de la paciente de 39 años del caso de estudio de IGGs Ceibal?

3.3 Objetivo General

Determinar cómo la depresión provoca un daño psicológico, físico y social en el desenvolvimiento de la paciente del caso de estudio de IGGS Ceibal.

3.4 Objetivos Específicos

- Determinar cómo afectó la violencia verbal, física a la paciente de caso de estudio.
- Evaluar cómo afectó el abandono y los roles parentales en la paciente de caso de estudio.
- Determinar cómo la negligencia parental afecta la baja autoestima de la paciente del caso de estudio.
- Evaluar qué impacto físico provoca a la paciente del caso de estudio la falta de sus funciones derivado a la falta de apetito e insomnio.
- Evaluar qué incidencia tiene la personalidad de la madre en relación a los patrones de crianza de la paciente de caso de estudio.
- Determinar cómo afectó las relaciones interpersonales en la paciente.

3.5 Alcances y límites

3.5.1 Alcances

La Práctica Profesional Dirigida se llevó a cabo en Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Ceibal, ubicado en la 13 avenida 1-51 zona 4 de Mixco, Colonia Monte Real, en coordinación del Dr. Sergio Javier Estupinián y la supervisión del Licenciado Manlio Soto. Dentro de los logros obtenidos se pueden mencionar la constancia, el interés con el que realizaban cada una de las actividades que se le asignaban a los pacientes, el cambio que se hacía notar semana a semana de los paciente y la participación activa que los pacientes mostraron, la cual fue determinante para el éxito de la terapia.

3.5.2 Límites

La Fecha de práctica de Psicología Clínica se inició el 16 de marzo de 2015, realizándose todos los días hasta el 23 de julio de 2015. Teniendo una duración veinte semanas que sumaron cuatrocientas horas de trabajo de práctica supervisada en total.

El objetivo fue brindar ayuda psicológica de forma gratuita a los afiliados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Ceibal, que se encontraban internados.

Cabe mencionar que en algunos casos que no terminaron su proceso terapéutico fue debido a que se les daba de alta en el hospital y se reincorporaban a sus actividades cotidianas teniendo citas en el IGSS en el área de Consulta Externa la cual no se trabajó.

3.6 Método

El caso de estudio se clasificó dentro del enfoque metodológico cualitativo, la investigación cualitativa se enfocó en comprender y profundizar el Trastorno de la Depresión, explorándolo desde la perspectiva de la participante en relación con su contexto, permitió profundizar en el problema específico y hacer un análisis de causa efecto.

El estudio se fundamentó en las investigaciones, recopilando información mediante varios instrumentos como la entrevista, la cual se llevó a cabo en varias sesiones, demostrando la paciente tener una actitud colaboradora y amable, se realizó un examen mental en el cual se evidencio estar orientada en tiempo, persona y lugar, buena postura, contacto visual, memoria a corto, mediano y largo plazo adecuada, prestando atención a lo que se le solicitaba, en las pruebas proyectivas demostró mucho interés, concentración y ansiedad, dichas pruebas estaban enfocadas en determinar si la consultante tenía o no depresión, trastorno que afecta al caso sistematizado del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Con el fin de obtener la autorización de los caso atendido se le informó del consentimiento informado a la paciente, explicándole el objetivo de la investigación, y al mismo tiempo solicitándole su colaboración para la información requerida.

Después de obtener la aprobación de la paciente se le aplicaron diferentes test, los cuales proporcionaron la información necesaria para poder brindar una mejor ayuda.

La forma de recolectar información fue con técnicas y pruebas específicas, así como diferentes herramientas, que ayudaron a proporcionar la información necesaria para poder llegar al diagnóstico y así poder trabajar para guiar a la paciente a lograr recuperar el equilibrio que anteriormente había perdido.

En base a los objetivos trazados por parte del investigador, se trabajó con técnicas establecidas y diferentes materiales utilizados en clínica, se logró estabilidad y equilibrio en la consultante, con lo cual se procedió a proporcionar las recomendaciones para su debido seguimiento.

Se documentó el caso de estudio con la elaboración de la historia clínica, registros semanales, informes mensuales elaboración y modificación de su conducta. Se realizó un archivo de la paciente con su respectiva historia clínica y tratamiento.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización de Estudio de Caso

4.1.1 Datos Generales

Nombre: Doris P.P.
Género: Femenino
Fecha de nacimiento: 30 de septiembre de 1975
Edad: 39 años
Estado Civil: Soltera
Escolaridad: 3er. Año de Licenciatura en Administración de Empresas
Ocupación: Comerciante
Religión: Católica
Referido Por: Clínica Periférica I.G.S.S. Zona 7
Fecha de Inicio Proceso Terapéutico: 31 de marzo 2015.

4.1.2 Motivo de Consulta

El paciente refiere: “Estoy padeciendo de mucha tensión nerviosa e insomnio, pérdida de apetito, tengo problemas económicos y me dejé con mi pareja actual; siento que no estoy cumpliendo de manera satisfactoria mis obligaciones en mis labores de trabajo y en el hogar, ¡ya no quiero seguir así!” SIC.

4.1.3 Historia del Problema

Fecha de Inicio y Duración: Doris refiere que su estado de ánimo se ha visto afectado desde principios de enero ya que se dejó con su pareja, esto fue hace a principios de enero. Por otra parte, indica que desde hace un año aproximadamente su situación económica se ha visto afectada debido a una mala decisión de cambio de trabajo. Refiere que desde que su pareja la dejó no puede dormir, que su sueño es inconstante y que todos los días a las 3:00 am se levanta a fumar 1 cigarrillo y a pensar lo que sucedió con su pareja.

Estresores o Factores Precipitantes: Separación de su pareja, terminó con su pareja y cuando le pidió que regresaran solo se burló de ella.

Indica que tiene problemas con su madre, no la deja en paz, siempre la está juzgando y diciéndole que es lo que debe hacer, le manifiesta que siempre ha sido el mismo problema que no tiene estabilidad en nada de lo que hace, trabajo, relaciones, siempre la está juzgando y nunca hace nada que su madre apruebe. Indicó que en su casa, su madre y su hermana menor no la dejaban en paz.

Impacto del problema: Ante esta situación, la paciente presenta sentimientos de tristeza, inseguridad, frustración, enojo, inconformidad, falta de aceptación, cambios de estado anímico. Doris manifiesta que su situación ha afectado sus relaciones interpersonales, en especial con su madre.

