

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



Efectos del Trastorno Depresivo Persistente (distimia) en una mujer de 35 años, víctima de violencia intrafamiliar

(Tesis de Licenciatura)

Evelyn Rocío Lux Lucas

El Naranjo, junio de 2019

Efectos del Trastorno Depresivo Persistente (distimia) en una mujer de 35 años, víctima de violencia intrafamiliar
(Tesis de Licenciatura)

Evelyn Rocío Lux Lucas

Lcda. Ruth Chacón de Mayen (Asesor)

Lcda. Lorena Machorro (Revisor)

El Naranjo, junio de 2019

Autoridades 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 Facultad de Humanidades

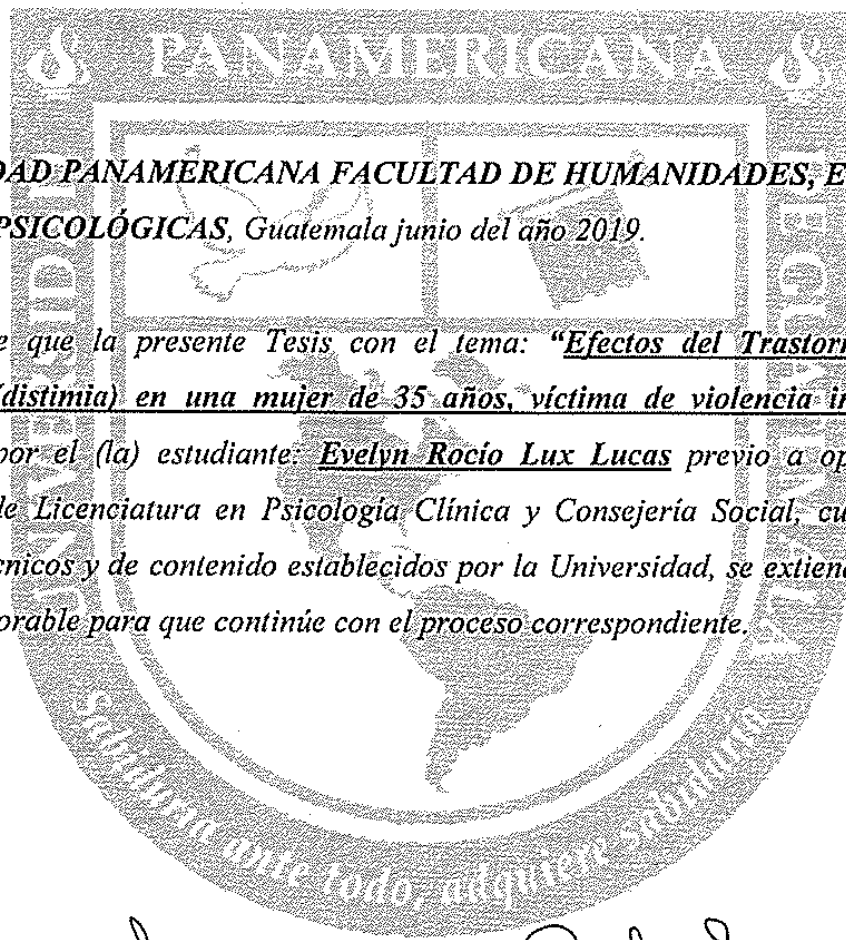
Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vicedecano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, noviembre 2018.

En virtud de que la presente Tesis con el tema: **“Efectos del trastorno depresivo persistente (distimia) en una mujer de 35 años, víctima de violencia intrafamiliar”**.

Presentado por la estudiante: **Evelyn Rocío Lux Lucas**, 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.


Lcda. Ruth Chacón de Mayen
Asesora



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala junio del año 2019.

En virtud de que la presente Tesis con el tema: “Efectos del Trastorno Depresivo Persistente (distimia) en una mujer de 35 años, víctima de violencia intrafamiliar”.

Presentada por el (la) estudiante: Evelyn Rocío Lux Lucas 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.

Ingrid Lorena Machorro Sagastume
Lcda. Ingrid Lorena Machorro Sagastume
Revisor



UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de junio del 2019. -----

*En virtud de que la presente Tesis, con el tema: **"Efectos del Trastorno Depresivo Persistente (distimia) en una mujer de 35 años, víctima de violencia intrafamiliar"** Presentado por el (la) estudiante: **Evelyn Rocío Lux Lucas** reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.*



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

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

Dedicatoria

A Dios

Primero, gracias a Dios por permitirme alcanzar la meta y lograr uno de mis sueños más anhelados. Por guiarme en el camino del bien y obtener conocimientos que irán construyendo mi futuro profesional y personal.

A mis padres

Por el amor, paciencia, seguridad y apoyo brindado a lo largo del camino. Por darme seguimiento y estar al pendiente de mis estudios y ayudarme a ser la mujer que soy, por cuidarme y guiarme en valores y moral.

A Beba

Por brindarme el acompañamiento con alegría y esperanza en momentos de desánimo cuando más lo necesitaba en mis desvelos.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1: Marco Contextual	
1.1 Antecedentes del Problema	1
1.2 Planteamiento del Problema	2
1.2.1 Pregunta de investigación	2
1.3 Justificación del estudio	2
1.4 Alcances, límites y limitantes	3
1.5 Objetivos	3
1.5.1 Objetivo General	4
1.5.2 Objetivos Específicos	4
Capítulo 2: Marco Teórico	
2.1. Riesgo suicida	5
2.1.1. Factores de riesgo	6
2.1.2. Fases de la violencia intrafamiliar y relación con el riesgo suicida	7
2.2. Autoestima	8
2.2.1. Perfil de una persona con autoestima alta	11
2.2.2. Importancia de la autoestima	11
2.2.3. Los seis pilares de la autoestima	12
2.3. Retraimiento en las relaciones sociales	14
2.3.1. Habilidades sociales	14
2.4. Sentimientos de culpa y enojo	15
2.4.1. Fases en las consecuencias de la violencia intrafamiliar	15
2.5. Trastorno de Depresión Persistente (distimia)	17
2.5.1. Definición de depresión	17
2.5.2. Depresión persistente distimia	18

2.5.3. Depresión y la violencia intrafamiliar	19
2.5.3.1. Depresión en la mujer maltratada	21

Capítulo 3: Marco Metodológico

3.1 Método	23
3.2 Tipo de investigación	23
3.3 Nivel de investigación	23
3.4 Pregunta de investigación	24
3.5 Variables de la investigación	24
3.6 Hipótesis u objetivos	24
3.7 Análisis de factibilidad y viabilidad	24
3.8 Muestreo	25
3.9 Sujetos de la investigación	25
3.10 Instrumentos de investigación	25
3.11 Procedimiento	31
3.12 Cronograma	32

Capítulo 4: Presentación y discusión de la investigación

4.1 Presentación de resultados	33
4.2 Discusión de resultados	37

Conclusiones	40
Recomendaciones	41
Referencias	42
Anexos	45

Listado de cuadros

Cuadro No. 1 Cronograma	32
Cuadro No. 2 Cuestionario para la evaluación de discapacidad Whodas 2.0	34
Cuadro No. 3 Inventario de depresión de Beck	35

Cuadro No. 4 Escala de Riesgo Suicida de Plutchik	36
Cuadro No. 5 Escala de actitudes y creencias	36
Cuadro No. 6 Test Esperanza-Desesperanza (ted)	36

Resumen

El presente trabajo de investigación se realizó para explicar la influencia de los síntomas depresivos persistentes (distimia) en la vida de la paciente quien es una mujer adulta de 35 años. La misma fue víctima de violencia intrafamiliar, se vió afectada por el dolor y temor, este sufrimiento se transformó en una depresión distímica, donde los síntomas se vieron involucrados en impedir que la mujer alcanzara la plena realización personal, obstaculizando el desarrollo en las diferentes áreas de la vida y llevándola a atentar contra la propia existencia. Por tanto, se investigó que la depresión es una de las consecuencias más comunes de la violencia contra la mujer, por tal razón, la importancia de explicar la influencia que tiene los síntomas depresivos persistentes distímicos.

Se desglosa de la siguiente manera la información que se encuentra en el estudio:

- Se recopilaron los principales datos y planteamiento del problema, presentando los objetivos y dando a conocer los alcances y limitaciones que se llevaron a cabo.
- Se realizó una investigación bibliográfica sobre el tema de desarrollo que involucra los daños y consecuencias sufridos por la paciente atendida, con el fin de encontrar y generar la mejoría integral de la paciente.
- El diseño metodológico realizado para el abordaje de la problemática se enfocó en la corriente psicológica Terapia Cognitivo Conductual, la cual tiene por objeto la modificación de conducta disfuncional o problema. Y además, detecta los pensamientos automáticos negativos de la paciente, luego se analizan y se trabaja para cambiarlos racionalmente.
- De acuerdo a los resultados de esta investigación y el trabajo llevado a cabo por medio de las sesiones atendidas, se realizó un diseño de metodología y de instrumentos de evaluación que hiciera posible la atención.

La investigación incluye los resultados de las pruebas administradas, las cuales confirman la afección de la depresión persistente distimia en la vida de la paciente atendida. De igual manera, se estructuró un cronograma que informa el período requerido para la elaboración del informe de investigación. Se llevó a cabo, la sección de las referencias para el respaldo del marco teórico.

Introducción

La presente investigación surgió por la problemática, debido a la atención psicológica presentada a una mujer adulta de 35 años de edad, víctima de violencia intrafamiliar mostrando síntomas característicos de la depresión persistente distimia. El factor de la violencia intrafamiliar en la actualidad se ha hecho presente en la sociedad guatemalteca, el Instituto Nacional de Estadística Guatemala (2017), muestra datos de las denuncias por delitos contemplados, registrando un dato total de denuncias hasta el año 2016 de 62, 354, mujeres agredidas.

Las mujeres víctimas de este tipo de violencia se ven vulnerables a desarrollar una depresión mayor, sin embargo, en el caso de la paciente una depresión persistente distimia debido al tiempo que duró estando casada y esto reforzó la influencia de los síntomas depresivos en la vida de ella, provocando un deterioro a nivel personal, laboral y económico. El explicar la influencia de los síntomas depresivos como resultado de la violencia, es con el objeto de evidenciar de que manera la salud psicológica se ve afectada y de que manera esta misma afección puede llevar a la persona a atentar contra la vida propia.

Los objetivos que se pretenden alcanzar con la presente investigación es explicar la influencia que tienen los síntomas depresivos persistentes (distimia) en la vida de la mujer adulta. Así mismo se desea alcanzar el reconocimiento del grado de riesgo suicidio que puede presentarse en la vida de la paciente, definir la manera en que se ve afectada la autoestima, demostrar las consecuencias que pueden derivarse por el retraimiento en las relaciones sociales e identificar las situaciones que generan sentimientos de culpa y enojo en la víctima.

Por último, la hipótesis del estudio es que los síntomas de la depresión persistente perturban de tal manera a la persona que la hacen que muestre falta de interés por las relaciones sociales, manifestando tristeza y carencia de valía personal.

Capítulo 1

Marco Contextual

1.1 Antecedentes

Debido a que en Guatemala algunas personas viven y enfrentan violencia dentro del círculo familiar, muchas veces no encuentran soluciones o alternativas a este grave problema que provocan daños irreparables tanto físicos como psicológicos y sexuales, se referirá por tal motivo en este documento a la violencia intrafamiliar como Hechavarría E. (2011) relata

Cuando alguien con más poder, maltrata a otras personas con menos y alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de la familia. La relación de abuso es aquella en la que una de las partes ocasiona un daño físico, psicológico o ambos, a otro integrante, ya sea por acción u omisión, en un contexto de desequilibrio de poder. (p. 518).

La violencia intrafamiliar se ve mayormente reflejada, según reportes, en mujeres, estas sufren de lesiones tanto físicas como psicológicas por parte de la pareja.

En la década de 1970 el grupo feminista analizó el alcance del fenómeno de la violencia doméstica o intrafamiliar, donde las evidencias eran hematomas y fracturas en diferentes partes del cuerpo de las mujeres. Por tal motivo, las mujeres presentaban baja estima, depresión, miedo, entre otros. Y por tal motivo se comenzó a construir centros de acogimiento en los que brindarían ayuda no solo a las mujeres maltratadas sino que resguardo y protección para los hijos. De acuerdo con Martínez E. (s.f.), la violencia intrafamiliar se ve reflejada en acciones verbales y psicológicas que pueden ser cometidas tanto por mujeres como por hombres.

A nivel mundial el fenómeno de la violencia intrafamiliar se ha reportado en innumerables casos, principalmente hacia la mujer, lo cual, afecta en todas las clases sociales, culturales y académicas

de diferentes edades. “La violencia intrafamiliar se da en una de cada tres mujeres en el mundo. Asimismo, la violencia crea más violencia y es una problemática social creciente” (Burgués y cols., s.f., p. 3).

1.2 Planteamiento del Problema

El sujeto de estudio, es una mujer de 35 años de edad, quien fue víctima de violencia intrafamiliar durante los 6 años de vida conyugal. Actualmente, se encuentra afectada por las secuelas del hecho traumático, manifestando síntomas que son característicos del Trastorno Depresivo Persistente (distimia), pérdida del interés a las actividades que gozaba y disfrutaba antes de casarse y logró realizarlos durante los primeros dos años de casada, como lo son natación y el baile; comenta que padece de dificultad para dormir, no logra disfrutar las relaciones interpersonales por lo cual la persona se ha aislado de las reuniones sociales pues se siente con falta de energía, dice tener pensamientos de fracaso, estos son algunos de los síntomas, floreciendo la tristeza como un motivador del estado de ánimo bajo.

Lo anterior, no solamente ha afectado la salud mental del sujeto de estudio, sino que también tiene impacto en las relaciones sociales, mostrando desinterés en el área laboral. Estos sentimientos están influyendo de manera negativa en la vida de la víctima.

1.2.1 Pregunta de investigación

¿Cómo influyen los efectos de la depresión persistente (distimia) en la vida de una mujer de 35 años, víctima de violencia intrafamiliar?