Respecto a su ex pareja, la paciente refiere que le duele mucho que se hayan hecho daño, que lo ama, pero que él se burló de ella y que aun así ella esperaría que algún día el tocara la puerta pero que ella no sabe si le daría una nueva oportunidad para continuar con su relación, manifiesta “el día que él se muera ni siquiera voy a estar allí y solo seré un recuerdo más en su vida”. La paciente refiere que ha bajado 20 libras y que perdió el apetito indica “no puedo comer, la comida no me pasa”.

Indica que consume alrededor de 20 cigarrillos al día. La paciente refiere que en ocasiones se enoja bastante con su mamá ya que discuten constantemente por cualquier situación en la que ella se sienta juzgada, con su jefe tiene confrontaciones debido a distintos puntos de vista laborales constantemente.

4.1.4 Historia Clínica

Personales No Patológicos: Doris fue diagnosticada con anorexia hace unos años, se le dificultaba mucho seguir las indicaciones del médico en cuanto a lo debía comer.

Historia prenatal: La madre de Doris tuvo un embarazo normal, sin ninguna complicación, su periodo de gestación fue de nueve meses, dio a luz en un hospital público.

Nacimiento: La madre de la paciente indicó que no tuvo ninguna complicación durante el parto, fue una niña sana, con un peso y talla adecuada.

Evolución Neuropsíquica: La madre de la paciente consideró que no tuvo problemas en este aspecto, recordaba que Doris gateó y caminó en el tiempo acorde a ello.

Evolución del Lenguaje: La madre de la paciente indicó que dicha evolución fue satisfactoria, no presentó ningún problema al respecto.

Desarrollo Escolar: Refiere que comenzó a ir al colegio a los 4 años; pero cambio de colegios constantemente debido a que en se cambiaban de casa.

En el colegio que estudiaba sólo llegaba a sexto primaria; en básicos la dejaron escoger dos veces de colegio pero no le gustaron por lo que se salió y finalmente su madre tomo la decisión del último colegio.

Refiere que en el colegio se llevaba bien con todos y cuando cambiaba se ponía triste. Fue una alumna dedicada y responsable, con promedios altos en todos sus estudios.

Desarrollo Social: Doris se considera una persona sociable, considera que cosecho muy buenas amistades las cuales conserva en la actualidad.

La paciente relató que le gustaba ir al colegio, allí tenía amigos, pero en casa no la dejaban salir por lo que eran muy pocos los amigos con los que se podía relacionar.

Adolescencia: Indica la paciente que fue bastante tranquila en esa época pues tuvo dos novios, con uno duro 3 meses y con el otro 6 años y se casó con él.

Refiere que la madre no la dejaba realizar actividades con sus amigos debido a que tenía una hermana menor y como sus papás se divorciaron desde chica ella se quedaba en casa con la hermana por las tardes después de llegar del colegio.

A los 15 años se enojó con su madre y decidió que quería irse a vivir a Estados Unidos con su padre, lo cual ya no hizo pues se quedó con su madre y hermana. Empezó a fumar a los 15 años, tenía muchas restricciones de interactuar con las personas de su edad pues la madre no la dejaba salir por el temor a que fuera a quedar embarazada como le había pasado a ella. Recuerda su adolescencia como una etapa difícil.

Adulterio: La paciente refiere que se ha dedicado a trabajar desde que se graduó del colegio y ha tenido la fortuna de tener muy buenos trabajos. Indica haberse ido de 2 veces de la casa de la madre pero que se dedicaba a comprar ropa y salir a bailar por lo que se endeudaba y tenía que regresar a la casa de la madre.

Historia Psicosexual y Vida Marital: La paciente tuvo su primera experiencia sexual a los 17 años con quien fue su esposo, indicó que no fue complaciente.

Comentó que se casó a los 22 años, pero que no funcionó porque su esposo tomaba, le fue infiel y había violencia, por lo que al año y medio se divorció.

Manifestó que ha tenido después de su divorcio 7 parejas; con 2 de ellas ha vivido pero no han funcionado debido a que han perdido su trabajo después de unirse con ella, por lo que se ve en la necesidad de ser la proveedora de la relación y considera que adopta el papel de protectora en la relación por lo que no le queda tiempo de ser cariñosa.

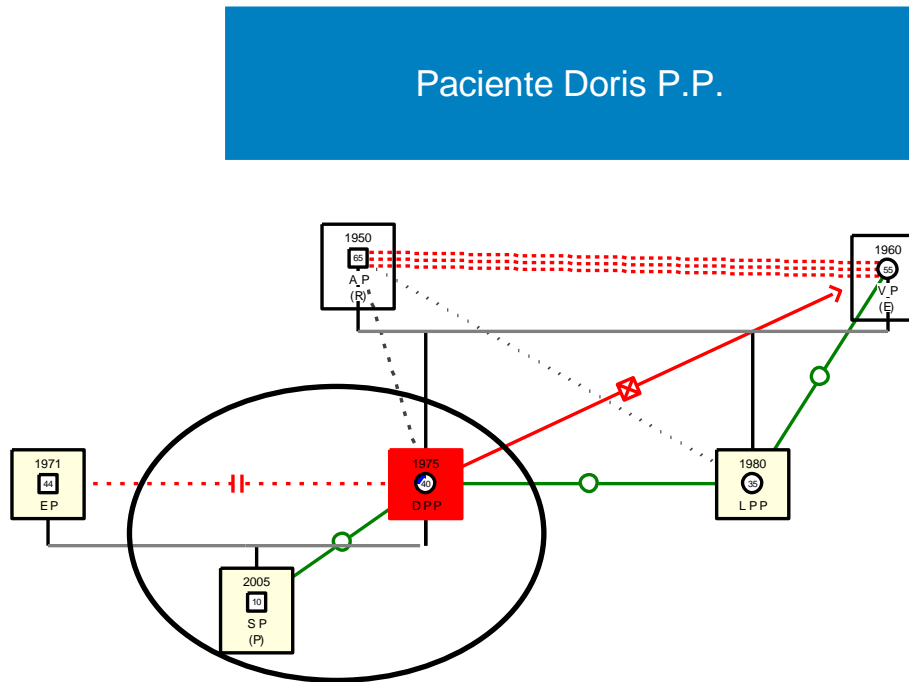
Indicó que de una de sus relaciones quedó embarazada y tiene un hijo de 9 años, el padre nunca se hizo cargo, es madre soltera.

Historia Médica: La paciente refirió que básicamente ha tenido buena salud. Si manifestó que ha tenido episodios de anorexia, pues ella siempre desea verse delgada y bonita; padece estreñimiento, y migrañas.

Antecedentes de Desórdenes Emocionales o Mentales Anteriores: Ninguno.