1.3 Justificación del estudio

El género femenino es la población más susceptible a sufrir violencia intrafamiliar, si bien es cierto que la población masculina también pueden ser víctimas de violencia, las mujeres son

estadísticamente las mayormente afectadas en nuestro país. El esposo ocasiona un daño no solo físico sino que también psicológico, provocando que la mujer comience a desvalorizarse y con esta acción desarrolle un trastorno depresivo persistente – distimia –, lo cual puede llevar a la persona víctima hasta desear y querer atentar contra la vida propia, la tristeza característica de la depresión la lleva a desinteresarse por la vida, el disfrute, el desear superarse como persona y alejarse de los demás.

Por ello, es importante abordar y conocer sobre las consecuencias de la violencia intrafamiliar y detectar cómo influye en el desarrollo de un trastorno depresivo.

1.4 Alcances, límites y limitantes

Se cuentan con los materiales e instrumentos que serán de utilidad para la recolección de información.

Se calcula tener el tiempo necesario para lograr llevar a cabo la investigación, así también, se tiene el apoyo del centro en el cual se atiende al sujeto de estudio. Se es factible también, llegar al lugar para la investigación.

Como limitantes, se considera el factor económico que en algunos casos se pudiera ver afectado en la compra de instrumentos de evaluación psicológica y que estuviera fuera del alcance económico de la paciente.

1.5 Objetivos

Los síntomas de la depresión generan un malestar significativo en la vida de las personas, en específico cuando se habla de mujeres que han sido víctimas de violencia intrafamiliar, esto provoca que ellas dejen de manifestar interés por relacionarse con la sociedad, sentimientos de desesperanza, experimentan días de tristeza donde el llanto se hace presente repentinamente y también afecta la valía personal de las mujeres víctimas de este fenómeno.

1.5.1 Objetivo General

Explicar la influencia de los síntomas depresivos persistentes (distimia) en la vida de la mujer adulta.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Reconocer el grado de riesgo suicida que puede presentarse en la vida de la mujer adulta.
- Definir la manera en que se ve afectada la autoestima en las víctimas.
- Demostrar las consecuencias que pueden derivarse por el retraimiento en las relaciones sociales.
- Identificar las situaciones que generan sentimientos de culpa y enojo en la mujer adulta.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1. Riesgo suicida

García (2010) indica: “el suicidio es el acto por el cual una persona se quita la vida voluntariamente e intento de suicidio es el acto mediante el cual una persona atenta contra la propia vida y sobrevive” (p. 1).

El suicidio es un problema importante de salud pública mundial, según la Organización Mundial de la Salud – OMS – donde las mujeres son las que cometen más actos de intento suicida que los hombres, por el contrario, los hombres son los que llegan a la muerte por suicidio.

Socialmente una de las problemáticas más graves es la violencia intrafamiliar, específicamente la violencia contra la mujer, este fenómeno deja consecuencias negativas en la vida de las víctimas. De acuerdo con Ackerman (s.f.): “la familia es la unidad básica de desarrollo y de experiencia; es también la unidad básica de enfermedad y salud.”

Se cree que el hogar debería ser entonces un lugar seguro, de armonía, de cariño, de satisfacción de necesidades básicas para el ser humano y compañía mutua; se convierte enfermizo cuando se torna como un lugar de riesgo donde se hacen presente los comportamientos violentos, donde la agresión es repetitiva y prolongada. En el hogar una vez surge el primer episodio de maltrato hacia la mujer, la probabilidad de que surjan nuevos episodios es mayor.

Esto debido que el agresor deja de respetar y valorar a la esposa, le infringe golpes no solo físicos sino que también psicológicos, la violencia se torna en el medio fácil para tener control sobre la vida de la mujer donde el sufrimiento de la víctima se vuelve el estímulo que provoca la agresión.

Asimismo, existen factores relevantes por los cuales la mujer no desiste en la permanencia en la convivencia con la pareja, ya que, económica, emocional o psicológicamente la víctima se ve ante las condicionantes para seguir en la relación.

Las repercusiones psicológicas que el acto de la violencia intrafamiliar causa en la mujer son graves, surge la desesperanza por el maltrato intenso y prolongado ya sea físico, sexual, psicológico, también el deterioro de la autoestima, en la capacidad para tomar decisiones por lo que también se les dificulta alejarse de la pareja y el miedo infundido de que en un futuro ellas se encontrarán sin ningún tipo de apoyo.

Ante el fenómeno de la violencia intrafamiliar se debe tener en cuenta que existen diversos factores de riesgo, que representan una amenaza para la integridad de la persona afectada, amenazas que pueden dar paso a que la mujer o incluso el hombre sea víctima de violencia, tales como haber experimentado maltrato infantil, limitadas oportunidades económicas, haber sufrido bullying, patrones de crianza con un padre autoritario, estos son ejemplos de algunos factores de riesgo que hacen que las personas sean vulnerables a sufrir violencia.

2.1.1. Factores de riesgo

Se consideran como factores adicionales de riesgo los trastornos psiquiátricos, principalmente la depresión, los trastornos del humor, el estado de ánimo y otros factores. Las personas utilizan diversos métodos para cometer los actos de suicidio como la intoxicación, ahorcamiento, ingestión de fármacos, heridas por arma blanca, arma de fuego, entre otros.

La violencia intrafamiliar se desarrolla no de manera abrupta, sino que disfrasadamente se va dando lugar a ello. La pareja al comienzo de la relación se demuestran el cariño, amor, apoyo y protección el uno al otro, cuando la parte agresora observa que tiene poder y control sobre la parte víctima comienza a abusar de ella, manipulándola, restringiéndole incluso de las actividades de convivencia familiares, caricias que comienzan a incluir golpes y el agresor asegura que son muestras de amor

únicas y logra manipular a la pareja, entre otros, hasta llegar al punto que ha creado un daño mayor a la integridad de la pareja.

2.1.2. Fases de la violencia intrafamiliar y la relación con el riesgo suicida

Loya (2017), describe que la dinámica de la violencia intrafamiliar es como un ciclo, que pasa por tres fases:

- Primera fase: Acumulación de tensión

Cuando una relación entre pareja comienza, se observan comportamientos positivos, cariño, cuidado, protección, entre otros, sin embargo a medida que la relación continúa, una parte de la relación, uno de la pareja, cambia la forma de ser, se incrementa la demanda así como el estrés.

Aumenta el comportamiento agresivo, habitualmente más hacia objetos que hacia la pareja, como dar portazos, arrojar o romper cosas. La otra persona intenta modificar el comportamiento a fin de evitar la violencia. Por ejemplo, mantener la casa cada vez más limpia, a los niños en silencio. En la mayoría de los casos, la mujer comienza a sentirse responsable por el abuso. El violento se pone obsesivamente celoso y trata de controlar todo lo que puede, el tiempo y comportamiento de la mujer, cómo se viste, a dónde va o con quién está.

- Segunda fase: Episodio agudo de violencia

Aparece la necesidad de descargar las tensiones acumuladas. El agresor hace una elección acerca del maltrato. Decide tiempo y lugar para el episodio, además está consciente de qué parte del cuerpo golpeará y cómo lo va a hacer. Como resultado, la tensión y el estrés desaparecen en el abusador. Si hay intervención policial él se muestra relajado; en tanto que la mujer aparece confundida debido a la violencia padecida.

- Tercera fase: Etapa de calma o arrepentimiento

Se caracteriza por un período de tranquilidad, de muestras de amor y cariño. En esta fase, puede suceder que el golpeador tome a cargo una parte de la responsabilidad, dándole a la pareja la esperanza de algún cambio en la situación a futuro. Actúan como si nada hubiera sucedido, prometen buscar ayuda y/o no volver a hacerlo. Si la relación continúa, hay una gran posibilidad de que la violencia haga una escalada y su severidad aumente. A menos que el golpeador reciba ayuda para aprender métodos apropiados para manejar su estrés, durará poco. Luego de un tiempo se vuelve a la primera fase y todo comienza otra vez.

Esta última fase, ante la pérdida de la esperanza y con el paso a la desesperanza las víctimas pueden llegar incluso a tomar la decisión de atentar contra la vida propia, ya que, al ver que no cuentan con los recursos necesarios para establecer un fin por medio propio, este acto lo ven como única vía, algunas han llegado hasta la muerte y otras solo se han quedado en un intento o un pensamiento.

Durante el curso de la violencia intrafamiliar la autoestima de la víctima se ve dañada, el valor propio y concepto que se tiene de sí mismo va perdiendo matiz, en vez de aceptarse comienza a dudar sobre sí y da lugar al rechazo, no se siente valioso, tal daño en la autoestima se ve reflejado incluso en el aspecto personal de la víctima, dejar de vestirse elegante, escasa higiene y descuido.

2.2. Autoestima

Sebastián, V. (2012) cita sobre la autoestima:

La evaluación que hace el individuo de sí mismo y que tiende a mantenerse; expresa una actitud de aprobación o rechazo y hasta qué punto el sujeto se considera capaz, significativo, exitoso y valioso. La autoestima es el juicio personal de la valía que es expresada en las actitudes que tiene un individuo hacia sí mismo. (p.25)

Branden, N. (1991) afirma que la autoestima tiene dos componentes:

- Un sentimiento de capacidad personal
- Un sentimiento de valía personal.

La autoestima, en cualquier nivel, es una experiencia íntima; reside en el núcleo del propio ser. Es “lo que yo pienso y siento sobre mí mismo, no lo que otros piensan o sienten sobre mí”.

Poseer una alta autoestima es sentir con fiadamente que se es apto para la vida, es decir, capaz y valioso. También, poseer una autoestima baja es sentirse inútil para la vida; errado, equivocado como persona. Y así también, poseer un término medio de autoestima es fluctuar entre sentirse apto e inútil, acertado y equivocado como persona, y manifestar estas incoherencias en la conducta (actuar a veces con sensatez, a veces tontamente), reforzando, así, la inseguridad; sin embargo, la autoestima es siempre una cuestión de grado.

Alcanzar el éxito sin alcanzar una autoestima positiva es condenarse uno mismo a sentir que un impostor llegó a la vida y se espera con angustia que lo descubran. El aplauso de otros no genera la autoestima, ni el conocimiento, ni la destreza, ni las posesiones materiales, ni el matrimonio, ni la paternidad o maternidad, ni las obras de beneficencia, ni las conquistas sexuales, ni las cirugías estéticas. Estas cosas pueden hacer que la persona sienta una mejoría con respecto a sí mismo por un tiempo o cómodos en pocas situaciones; la comodidad no es autoestima. Lo trágico es que se busca la autoconfianza y el autorrespeto en todas partes menos dentro de sí mismos, y por ello se fracasa en la búsqueda.

Si la autoestima es el juicio de que la persona es apta para la vida, la experiencia de la propia capacidad y valía, si la autoestima es una conciencia autoafirmadora, una mente que confía en sí misma, nadie puede generar esta experiencia, salvo la persona misma. Cuando se aprecia la verdadera naturaleza de la autoestima, se observa que no es competitiva ni comparativa. La verdadera autoestima no se expresa por la autoglorificación a expensas de los demás, o por el afán de ser superior a los otros o de rebajarlos para elevarse la persona a sí misma.

La arrogancia, la jactancia y la sobrevaloración de las propias capacidades reflejan más bien una autoestima equivocada. El estado de una persona que no está en guerra ni consigo misma ni con los demás, es una de las características más significativas de una autoestima sana. La importancia de una autoestima sana, radica en que se sienta y luzca bien, son personas efectivas y productivas y responden de buena manera a los demás. Personas que responden a ellas mismas saludablemente, en forma positiva y pueden crecer y cambiar. Estas personas saben que pueden ser amadas y son capaces de mejorar. Se ocupan de ellas mismas y de los demás. No necesitan humillar a los demás para sentirse bien. (pp. 1-3)

Centro de Salud Integral Alicante (s.f.) indica sobre la autoestima:

Es la visión profunda que la persona tiene de sí misma, es el autoconcepto que influye sobre las decisiones y elecciones significativas y que por consecuencia modela el tipo de vida que se lleva. El hecho de poseer una autoestima alta está relacionado con la capacidad de disfrutar de la vida y encontrar fuentes de satisfacción en la existencia. Al mismo tiempo,

el nivel de vulnerabilidad es bajo, es decir, que una persona con autoestima alta no fácilmente se dejara dañar por otras personas.

2.2.1. Perfil de una persona con autoestima alta

Solórzano, M. (2009) da a conocer un perfil de una persona con autoestima alta:

- Proyecta el placer que tiene de estar viva a través del rostro, ademanes y modo de hablar.
- Habla con tranquilidad de los logros o de los defectos de forma directa y honesta.
- Da y recibe estímulos positivos.
- Es abierta a la crítica y siente alivio al reconocer los errores, porque no busca la perfección.
- Proyecta tranquilidad y espontaneidad porque no está en guerra consigo misma.
- Tiene armonía entre lo que dice y lo que hace.
- Siente curiosidad y apertura a nuevas ideas, nuevas experiencias y nuevas formas de vida.
- Puede manejar la ansiedad e inseguridad.
- Tiene capacidad de disfrutar la alegría.
- Tiene flexibilidad personal para responder a situaciones o desafíos. Confía en sí misma.
- Siente bienestar propio al mostrar un comportamiento firme consigo misma y con los demás.
- Tiene capacidad para preservar la calidad de equilibrio y de dignidad en situaciones de estrés.

2.2.2. Importancia de la autoestima

De la Hoz (2003) cita la importancia de la autoestima de la obra El poder de la autoestima de Nathaniel Branden (1993):

Es una necesidad importante para el ser humano. Es básica y una contribución esencial al proceso de la vida; es indispensable para el desarrollo sano; tiene valor de supervivencia.

El no tener una autoestima positiva impide el crecimiento psicológico. Cuando el individuo la posee, actúa como el sistema inmunológico de la conciencia, dándole resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración. Cuando es baja, disminuye la resistencia frente a las adversidades de la vida. La persona se derrumba ante vicisitudes que un sentido positivo podría vencer. Se tiende a estar influidos por el deseo de evitar el dolor que de experimentar la alegría. Lo negativo ejerce mayor poder sobre la persona que algo positivo.