4.1.5 Historia Familiar

Imagen 3
Genograma



Fuente: elaboración propia, Junio 2015

Estructura familiar: La familia nuclear está constituida por la paciente, Doris, y su hijo de 10 años, La madre de 54 años, su hermana de 35 años, no viven juntos, sin embargo todas las noches se ven para comer. La paciente refiere que vive a 6 cuadras de su madre, Indica llevarse bien con su hijo, y con su hermana, con la persona que tienen conflictos constantemente es con su madre.

Antecedentes Familiares: Referente a los padres de la paciente, con su padre es distante pues él se fue cuando ella tenía 6 años, y con la madre es fusionada y conflictiva. Refiere que considera que su madre sufría abuso físico y emocional.

Manifestó que al padre de 64 años lo ha visto únicamente dos veces en su vida desde que se divorció de su madre, la relación con él es distante y manifiesta que muchas veces deseo tener a su padre a su lado pero ahora al ser madre se da cuenta de todo lo que su madre hizo y que vive agradecida pues ella no sería la mujer que es hoy en día si su madre se hubiera quedado con su padre ya que él era alcohólico.

Con su madre de 54 años, la relación contiene sentimientos encontrados pues la ama pero siempre sintió que no trataba de igual manera a sus dos hijas, pero que eso fue compensado al nacer su hijo pues ella ve como su madre ama a su hijo y que eso la hace sentirse recompensada, la paciente siente enojo por la falta de afecto y lo estricta que fueron con ella.

Por todo lo anterior, la paciente formó una relación estrecha con su abuela de 77 años, quien tomó el rol materno y siempre que tenía un problema era a quien acudía, y con su hermana de 35 años manifestó tener una relación de amor, ella tomó un rol materno a su hermana y decidió que a ella no pasaría por todo lo que ella pasó y que velaría que su madre no fuera tan dura con su hermana.

Por lo que muchas veces ella se culpó de las cosas que hacía su hermana para que a ella no la lastimaran, por lo que ella recibía los golpes.

En la actualidad su madre ya no la golpea pero sigue siendo dura para juzgar todo lo que ella realiza, desde el trabajo que realiza el cual siempre ha hecho de menos pues ella le dice que las ventas no es un buen trabajo, hasta las reglas que ella tiene en su casa, las rompe, ha llegado al punto de despedir al personal de servicio que atiende mi casa si a ella no le parece.

Antecedente Familiar Relacionado con Problemas Mentales: Una tía de la paciente padece epilepsia.

4.1.6 Examen del Estado Mental

4.1.6.1 Presentación

Nivel de conciencia: Paciente se encontraba orientada en tiempo, persona y lugar. Su inteligencia se encontraba dentro de los límites normales.

Aspecto general: La paciente es de complexión media, blanca, peso menor adecuado a su estatura, estatura alta, higiene y arreglo adecuados, mantiene contacto visual, aunque por momentos se le llenan de lágrimas los ojos.

Actitud: Demostraba habla espontánea, a veces vacilante, timbre adecuado, responde y comprende los conceptos, sin dificultad de relacionarlos, puede repetir sin dificultad frases y conceptos.

Utiliza términos apropiados la mayoría de veces, en algunas ocasiones utiliza términos incongruentes con el discurso.

4.1.6.2 Conducta Motora y Estado Afectivo

Conducta motora: Sus movimientos son congruentes con la situación, no se observa dificultad, aunque si se evidencia movimientos tensos y rígidos. Expresión facial congruente con el relato, expresiva, habla emocional y con volumen de voz un poco bajo.

Estado afectivo: Expresión facial era congruente con el relato, expresivo, habla emocional y con volumen de voz adecuado.

4.1.7 Estado Cognoscitivo

Atención: Adecuada, seguía instrucciones y realizaba lo que se le solicitaba.

Concentración y vigilancia: Indicaba que siempre hacía labores, tiende a trabajar reportes en su casa en la noche, impidiéndole dormir las horas adecuadas.

Orientación: Adecuada en tiempo, persona y lugar.

Lenguaje: Habla escasa, al principio de la terapia, cambiaba de tema frecuentemente, utilizaba palabras apropiadas.

Comprensión: Adecuada, captaba muy rápidamente lo solicitado.

Designación: Correcta, tenía un amplio vocabulario.

Memoria: Memoria a corto, mediano y largo plazo satisfactoria.

Razonamiento: Poseía un razonamiento adecuado, acorde a su edad y estudios alcanzados.

Pensamiento: Manifestó sentir ansiedad, enojo y frustración en muchas ocasiones por no poder dejar de pensar en su expareja, por no poder continuar como la familia que eran.

Manifestó que en el juicio práctico le cuesta tomar decisiones, se ve influenciado por los síntomas actuales que padece, se observa tendencia a evadir dificultades y a mostrar emociones. Se le dificulta un poco la abstracción. Su pensamiento es a veces tangencial, perseverativo y coherente, ocasionalmente se evidencian, incoherencias, se observa evasión constante aunque con contenido lógico.

Estado de ánimo: Evidenció cierta preocupación, enojo, tristeza, dolor debido la separación de su pareja.

Se observaron preocupaciones que interfieren con atención, concentración y sueño, sabe que tiene dificultades, no sabe cómo enfrentarlas y evade aspectos específicos. Su estado de ánimo es adecuado congruencia entre afecto y contenido del pensamiento. Se muestra ansiosa, preocupada, suspicaz, tensa y desesperanzada.

4.1.8 Resultados de las Pruebas

Durante las pruebas se mostraba ansiosa e incómoda, mantuvo una conducta poco expresiva e inhibida, sin embargo colaboró y finalizó las pruebas en un tiempo promedio,

Cuadro 1
Pruebas e instrumentos aplicados

Pruebas e Instrumentos Aplicados	Fecha de Aplicación
Test Familia	07 de abril 2015
Test Figura Humana	14 abril 2015
Test Árbol	21-abril 2015
Test de Depresión de Hamilton	28 abril 2015

Fuente Elaboración propia, junio 2015

Test Familia: Los resultados de esta prueba muestran delicadeza de sentimientos, timidez, inhibición de instintos, emoción, aspectos femeninos, tendencia a replegarse en sí mismo, expansión vital y extroversión de tendencias con respuesta expansiva ante la presión, expansión imaginativa, se proyecta a la región de los soñadores e idealistas, a las fantasías, ideas y tendencias espirituales. Por otro lado, a pesar de que se evidencia negación de los problemas y no querer enfrentar los problemas, con escape a la fantasía, también se observan metas en relación al futuro. La prueba muestran fuertes sentimientos de inadecuación, inseguridad y

ansiedad o culpa, por conductas inaceptables socialmente; por no actuar correctamente o la incapacidad de actuar, en general por presión del ambiente.