La necesidad de autoestima es el resultado de dos hechos básicos. El primero es que la supervivencia, el dominio del medioambiente y el bienestar dependen de la capacidad de pensar, es decir, del uso apropiado de la conciencia. El segundo es que el uso correcto de esta capacidad de pensar no es automático. Existe un elemento crucial de elección en la regulación de su actividad y, por lo tanto, de responsabilidad personal.

2.2.3. Los seis pilares de la autoestima

Para la fomentación de la autoestima y la obtención de un desarrollo interior más pleno autores toman las seis prácticas fundamentales de Nathaniel Branden:

- Vivir conscientemente:

Es respetar la realidad sin evadir ni negarla, estar presente en lo que se hace. “Donde está mi cuerpo, está mi mente”. Ser consciente del mundo interno y el externo.

Una persona consciente, reflexiona, analiza, pondera y juzga los acontecimientos, ve las causas y las consecuencias. Es decir, sabe tomar decisiones libremente y acepta las consecuencias de sus actos.

- Auto aceptarse:

No negar ni rechazar los propios pensamientos, sentimientos y acciones, entonces no se podrá superar los sentimientos indeseables si no se acepta que ya se tienen. Cuando hay auto aceptación, no hay enfrentamientos entre la misma persona, no se convierte en el propio enemigo.

- Ser auto responsable.

Se debe reconocer que la persona es el autor de:

Las propias decisiones y acciones.

La realización de los deseos propios.

La elección de las compañías.

Cómo tratar a los demás en la familia, el trabajo, amistadas.

Cómo tratar el cuerpo.

La felicidad.

- Tener auto afirmación:

Es respetar los propios deseos y necesidades y buscar la manera de expresarlos. La persona debe tratarse de la mejor manera, con dignidad en las relaciones con los demás. Ser auténticos y defender las convicciones, valores y sentimientos. Es comunicarse asertivamente si mismos y con los que los rodean.

- Vivir con determinación o propósito en la vida:

Significa asumir la responsabilidad de identificar las propias metas y llevar a cabo las acciones que permitirán alcanzarlas y mantenerse firmes hasta llegar a ellas.

- Vivir con integridad es:

Tener principios de conducta a los que se mantengan fieles a las acciones que realicen.

Ser congruentes con lo que se piensa, dice y actúa.

Respetar los compromisos y mantener las promesas.

2.3. Retraimiento en las relaciones sociales

2.3.1. Habilidades sociales

Se refiere a las conductas por las cuales un ser humano expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos a otras personas. Un aprendizaje asertivo de las habilidades sociales ayuda a la persona a mantener estabilidad en las relaciones sociales y evita que surjan problemas como ansiedad o aislamiento.

Sin embargo, existen factores que impactan en la vida de una persona y deja como resultado el retraimiento social, por ejemplo, personas que son víctimas de violencia sexual, doméstica, psicológico, y entre otros factores, comienzan a experimentar síntomas depresivos, en el caso crónico, esto conlleva una serie de afecciones y entre ellas el retraimiento en las relaciones sociales.

Este fenómeno causa problemas para establecer relaciones sociales y mantenerlas, lo que causa sentimientos negativos sobre el propio valor como personas y la calidad de vida.

Cuando se trata de problemas de relación con los demás, se hablaría de dificultades en habilidades sociales.

Barambio (s.f.) relata lo que se vería reflejado en la mujer víctima de violencia doméstica:

- Expresión de sentimientos: Dificultad en expresar lo que siente a las personas que le rodean, lo cual, dificultaría las oportunidades de que le brinden ayuda.

- Peticiones: Incapacidad para realizar peticiones, solicitar ayuda, pedir un cambio de conducta en otra persona; o para rechazar peticiones, decir NO.
- Otras habilidades sociales: hablar con familiares, personas de redes de apoyo.

2.4. Sentimientos de culpa y enojo

Cuando se habla de violencia intrafamiliar se está incluyendo todos los actos de violencia y/o maltrato físico y emocional que son producidos habitualmente dentro del hogar por un individuo integrante de la familia y que provoca en las víctimas impotencia, aislamiento, culpa, temor y vergüenza.

Las víctimas de violencia intrafamiliar en una de las fases de la violencia comienzan a experimentar sentimiento de culpa, pensando que el fenómeno fue causa de ellas, que los tratos agresivos que la pareja le proporciona es a causa de un acto mal elaborado por parte de ellas, y por ello comienzan a generar sentimientos de culpa que internalizan en su pensamiento y a la vez generando enojo.

2.4.1. Fases en las consecuencias de la violencia intrafamiliar

Según Martínez E. (s.f), da a conocer las fases en consecuencias de la violencia:

- Fase uno o de dominio

La mujer está confusa y desorientada, llegando a renunciar a la propia identidad y atribuyendo al agresor aspectos positivos que la ayudan a negar la realidad. Se encuentra agotada por la falta de sentido que el agresor impone en la vida, sin poder comprender lo que sucede, sola y aislada del entorno familiar y social y en constante tensión ante cualquier respuesta agresiva de la pareja.

- Fase dos

Esta es la etapa por la que pasan las víctimas a partir del momento en que se dan cuenta del tipo de relación en la que están inmersas. Las mujeres pasan de un choque inicial en el que se sienten

heridas, estafadas y avergonzadas, a un estado de apatía, cansancio y desinterés absoluto. Así mismo, la indecisión, la tendencia a desvalorizarse y culparse, la actitud temerosa, la no aceptación del fracaso matrimonial o de pareja conlleva a no denunciar desde un inicio el maltrato y a sostener la relación hasta límites insoportables inventándose razones que las seducen en el ciclo de la violencia.

“Los sentimientos de indefensión en mujeres maltratadas podrían debilitar la capacidad de solucionar problemas y la motivación para afrontarlos, favoreciendo de esta forma la permanencia en la mujer en la relación violenta, sentimientos crecientes de desamparo, incompetencia, frustración y depresión”. (Vega y Torres, 2014)

“La mujer víctima de agresión desarrolla diversos mecanismos de defensa internos que la llevan a una pasividad, dando la sensación de estar con apatía y desinterés por todo lo que está a su alrededor”. (Guerra Vargas, s.f.)

Generalmente las mujeres maltratadas están constantemente aterrorizadas con su experiencia, no son violentas y solo usan la violencia en defensa propia. Con lo cual, la personalidad de las mujeres víctimas de violencia se va moldeando y se acaba definiendo con el transcurso del maltrato por algunos rasgos típicos: sometimiento, respeto a las normas y a las ideas establecidas, facilidad para acceder y conformarse, sentimiento de culpabilidad, períodos de tristeza y depresión, ideas de suicidio, miedos, poca fuerza de su yo, baja autoestima, desesperanza, físicamente una postura de derrota, mirada perdida o fija y sin brillo, conductas agresivas contra los demás. (Guerra Vargas, s.f.)

Como factor de riesgo en víctimas de violencia intrafamiliar no se puede dar por alto el tema de la depresión, ya que según la intensidad y duración de la violencia las víctimas pueden desarrollar un trastorno de depresión, en su efecto depresión persistente.

2.5. Trastorno de depresión persistente (Distimia)

2.5.1. Definición de depresión

La Organización Mundial de la Salud – OMS – (s.f.) informa que la depresión es un trastorno mental frecuente, el cual, tiene como principales características la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, se ve afectada la valía personal, también alteraciones del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Así también, indica que la depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar el desempeño en distintas actividades que la persona debe desempeñar en la vida y la capacidad para afrontarla. En la forma más grave, puede conducir al suicidio.

Cuando la depresión mantiene un curso leve de afección, se puede tratar con psicoterapia y sin necesidad de medicamentos, sin embargo, cuando tiene carácter moderado o grave es necesario los medicamentos y psicoterapia.

Otra de las definiciones sobre la depresión, es la que la psicóloga Natalia Anaya (2010) proporciona

Que se trata de un trastorno afectivo con síntomas y signos que pueden presentarse de forma aguda, episódica o recurrente, aislados o como parte de otros estados patológicos. Es el abatimiento persistente del humor. Incluye trastornos del apetito (pérdida o ganancia), trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia), trastornos psicomotores (hiperquinesia o bradiquinesia), fatiga y pérdida de energía. Trastornos de la atención, apatía y pérdida de interés hacia toda actividad, sentimientos de autoevaluación personal y frecuentemente un componente de angustia severa y síntomas tales como temores irracionales, hipocondrias, pensamientos obsesivos e ideación suicida, entre los principales. (pp.68-80)

Los profesionales de la salud mental diferencian entre dos modalidades graves de depresión. El trastorno de depresión mayor que son episodios agudos, pero limitados, de síntomas depresivos. Y la segunda modalidad es el trastorno distímico, cuyo trastorno lucha con una depresión más crónica, pero menos grave, este último se diagnostica cuando los síntomas moderadamente depresivos han durado por lo menos dos años en los adultos. (Mingote, 2009)

2.5.2. Depresión persistente distimia

Consuegra Anaya (2010), detalla información sobre lo que considera que es la distimia, un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado durante al menos dos años. Se presentan síntomas como pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica, y causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Es de inicio temprano si surge antes de los 21 años y de inicio tardío si surge a los 21 años o con posterioridad.

Las personas que padecen el trastorno distímico tienen por lo menos durante dos años algunos de los mismos síntomas que los que experimentan quienes sufren un trastorno depresivo mayor, como la alteración del apetito, la perturbación del sueño, baja energía o cansancio, baja autoestima, mala concentración, dificultades para tomar decisiones y sentimientos de desesperación. Sin embargo, cabe mencionar que no experimentan tantos síntomas y éstos tampoco son tan graves. Se sienten incompetentes en la mayor parte de los empeños y son incapaces de experimentar placer o interés en los sucesos de la vida.

Los pacientes que sufren de depresión persistente distimia tiende a aislarse del resto de las personas, la mayor parte del tiempo mantienen pensamientos o sentimientos de culpa y como resultado actúan

con ira e irritabilidad hacia los demás. La depresión distimia, se entiende como una tristeza no tan profunda o de intensidad, aunque es angustiante y de mayor duración, es una depresión constante más seria.

En 2013, Jiménez Maldonado y et al. de acuerdo con el DSM IV-TR, afirman que se clasifican dos subtipos de distimia:

- Inicio temprano, antes de los 21 años
- Inicio tardío después de los 21 años

Generalmente antes de los 21 años se puede observar trastornos de conducta, déficit de atención e hiperactividad y algunos síntomas vegetativos. Es importante distinguir tempranamente la distimia de otros tipos de depresión, a fin de brindar un tratamiento oportuno que atenúe el impacto continuo de síntomas caracterizados por pobre conciencia del estado de ánimo, pensamiento negativo, baja autoestima y energía, lo que deteriora progresivamente la calidad de vida.

La etiología es compleja y multifactorial, dados los variados mecanismos biológicos, psicológicos y sociales involucrados. Varias hipótesis tratan de explicar la etiología de la distimia; destacan la hipótesis genética que incluye además factores ambientales y la hipótesis aminérgica, que apunta a una deficiencia de serotonina, noradrenalina y dopamina en el sistema nervioso central. Desde nuestro punto de vista, no se puede concebir la distimia como un simple trastorno depresivo leve; es una entidad diferente caracterizada por un trastorno depresivo crónico que puede persistir toda la vida, con importantes repercusiones en la calidad de vida, tanto del sujeto que la padece como de sus familiares. (p. 212)

2.5.3. Depresión y la violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar deja en las personas secuelas irreversibles y en muchos casos hay manifestaciones, signos y síntomas clínicos de otros problemas; uno de ellos es la depresión. El

origen de este padecimiento tiene diversas fuentes y se ha clasificado en varios tipos, según severidad.

De acuerdo a la legislación vigente actualmente en Guatemala (2018):

La violencia intrafamiliar, constituye una violación a los Derechos Humanos, debe entenderse como cualquier acción u omisión que de manera directa o indirecta causare daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o patrimonial, tanto en el ámbito público como en el privado a persona integrante del grupo familiar, por parte de parientes o conviviente o ex conviviente, cónyuge o ex cónyuge o con quien se haya procreado hijos o hijas. Art. 1 de la ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar. Decreto 97-96. INE

El Instituto Nacional de Estadística Guatemala (2017), da a conocer en la investigación “Estadísticas de violencia en contra de la mujer 2014-2016”, los datos estadísticos de las denuncias por los delitos de violencia en contra de la mujer, ya que la denuncia es la vía por la cual se logra obtener un dato específico, sabiendo que hay casos que aún quedan sin ser registrados, debido que las víctimas no denuncian este hecho.

Los datos son: Los delitos contemplados, registraron un incremento en el 2016 de 10,183, con relación a los que si fueron reportados en el 2012. En Guatemala, el 63.7 % muestra las denuncias por delito de violencia en contra de la mujer, esto en 2016. El total a nivel República, indica que por cada 10,000 mujeres se presentan 60 denuncias. Durante el año 2016, se refleja que el tipo de delito que prevalece es el de violencia psicológica con una cantidad de 18,996 denuncias, que representa un 37.2%. El dato actual que se tiene, Guatemala ha reportado hasta el año 2016 (62, 354) denuncias.

2.5.3.1. Depresión en la mujer maltratada

Obando Hidalgo (s.f.) indica que la depresión está constituida por varios síntomas y una serie de causas, un desarrollo más o menos conocido y un tratamiento que, en la mayoría de los casos, es eficaz. El componente neuroquímico de esta enfermedad se debe a una disminución o alteración de una sustancia llamada serotonina, que se encuentra habitualmente en las células del cerebro. Mediante esta sustancia se mediatizan los procesos emocionales sobre todo cuando la persona vive una situación que le causa angustia o se desarrolla un proceso orgánico que altera la estabilidad bioquímica del organismo, cuando esto sucede, es probable que la persona inicie una depresión.

“La baja autoestima con frecuencia se asocia a la depresión, al igual que los arrebatos de ira y falta de placer en actividades que normalmente hacen feliz a la persona, incluyendo la actividad sexual”. (Hidalgo, s.f.)