Test Figura Humana: La prueba proyecta instintos narcisistas, lucha por lo que se propone, evidencia regresión debida a serias perturbaciones emocionales.

Se proyecta repetidamente en la prueba una serie de dificultades para conectarse con el mundo y perturbación en las relaciones con otros, esto podría relacionarse con sentimientos de inadecuación, inseguridad y pobre concepto de sí misma y una fuerte necesidad de aprobación que también se observa en los resultados.

Se muestra ambivalencia de sentimientos hacia la figura femenina pues se evidencia, valorización y a la vez desvalorización de la misma, y desvalorización de miembros de familia. Por último la prueba evidencia contacto con la realidad, con lo concreto y lo sólido, dinamismo, imaginación y espontaneidad. Poca valía de si misma.

Test del Árbol: Se proyecta que la paciente se enfoca a la búsqueda de la estabilidad emocional con templanza y autocontrol.

Presenta problemas en el ello. También se observa contacto fuerte, con impulsividad, inseguridad, inestabilidad emocional con un mecanismo de defensa de agresividad. Muestra la rigidez, denota un sufrimiento interno emocional por carencias afectivas y posibles temores hacia el futuro.

La paciente muestra deseo de madurar y ayudar a los demás, necesidad de mostrar las propias capacidades y la búsqueda de resultados inmediatos.

Test de Escala de Depresión de Hamilton: Se le realizo al paciente el test de escala de depresión de Hamilton y el resultado fue el siguiente: Depresión Severa.

4.1.9 Impresión Diagnóstica

De acuerdo a la información recopilada en la entrevista clínica, el examen del estado mental y las pruebas aplicadas nos indican que la paciente presenta perturbación y tensión debido a problemas en el ambiente que le dificultan su desarrollo, así como la incapacidad para lograr superarse, así como la incapacidad para superar la separación con su pareja.

Percibe falta de apoyo de parte de su familia en especial de su madre, básicamente resiente la falta de apoyo de los padres en su vida. Se observa inconformidad y falta de aceptación por sí misma, le produce conflicto la separación de personas significativas y maneja constantemente sentimientos de culpa, lo cual le provoca ira y desesperación.

También presenta diversos malestares físicos padeciendo de anorexia, y su alto consumo de tabaco. En ocasiones su actitud se torna autocrítica acusándose de errores que le producen pensamientos y acciones autodestructivas, que podrían reflejarse en los trastornos psicósomáticos que se indican y la tendencia a no comer, esto, se hace más evidente los sentimientos de culpabilidad, impotencia y depresión ya mencionados.

La paciente muestra personalidad pobremente integrada, inseguridad, utiliza como mecanismo sus sentimientos de grandiosidad lo cual se refleja como una persona narcisista.

Busca la aceptación y aprobación de su familia lo que la ha convertido en una persona con falta de individualización y necesita la aprobación de su madre.

La paciente busca compensar afectivamente la inseguridad interior; evidencia inmadurez y una tendencia a responder agresiva y expansivamente ante presiones del ambiente, tiene bastante dificultad en el control de impulsos, es indecisa, insegura y ansiosa en las relaciones interpersonales, esto podría relacionarse con una seria dificultad para conectarse con el mundo y perturbación en las relaciones con otros que se proyectó repetidamente en las pruebas.

4.1.10 Evaluación Multiaxial

EJE I	F43.20 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, crónico [309.0] F60.31 rasgos de trastorno límite de la personalidad (301.83) F50.0 Anorexia Nerviosa (307.1) F17.2x dependencia de nicotina (305.1)
EJE II	Z.03.2 Sin diagnóstico [V71.09]
EJEIII	F50.0 Anorexia nerviosa, bulimia
EJE IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Cambio de hogar, problemas de pareja, problemas respecto a la separación de su pareja. Problemas laborales: Condiciones laborales difíciles, insatisfacción laboral. Problemas económicos: Economía insuficiente.
EJE V	EEAG Actual 70-61

4.1.11 Recomendaciones

- Se recomienda que el paciente inicie un proceso terapéutico basado en técnicas de Análisis Transaccional para establecer acciones más constructivas en sus relaciones interpersonales, esto a través del conocimiento de los principios de este enfoque y especialmente, de la formas de interacción de los tres estados del yo. Este trabajo ayudaría a disminuir de manera significativa el malestar que experimenta en la actualidad en las mismas.
- Se recomienda combinar algunas técnicas Gestalt vivenciales para conectar al paciente con su presente y con sus emociones. Con estas técnicas se trabajaría especialmente la depresión, la ansiedad, la frustración, la inseguridad, la culpa, la codependencia y el resentimiento que

manejaba en ese momento y que le provoca estrés para actuar eficientemente en sus diferentes roles.

- Se recomendó trabajar también con la terapia cognitivo conductual, para que la consultante pudiera relacionarse adecuadamente con las demás personas y lograra sus propósitos.

4.1.12 Plan Terapéutico

Gian Luca Sassu (2009) menciona que la Terapia Gestalt se enfatiza en la observación de la conducta en el aquí y ahora, y se centra sobre la importancia del darse cuenta o toma de decisiones; el cliente aprende a servirse de todos sus sentidos internos y externos, y así llega a ser auto-responsable, dándose auto-soporte. La terapia Gestalt toma en cuenta el campo biopsicosocial en su totalidad, que incluye como parte básica la interacción organismo-ambiente, y utiliza variables fisiológicas, sociológicas y motivacionales.

En la terapia Gestalt no se utiliza la técnica de hablar acerca de, sino que se experimenta, se explora, para descubrir hasta qué punto es correcto para la persona manipular y evitar el darse cuenta de su manipulación. Así que, en esta terapia no se tiene la visión de que una conducta determinada es más adecuada para una persona particular, en un determinado tiempo; es el individuo quien debe elegir entre varias conductas y diferenciar entre lo nutritivo y lo tóxico. Se puede decir, que la terapia Gestalt no sacrifica al psicólogo como observador de conducta, sino que al estar las articulaciones fenomenológicas del cliente en congruencia con su información sensorial, el psicólogo se adhiere a ella con sus observaciones y experimentaciones. P. 20-21.

La Terapia Gestalt es un elemento esencial y medular de la teoría general y metodología de la terapia Gestalt. Entiende la percepción al integrar la sensación con el significado de un determinado evento, lo que permite al individuo interactuar con el ambiente; de esta manera, llega a darse cuenta de cómo opera el campo y cómo se combinan las fuerzas de ese contexto en una estructura completa. P.27.

Aquí y ahora es fundamental en la Terapia Gestalt, se plantea que el individuo viva en el momento y no por el momento; de esta manera, llega a sentir, a percibir en el momento de aquí y ahora las experiencias vividas. Esta práctica de experiencias es un proceso, que aunque vivido en la modalidad grupal, se caracteriza por ser estrictamente personal.

De esa manera, se llega a la idea de que los recuerdos son abstracciones del pasado y éstos están influenciados por lo que se sintió en el momento de experimentarlos; de esa manera, se transforman en memorias en las cuales confluyen las exageraciones, proyecciones y distorsiones propias de cada individuo. Siguiendo proyecciones y distorsiones propias de cada individuo. Siguiendo en esta lógica, lo que se vivió en el pasado se ha asimilado, y en ciertas ocasiones se han transformado en una situación inconclusa. P.28.

Al hablar de la terapia Gestalt, resulta indispensable hablar del ciclo del darse cuenta, en el cual se pueden identificar las siguientes fases: sensación, darse cuenta, movilización de la energía, acción, contacto y reposo; este ciclo se mueve constantemente, mientras las gestalten se completan y no intervengan los mecanismos defensivos o resistencias que se mencionarán enseguida.

A continuación presenta una descripción de las principales características que representan cada etapa:

Sensación: el sujeto, gracias al despertar sensorial debido a los estímulos endógenos y exógenos, sale de su estado de reposo; sin embargo, todavía la figura deberá clarificarse sobre un fondo.

Toma de Conciencia (darse cuenta): la necesidad que estaba surgiendo en la primera fase materializada, la figura se clarifica tanto que el individuo puede reconocerla, determinar su entidad y la manera para satisfacerla.

Movilización de la energía: la persona, para satisfacer su necesidad, reúne las fuerzas y las canaliza preparándose para accionar.

Excitación: el organismo se pone en un estado alerta, la energía fluye preparándose para la respuesta.

Acción: el sujeto cumple la acción de satisfacer su necesidad; en esta fase se verifica la conducta observable.

Contacto: aviene el intercambio entre el sujeto y el medio; se verifica la interacción en el campo; el sujeto está cumpliendo con su necesidad.

Reposo (cierre): la necesidad desaparece en un fondo porque ya se satisfizo; el organismo entra en un estado de reposo preparándose para el surgimiento de una nueva figura sobre el fondo; de esta manera, se activará nuevamente el ciclo. P. 30-31.

Richard J. Gerrig y Philip G. Zimbardo (2005), Aaron Beck ha aplicado por primera vez con éxito la terapia cognoscitiva a los problemas de depresión. El describe la fórmula para el tratamiento de manera sencilla: “El terapeuta ayuda al paciente a identificar sus pensamientos distorsionados y a aprender formas más realistas para formular sus experiencias”. Beck cree que la depresión se mantiene debido a que los pacientes deprimidos no están conscientes de los pensamientos negativos automáticos que formulan de manera habitual.

El terapeuta entonces utiliza cuatro tácticas para cambiar los fundamentos cognoscitivos que sustentan la depresión:

- Retar los supuestos básicos del cliente acerca de su funcionamiento.
- Evaluar las evidencias que el cliente a favor y en contra de la precisión de los pensamientos automáticos.
- Retribuir la culpa a factores situacionales, más que a la incompetencia del paciente.
- Distribuir soluciones alternativas a tareas complejas que podrían provocar experiencias de fracaso.

Esta terapia es similar a las terapias conductuales, ya que se centra en el estado presente del cliente. P. 525.

Richard J. Gerrig y Philip G. Zimbardo (2005), manifiestan que la modificación Cognitiva Conductual es un modelo terapéutico que combina el énfasis cognoscitivo en el cambio de las falsas creencias, con el enfoque conductual de las contingencias del reforzamiento de la modificación del desempeño.

Patrones inaceptables de conducta se modifican por medio de la reestructuración cognoscitiva –el cambio de las auto-afirmaciones negativas de la persona, por afirmaciones de afrontamiento constructivas.

Una vez que el terapeuta y el cliente comprenden el tipo de pensamiento que está provocando conductas improductivas o disfuncionales, crean nuevas auto-afirmaciones que son constructivas y que minimizan el uso de auto-devaluaciones que provoca ansiedad o reduce la autoestima. Por ejemplo, pueden sustituir la auto-afirmación negativa: “Me comporté realmente aburrido en la fiesta; nunca me invitarán nuevamente”, por la crítica constructiva “la próxima vez, si deseo parecer interesante, planeare algunas líneas provocativas, practicaré algunos chistes buenos y responderé a las historias del anfitrión”. En lugar de estacionarse en lo negativo de situaciones pasadas, que son inmodificables, el cliente aprende a concentrarse en aspectos positivos del futuro.

La modificación Cognitiva-Conductual construye expectativas de ser eficiente. Los terapeutas saben que la construcción de estas expectativas aumenta la posibilidad de que los individuos se comporten de manera eficiente.

Por medio del establecimiento de metas alcanzables, el desarrollo de estrategias realistas para lograrlas pide la evaluación realista de la retroalimentación, la persona desarrolla un sentido de dominio y autoeficacia.

El sentido de la autoeficacia afecta sus percepciones, motivación y desempeño de muchas maneras. Los juicios de autoeficacia influyen en el esfuerzo que usted hace y en el tiempo en que persiste, al enfrentarse a situaciones difíciles en la vida. P. 526.

Richard J. Gerrig y Philip G. Zimbardo (2005), La Terapia Racional Emotiva, es un sistema desarrollado de cambio de la personalidad, basado en la transformación de creencias irracionales que le causan reacciones emocionales indeseables y muy intensas, como la ansiedad grave.

Es probable que los clientes tengan valores centrales que les demandan se exitosos y aceptados, que insisten que deben ser tratados con justicia y que dictan que el universo debe ser más placentero.

Los terapeutas racional-emotivos enseñan a los clientes a reconocer los “debería” y “tener que” que controlaban sus actos y que evitan que elijan la vida que desean.

Intenta penetrar la mente cerrada del cliente al demostrar que una reacción emocional que aparece después de un evento, en realidad es el efecto de creencias desconocidas acerca del evento.

La terapia racional emotiva busca incrementar el sentido de auto-valía del individuo y su potencial para auto realizarse al deshacerse de los sistemas de falsas creencias que bloquean su crecimiento personal. P. 526.