El papel que culturalmente se le asocia a la mujer, los mitos de la violencia, las condiciones de riesgo a ser violentada, las secuelas de los eventos traumáticos de violencia, aunado a éstas u otras causas que le ha desencadenado la depresión, y conlleva a una compleja situación en la atención de la salud. (Obando Hidalgo, s.f.)

Índices altos de depresión se dan en función de roles limitados y frustrantes y que la vulnerabilidad de las amas de casa aumenta al ser éste un rol único, poco valorado y aislado. Las mujeres casadas, trabajadoras, son más propensas a sufrir una depresión, y aun más si son víctimas de violencia intrafamiliar.

La atención y el tratamiento a la depresión y a la violencia son procesos largos, da a conocer Obando Hidalgo (s.f.), comenta también que se requiere de tiempo para fortalecer el autoconcepto y la toma de decisiones, al igual que para encontrar el porqué de la depresión, en el caso de ésta, puede que se olviden las causas, pero en la violencia duran para siempre y las secuelas afectan todas las esferas de la vida.

De igual manera, indica que los eventos de violencia generan signos y síntomas de depresión en la mujer, quien en muchas ocasiones no expresa lo que le pasa, sólo los signos más evidentes de depresión y hacia eso dirige la intervención el profesional. Por lo que el tratamiento para la depresión se brinda con antidepresivos, psicoterapia o ambos.

Referente a la psicoterapia Obando Hidalgo (s.f.), menciona que la mujer puede ser tratada en forma individual, lo cual es lo más frecuente, también puede ser tratada de forma grupal o familiar; en esta última opción, los resultados y la recuperación a veces son más rápidos y exitosos. Si a esto se agrega la ayuda y apoyo espiritual que un sacerdote, pastor y/o ministro puede proveer durante el proceso de recuperación, el éxito es mayor.

Señala que, una actitud y mentalidad positiva, unido a la fe pueden hacer la diferencia para una recuperación total y completa.

Así que, Hidalgo (s.f) concluye en que “la terapia permite esclarecer y darle un significado a algunos de los síntomas de la enfermedad, también, a la elaboración de los conflictos psicológicos o familiares que la paciente pueda tener”. (pp. 63-68)

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Método

El método a utilizar en la investigación es cualitativo, ya que no se obtendrán datos por medio del uso de mediciones numéricas ni estadísticas para demostrar la influencia de la depresión persistente distimia en la vida de la paciente, sino que se llevará a cabo una recolección de datos partiendo de las emociones, experiencias y aspectos subjetivos, analizados en las entrevistas con el sujeto y uso de test psicológicos, los cuales dan información subjetiva, información que la persona brinda por este medio. De acuerdo a los resultados que se obtendrán, se logrará comprender y demostrar los efectos relevantes de cuya depresión y la influencia sobre el bienestar de la paciente.

3.2 Tipo de investigación

El tipo de investigación que se utilizará para el presente trabajo será experimental, trabajado con base a las variables establecidas se logrará demostrar la influencia de la depresión como resultado en la mujer víctima de violencia intrafamiliar, por lo que se llegará a cubrir el objetivo de la misma. Así mismo, la línea de investigación documental, se toma en cuenta, pues la fuente primaria de donde se recogerá la información será la paciente, sujeto de estudio, posterior, se hará el análisis respectivo del caso para fundamentarlo con la o las teorías que sustenten la investigación.

3.3 Niveles y Técnicas de investigación

La investigación tomará como técnica la explicativa y la descriptiva. Se pretende bajo el abordaje de la variable, explicar la manera o forma de la influencia de la depresión persistente en la vida cotidiana de una mujer que ha sido víctima de violencia intrafamiliar, basado en ello, los resultados serán descritos para la comprensión de la investigación, se describirán los aspectos como riesgo

suicidio, baja autoestima, retraimiento social, sentimientos de culpa y enojo, y la afeción que estos representan en la vida de la paciente.

3.4 Pregunta de investigación

¿Cómo influyen los efectos de la depresión persistente (distimia) en la vida de una mujer de 35 años, víctima de violencia intrafamiliar?

3.5 Variables de la investigación

Riesgo de suicidio

Autoestima

Retraimiento en las relaciones sociales

Sentimientos de culpa y enojo

3.6 Hipótesis

Los síntomas de la depresión persistente perturban de tal manera que hacen que la paciente muestre falta de interés por las relaciones sociales, manifestando tristeza y carencia de valía personal.

3.7 Análisis de factibilidad y viabilidad

Se calcula que el tiempo necesario para llevar a cabo la investigación será de nueve meses. Así mismo, se cuentan con los recursos financieros, los cuales no se exceden al presupuesto previsto. Se cuenta con la disponibilidad de los recursos humanos. En relación a los recursos materiales también hay disponibilidad para ser aplicados, es decir, se cuentan con ellos.

3.8 Muestreo

El procedimiento que se siguió para la selección de la muestra de la población objeto de estudio fue tomar en cuenta el tema de la violencia intrafamiliar que sufren las mujeres, esto debido a que en la actualidad tiene altos índices de frecuencia y lo que puede llegar a causar depresión persistente (distimia).

Para ello, se tomó de muestra el caso de la paciente que está siendo atendida en el Centro de Asistencia Social, dado que cumple con las variables establecidas.

3.9 Sujetos de la investigación

El sujeto de estudio será una mujer de 35 años, quien posee las características que son de interés para llevar a cabo la investigación. Mujer víctima de la violencia intrafamiliar, divorciada, manifiesta síntomas característicos de la depresión distimia, riesgo de suicidio, baja valía personal, sentimientos de culpa y falta de interés por mantener relaciones sociales.

3.10 Instrumentos de investigación

Se usará un formato de entrevista, el cual permitirá recoger los datos necesarios para el tema de investigación. Este se aplicará en dos o tres sesiones con la paciente. Así mismo, se aplicará una batería de pruebas psicológicas, las cuales se describen a continuación:

Pruebas proyectivas

Test del árbol: se le solicitará a la paciente dibujar un árbol en una hoja de papel en blanco que se le entregará en la sesión 5, una vez finalizado el proceso se procederá a calificar el dibujo según el protocolo de calificación, esto con el fin de conocer las etapas en que la paciente vivió hechos traumáticos, los cuales, le han dejado huellas. Por medio de la misma prueba se conocerán los

rasgos de la personalidad. Conflictos inconscientes de la paciente. Esto se redactará en la interpretación del mismo.

Test persona bajo la lluvia: en otra sesión en la que llegará la paciente se le proporcionará una hoja de papel en blanco y un lápiz, y se le solicitará que dibuje a una persona bajo la lluvia; la paciente es libre de decidir como dibujarla y tomarse el tiempo que necesite para realizarlo. Posterior, se calificará según el protocolo de interpretación, esto será para conocer la postura de la paciente ante las condiciones ambientales desagradables, de tensión, las defensas que utiliza. Conocer la adaptabilidad ante los cambios, y tener el dato de niveles de ansiedad y temor que maneja.