Perspectiva Terapéutica: La práctica profesional se basó en tres principios:

- La comunicación profesional con la consultante fue clara, directa y oportuna a la situación.
- Se trabajó con algunas de las técnicas de Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Centrada en el Cliente.

- Se adicionaron al tratamiento algunas técnicas gestálticas para ayudar al paciente a “darse cuenta” en el aquí y ahora. Esto fue a través del encuentro, a través de sensaciones, afectos, percepciones, emociones, en el discurso verbal o en el lenguaje corporal. También a través del experimento para que, gradualmente, se contactara con situaciones o Gestalt inconclusas.

Tiempo Estimado: El tiempo estimado de la terapia fue de 3 meses, aproximadamente 13 sesiones, llevando a cabo una sesión por semana de 50 minutos.

Cuadro 2
Presentación del Plan Terapéutico

Problema Clínico	Objetivo	Técnicas	Observaciones y duración
Depresión	Ayudar a cambiar los pensamientos y el comportamiento negativos que se observan con la depresión. Enseñar a las personas a cambiar los comportamientos que contribuyen a su enfermedad.	Se utilizarán técnicas de Terapia Cognitivo – Conductual y también se trabajará con la Terapia Racional Emotiva por medio de auto-registros.	Estas técnicas serán aplicadas en 6 sesiones, se ensayarán en consulta y se asignarán tareas.
Relación parental fragmentada	Lograr una aceptación y motivar el perdón hacia su padre aunque no lo conozca.	Silla vacía Reencuentro interpersonal si existe la probabilidad de reencontrarse con su padre.	En 2 sesiones, se llevará a cabo este problema clínico.

Desvalorización Bloqueo emocional	Motivar la autoestima Incentivar para que descargue las emociones bloqueadas.	Completar las expresiones Repetición de frases En mi va a nacer otra persona	En cada sesión se incentivara el desarrollo de la conciencia y la responsabilidad, al final de cada sesión se le pedirá que lo practique durante la semana en las visitas o llamadas que tenga con sus familiares.
Problemas Familiares	Lograr establecer acciones más constructivas en sus relaciones interpersonales a través de la aceptación de su responsabilidad para un crecimiento personal y del conocimiento de la formas de interacción de los tres estados del yo.	Se utilizaran técnicas de Análisis Transaccional que se enfocarán principalmente en sus relaciones conyugales y paterno-filiales.	Estas técnicas serán aplicadas en 3 sesiones, se ensayaran en consulta.
Conducta compulsiva autodestructiva de consumo de	Identificar estímulos que predisponen el consumo de tabaco.	Retribución Análisis de costo beneficio	Adaptarlo en cada etapa de disminución que puedan

tabaco	Desarrollar el autoapoyo. Llevarle material para desarrollarle comprensión de los problemas y consecuencias relacionados con el consumo de tabaco, tanto física como socialmente.		surgir.
		Registro diario de sus pensamientos Reestructuración cognitiva	Practica durante la semana con llamadas y visitas que reciba. La duración será de 2 sesiones.

Fuente Elaboración propia, abril 2015.

Cuadro 3
Objetivos, técnicas y recursos

Objetivo	Técnica	Recurso
Que la Paciente pueda modificar los sentimientos de derrota, que están predominando en su vida, y perjudicando su manera de actuar, relacionar y sentirse.	Se utilizan técnicas Cognitivo Conductual TRE.	Terapeuta-Paciente Las técnicas serán aplicadas en 3 sesiones, se ensayaran en consulta y se asignarán tareas.
Que la paciente pueda cerrar círculos y perdonar a sus padres y decir cómo se sintió cuando ella era niña y como le afectó la ausencia.	Gestalt, silla vacía	Paciente Terapeuta, Se coloca físicamente frente al paciente una silla en la cual se desarrollará este procedimiento. Se le pide concentrar toda su atención en la silla e imaginar la figura previamente identificada.
Que la paciente Cambie esquemas disfuncionales de la infancia	Trabajar en los esquemas que en la infancia aprendemos, esquemas de funcionamiento que se automatizan para comportamiento depresivo	Terapeuta-Paciente

	de forma crónica, sin razones claras.	
Que la paciente logre expresar sus sentimientos	Una persona deprimida tiene la sensación de emociones negativas por lo que se debe empoderar al paciente a cambio de ideas negativas por positivas.	Paciente-Terapeuta
Que la Paciente logre identificar los problemas que lo aquejen.	Lograr identificar las circunstancias que han contribuido a su depresión. Cuando sepa qué es lo que le ha hecho sentirte triste y decaída y por qué, Manifestarle que hablar es una forma de dar rienda suelta a los sentimientos y de recibir un poco de comprensión. Realizar un diario de autorregistro de sus sentimientos, y luego se centre la atención en algo positivo y de esta manera pueda aliviar los sentimientos depresivos.	Terapeuta-Paciente
Que la paciente Identifique el lado positivo de las cosas	La depresión repercute sobre los pensamientos de las personas, haciendo que las personas estén negativas y tristes. Primero debe concentrarse en ver una cosa positiva, luego intentar buscar otra más. Utilizar como herramienta sus puntos fuertes, sus dones, sus atributos.	Paciente-Terapeuta
Que la paciente pueda aprender a apreciarse y a perdonarse	Que la Paciente pueda calificar sus conductas, pero no se descalifique a sí misma, como una persona, ni se culpe. Trabajar en su autoestima.	Paciente-Terapeuta, lectura libro: “Aprendiendo a Quererse a sí mismo” Walter Riso.
Ver junto con paciente videos y proporcionar información de los efectos que produce la nicotina. Así mismo brindar información de la anorexia y sus consecuencias.	Hacer conciencia a la Paciente baje la cantidad de cigarrillos que fuma diariamente, y que se proponga metas a corto plazo para que poco a poco pueda ir dejando el hábito del consumo de nicotina. Que la paciente tenga una dieta balanceada.	Paciente-Terapeuta computadora, internet, video sobre los efectos que producen la nicotina. Mostrar videos de las consecuencias físicas de las personas anoréxicas

Que la paciente encuentre un sentido de vida	Al paciente le toca encontrar sus propias respuestas, a cada cual le toca descubrir su propia verdad. Lo que es útil para uno puede no tener sentido para otro, y lo que es significativo para a otros pueden carecer de valor.	Paciente- Terapeuta.
Incentivar a la paciente a que realice metas a corto, mediano y largo plazo	Invitar a la paciente a que se fije metas realistas, que no sean de excesiva responsabilidad. Indicándole que trabaje con las metas de corto plazo, de mediano plazo y de largo plazo.	Paciente-Terapeuta, hojas en blanco, lapiceros

Fuente Elaboración propia, abril 2015.

4.2 Análisis de Resultados

En el presente capítulo, se encuentran los resultados obtenidos de la Práctica Profesional Dirigida, realizados en base a los objetivos generales y específicos planteados en la investigación.

Depresión Según la (OMS) 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.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

En base a las pruebas realizadas, se concluye que Doris la paciente del caso de estudio, estaba siendo afectada por el trastorno de depresión, esto se pudo comprobar debido al conjunto de síntomas que afectaban principalmente a su esfera afectiva, presentando tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, disminución en su rendimiento, lo cual limitaba su actividad habitual,

Siendo estos, el núcleo principal de síntomas característicos de este trastorno. Doris perdió el interés para disfrutar las actividades que anteriormente valoraba.

El Control y los Roles Rígidos: Los roles rígidos no solo buscan el balance de los sistemas familiares también se transforman en el falso yo, basado en la vergüenza que los miembros familiares usan en un intento por mantener bajo control la angustia que la familia experimenta.

El control es el resultado de la voluntad deshabilitada y es una de las mayores defensas que existen contra la vergüenza. Las personas que están basadas en la vergüenza tratan de controlar todas las relaciones en las que se involucran. La vergüenza es un sentimiento de insuficiencia y falta de valía, que nos impide ocultarlo y vivirlo en secreto.

En el caso de Doris se logró comprobar en las entrevistas, como afectó el entorno familiar, pues sentía que nada de lo que realizaba era aprobado por su madre, la crítica que recibía no le permitió un crecimiento personal y bajo la autoestima de la paciente, perdiendo así poco a poco sus ilusiones y anhelos, conforme se fue conociendo el caso, se tuvo la oportunidad de empoderar a la paciente para que se sienta capaz de poder realizar lo que ella se proponga siendo responsable de sus actos.

La siguiente fase consistió en introducir un cambio en la estructura y funcionamiento familiar, con el fin de que aumentara la capacidad para manejar la nueva situación.

Dicho cambio se dirigió a modificar patrones de relación familiar disfuncional. Para ello se dispuso de una serie de recursos técnicos, entre los que destacaron: La reformulación del problema, en donde se trató de explicar el trastorno de depresión, adaptándose al lenguaje que utilizaba entre sí y sus creencias, de un modo diferente se habló de lo que estaba sucediendo en la secuencia de la relación familiar, de modo que la información al respecto, posibilitó un cambio real entre el grupo familiar.

Victimización: Fernanda Familiar (2012), Hay relaciones de diversos tipos- amistosas, amorosas, laborales y demás- que pueden envolver a una persona en la intimidación, en la depresión, en una pérdida total de autoestima y causarles daños psicológicos difíciles de tratar. Nuestras elecciones son fundamentales para que las consecuencias no sean dañinas. Por eso es necesario darnos cuenta del tipo de personas que reaccionan y se manifiestan como cómplices, observando que consecuencias genera en los demás relacionarse desde esa perspectiva, así como cuales se relacionan desde la victimización provocada por la baja autoestima.

En el caso de Doris se logró ver que la paciente se victimizaba con el afán de que las personas se compadecieran de ella y así lograba que todo su entorno hiciera lo que ella quisiera desde cuidar a su hijo hasta brindarle apoyo económico, siendo este un círculo vicioso del que su familia participaba, por lo que se le hizo ver a la paciente cuales eran las responsabilidades que ella debía tener, se realizó un diario de registros en el cual la paciente ordenó sus horarios para poder estar con su hijo y realizar un presupuesto mensual en el cual pudiera cubrir sus gastos y no gastar más de lo que gana.

La siguiente fase consistió en introducir un cambio en la estructura y funcionamiento familiar, con el fin de que aumentara la capacidad para manejar la nueva situación. Dicho cambio se dirigió a modificar patrones de relación familiar disfuncional.

Baja Autoestima: Christopher André y Francois Lelord (2009). Cuando es positiva permite actuar con eficacia, sentirse a gusto consigo mismo, plantar cara a las dificultades de la existencias. Pero cuando es negativa, engendra numerosos sufrimientos y molestias que perturban nuestra cotidianidad. La autoestima consta de tres ingredientes: la confianza en uno mismo, la visión de sí mismo, el amor a sí mismo.

En el caso de Doris se concluye que efectivamente poseía baja autoestima, esto se comprobó en base a las pruebas realizadas, ya que por medio de ellas, se logró evidenciar la dificultad de sentirse valiosa, digna de ser amada por las demás personas, buscando siempre la aprobación de su madre y reconocimiento de los demás.

Patrones de Crianza: Patrones de Crianza Berger (2007), indica los tres patrones de crianza de Baumrind sobre la base de estas cuatro dimensiones, identificó tres estilos de crianza:

Crianza autoritaria, la palabra de los padres es ley y no hay lugar a discusión. La mala conducta se castiga con rigor, por lo regular de forma física (pero no con tanta dureza como para considerarla maltrato). Los padres autoritarios establecen reglas claras y patrones de referencia elevados. No esperan que sus hijos emitan sus opiniones, y las conversaciones sobre las emociones son especialmente escasas. (Un adulto de una familia de ese tipo dijo que la pregunta “¿cómo te sientes”? solo tenía dos respuestas posibles: “bien” y “cansado”). Estos padres creen que su edad y experiencia los han preparado para saber que es mejor para sus hijos y que los niños deben hacer lo que se les dice. Los padres aman a sus hijos pero pueden parecer distantes y pocas veces muestran afecto.

En el caso de la paciente se introdujo un cambio en la estructura y funcionamiento familiar, con el fin de empoderar a la paciente y vea la capacidad para manejar las situaciones de su familia nuclear. Dicho cambio se dirigió a modificar patrones de relación familiar disfuncional. Para ello se dispuso de una serie de recursos técnicos, entre los que destacaron: La reformulación del problema, en donde se trató de explicar el trastorno de depresión, adaptándose al lenguaje que utilizaba entre si y sus creencias, de un modo diferente se habló de lo que estaba sucediendo en la secuencia de la relación familiar, de modo que la información al respecto, posibilitó un cambio real entre el grupo familiar.

Conclusiones

Se concluyó que la depresión provocó daño físico y psicológico, debido a la disminución de su capacidad funcional, lo que produjo sentimientos de inadecuación, baja autoestima y desesperanza.

Se concluyó que la violencia verbal y física en el hogar de la madre de la paciente, interfirió con el desenvolvimiento social, tornándose agresiva y desconfiada con todo su entorno, lo que provocó tener relaciones disfuncionales.

Se concluye que el abandono y los roles parentales de la paciente fueron significativos, debido al anhelo de tener un padre protector, y teniendo una madre castrante impidiendo que se expresara y buscando la aprobación de la madre para sentirse integrada a la familia.

Se concluyó que la negligencia parental afectó la autoestima de la paciente debido a que desarrolló sentimientos de inferioridad por la ausencia del padre, y la madre castrante, la cual fue trabajada con la paciente para que llegara a un insight donde ella se aceptara a sí misma y fomentarle autovaloración, autorrespeto, autoestima, además que debía ser autocrítica y no aceptar que los demás le brindaran opiniones que la dañaran.

Se concluyó que la falta de apetito e insomnio eran parte de la depresión, debido a que la paciente presentaba anorexia, insomnio y tabaquismo, por lo cual se trabajó con la autoimagen y el sentido de sí misma, se trabajó con la paciente a aceptarse tal y como es física y temperamentalmente, porque se sentía con sobrepeso y no aceptaba su físico corporal, ahora la paciente se encuentra consciente de que pone en riesgo su salud y su vida, por lo que mejoró en su pensamiento.

Se concluyó que los patrones de crianza autoritarios que la paciente tuvo en el transcurso de su vida, afectó su autoestima lo cual le provocó sentirse inferior a las demás personas, pero se logró en la paciente aceptación física, para que se sintiera segura de sí misma, autovaloración

fomentándole cuidado y amor propio; para que sea capaz de amar a las personas que le rodean, y facilitándosele adaptarse a la sociedad, con el fin de que la paciente disminuya sus emociones negativas y agresivas.

Se concluyó que las relaciones interpersonales de la paciente fue un factor detonante para la depresión en la paciente, debido a que ella tenía la percepción de una separación, el rechazo con su pareja era lo que más le afectaba, pero gracias al apoyo psicológico brindado la paciente ha tenido más seguridad y estuvo dispuesta a dar por terminada la relación, se le fomento el perdón a su pareja y el auto perdón, porque debido al abandono de su padre, ella también estaba creando un patrón repetitivo con su pareja, patrones que debe romper.

Recomendaciones

Se recomienda que se continúe con una psicoterapia de grupo para fomentar el apoyo físico y psicológico.

Se recomienda que se lleve una terapia familiar para establecer límites y estrategias dentro de la familia, para reforzar la autoestima, una independencia a nivel personal y autorrespeto para que haya armonía familiar, sin violencia verbal y física

Se recomienda llevar una terapia Gestalt para liberarse de los asuntos inconclusos que quedaron en su pasado, liberarse de los asuntos inconclusos con su familia referente al abandono y los roles familiares y llegar al aquí y ahora aumentando la conciencia de sí mismo.

Se recomienda una terapia cognitivo conductual para una reestructuración cognitiva de las ideas de afirmaciones irracionales familiares por afirmaciones racionales, acerca de la negligencia parental.

Se recomendó asistir a un nutricionista que le brinde una dieta balanceada, terapia grupal para que se pueda identificar con otras personas y sentir el apoyo, técnicas de relajación, terapia cognitivo conductual para la falta de apetito.

Se recomendó una terapia familiar en la cual se establezcan límites debido a los patrones de crianza autoritarios que la paciente tuvo en el transcurso de su vida, a efecto de auto valorarse.

Se recomendó una terapia racional emotiva trabajando pensamientos, sentimientos y conductas de las relaciones interpersonales.

Referencias

Bibliográficas

A. Chinchilla Moreno (2008) *La Depresión y sus Máscaras Aspectos Terapéuticos*.

Buenos Aires Médica Panamericana.

Michael Rosenbluth, Sidney H. Kennedy y R. Michael Bagby (2007) *Depresión y*

Personalidad Desafíos Clínicos y Conceptuales. Barcelona, España Elsevier Mason

Teódulo Escobar Pachano (2008) *Miedo, Depresión y Autoestima*. Mérida, Venezuela

Consejo de Publicaciones de la Universidad de los Andes.

R. Ontero (2012). *Depresión (Enfermedad o Indolencia)*. Argentina Bubok Publishing

S.L.

Christophe André y Francois Lelord (2009). *La Autoestima*. Barcelona, España. Kairós.

Fernanda Familiar (2012) *¡No la Vi Venir!* México Penguin Random House Grupo

Editorial Berger (2007) *Sicología del Desarrollo Infancia y Adolescencia*. Madrid,

España. Médica Panamericana

Nataniel Branden (2001) *La Psicología de la Autoestima*. Barcelona, España. Paidós.

Miguel Ángel Millán (Caritas Españolas) & Salvador Serrano (ICCE) (2002). *Sicología*

Y Familia. Madrid, España. Caritas Españolas Editores.

John Bradshaw (2005). *La Familia*. México. Editorial Selector

Gianluca Sassu (2009). *Introducción a la Terapia Gestalt y sus Aplicaciones*. United Kingdom.
Editorial Lulu.

Richard J. Gerring y Philio G. Zimbardo (2005). *Psicología y Vida*. México. Pearson.

Anexos

Anexo No.1

Tabla 1

Tabla de Variables: Estudio de caso sobre depresión en mujer de 39 años

PROBLEMÁTICA	VARIABLE DE ESTUDIO	SUB-TEMAS DE LA VARIABLE DE ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO
Violencia verbal, física en la infancia y adolescencia.	Depresión	Roles Familiares	¿Cómo la depresión provocó daño físico y psicológico a la paciente del caso de estudio?	Determinar como la depresión provocó daño físico y psicológico a la paciente del caso de estudio.	Determinar cómo afecto la violencia verbal, física a la paciente de caso de estudio.
Abandono de las funciones parentales.		Victimización			Evaluar cómo afecto el abandono y los roles parentales en la paciente de caso de estudio.
Manejo de Emociones.		Baja Autoestima			Determinar cómo la negligencia parental afecta la baja autoestima de la paciente del caso de estudio.
Insomnio, falta de apetito y anorexia.		Patrones de crianza			Evaluar el impacto físico provoca a la paciente del caso de estudio la falta de sus funciones derivado a la falta de apetito e

					insomnio.
Personalidad y entorno familiar.					Evaluar qué incidencia tiene la personalidad de la madre en relación a los patrones de crianza de la paciente de caso de estudio.
Codependencia hacia patrones de relaciones de pareja.					Determinar cómo afecto las relaciones interpersonales en la paciente de caso de estudio.