Test de la figura humana: antes de usar esta herramienta, se le explica que la prueba consiste en trazar un dibujo, se le entrega primero una hoja de papel en blanco y se le indicará que dibuje una persona, la paciente será libre de decidir si dibujará en primera instancia a una mujer o un hombre, y luego se le entregará otra hoja en blanco para que dibuje a la persona del sexo opuesto al que realizó inicialmente. Cuando haya finalizado, se procede a realizar una entrevista con base al primer dibujo que realizó. Al finalizar se interpretará el dibujo y entrevista, para averiguar como se ve ella así misma dentro de la problemática.

Test de la familia: se le entregará una hoja en blanco y que dibuje a una familia, si al finalizar el dibujo indica que dibujó a una familia ideal, se le proporciona otra hoja en blanco para que dibuje a la familia real. Se le otorga el tiempo necesario para que ella realice el trazo. Posteriormente, se realiza una entrevista con base al dibujo realizado. Al final, se interpreta el dibujo, esto para evaluar la relación con cada uno de los miembros de la familia, problemática de adaptación. Lazos afectivos, preocupaciones a nivel familiar.

Pruebas psicométricas

Cuestionario para la evaluación de discapacidad Whodas 2.0: se le proporciona el protocolo de la prueba que incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud es decir, enfermedad o enfermedades u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones,

problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas. Esto se aplicará para saber el grado de discapacidad que presenta en cada área de los dominios que evalúa, del funcionamiento.

Cuestionario EPQ-A: se le proporciona el cuestionario de preguntas las cuales debe marcar si o no, con el fin de saber el rasgo de la personalidad de la paciente.

Inventario de depresión Beck: se le entrega el protocolo con las preguntas, donde debe señalar la alternativa que describa como se siente actualmente, esto para conocer el nivel de depresión que manifiesta la paciente, debido a las problemáticas.

Escala de riesgo suicida de Plutchik: se le realizan las preguntas o ella responde a cada una de ellas, con el fin de conocer la valoración del riesgo de la posibilidad de presentar pensamientos o intentos de suicidio. Asociado al protocolo, factores y árbol de intervención. Y por los resultados del inventario de depresión Beck.

Escala de actitudes y creencias: el formato se le extiende para tener información de las actitudes y creencias que la paciente mantiene.

Escala de esperanza-desesperanza: se prepara la clave para que la paciente tenga acceso a la prueba, contesta cada una de las preguntas y posterior se obtendrán los resultados de la misma, esto para conocer el grado de desesperanza que puede estar manejando, debido a toda la problemática.

Para la aplicación de la batería de pruebas, se necesario contar con cuatro sesiones para concluir el proceso.

Técnicas terapéuticas

Las técnicas terapéuticas a utilizar para el abordaje de la problemática central, Trastorno de depresión persistente distimia, están basadas en el modelo de “Terapia Cognitivo Conductual (TCC) que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido. La persona se responsabiliza de los procesos que le afectan y a la vez ejercer control sobre ellos”. (Ascoy Díaz, 2017)

“Las premisas fundamentales de la TCC indican que las personas tienen hábitos que son resultado de una historia de aprendizaje. Este primer componente se denomina conducta, la cual, es susceptible de evaluación, análisis y modificación”. (Psicología Inspira, 2015)

Psicología Inspira (2015) afirma también:

La modificación de conducta disfuncional es el objetivo de intervención. Toda conducta está asociada a su vez a emociones, sentimientos, pensamientos y a una experiencia que la envuelve. La conducta al ser extinguida, se modifica o sustituye por otra funcional, cambiará la vivencia de esos pensamientos, emociones y sentimientos perturbadores asociados, modificando con ello la experiencia de la persona.

Desde el punto de vista conductual, la depresión es resultado de la falta de refuerzos, esto hace que la persona no actúe. La inactividad crea la carencia de refuerzos en la sociedad y en consecuencia la depresión se perpetúa. Desde el punto de vista cognitivo, la depresión es el resultado de pensamientos inadecuados, una distorsión cognitiva, en la que la persona distorsiona la realidad viéndose de forma negativa. El objetivo consiste en detectar los pensamientos automáticos negativos, analizarlos y cambiarlos racionalmente.

Referente al problema clínico identificado como trastorno de depresión persistente distimia, derivado de la violencia intrafamiliar, la paciente ha mantenido una actitud y pensamientos inadecuados, una distorsión cognitiva de sí misma, de otras personas y del mundo que le rodea.

Evidenciándose la falta de interés por mantener relaciones sociales, lo cual, repercute en aislarse de los demás, un estado de ánimo depresivo, llanto repentino, la desvalorización de sí misma, ver el futuro casi sin esperanza, culpabilidad, sentirse cansada físicamente, falta de interés por actividades de disfrute, en las que piensa que fracasa, no es competente para realizarlas, frustración, pensamientos irracionales, entre otros.

Al verse afectado el área cognitiva, provoca que las demás áreas se vean afectadas tales como la conducta, emociones y sensaciones físicas. La TCC ayudará a cambiar la forma de pensar y actuar, por ende encontrar una mejoría en el bienestar emocional y físico. Esta se centra en los problemas actuales, si bien es verdad, la sintomatología se derivó del evento pasado, la TCC busca la manera de mejorar el estado de ánimo actual.

Las personas con padecimiento de depresión se ven afectadas en el área cognitiva, conductual y fisiológica. Este estado hace que la persona experimente fuertes sentimientos de depresión, mantiene frecuentes pensamientos de derrota, siente falta de energía, se sienten mal y con llanto frecuente. El modelo de terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis, permite que se logre un cambio cognitivo, que es el principio de que el pensamiento crea emoción. Cuando se observa un estímulo, el sujeto lo analiza y esto tiene que ver con lo que el sujeto se dice a sí misma.

Depresión persistente distimia:

Detención del pensamiento: se le explica a la paciente el objetivo de la técnica y en lo que consistirá. Debe ser capaz de darse cuenta de que está haciendo algo perjudicial para la salud emocional. Debe reducir la frecuencia y la duración de los pensamientos negativos y las preocupaciones.

Cuando haya identificado los pensamientos que le generan un malestar emocional, debe gritar interiormente frases como: basta, para de una vez, o ya. Debe saber que ella es capaz de controlar los propios pensamientos.

Al detectar los pensamientos de preocupación, debe detenerlos y darle a la mente algo con que sustituirlos, por ejemplo: pensamiento positivo: “todo va estar bien”, “soy capaz”, “no soy responsable de”.

Se le proporciona papeles de colores, lápiz, goma y demás para que la paciente pueda elaborar tarjetas con pensamientos positivos, como alternativas al pensamiento negativo. Los cuales, puede utilizar en casa y en cualquier situación donde ella identifique esos pensamientos y pueda emplearlos cuando ella lo necesite.

Venciendo sentimientos de inutilidad, una creencia errónea: Se trabajará con apoyo de un formato estructurado a la técnica, es para detectar pensamientos que impiden crecer emocionalmente; así también fortalecer la autoconfianza.

Se le solicita a la paciente que mentalice que debe desobedecer las creencias negativas. Debe escribir aspectos a mejorar, que percibe que posee. Posterior, tachará de los aspectos a mejor escritos los que no la describan.

Entrenamiento en detección de creencias irracionales (método ABC): con ayuda de un formato desglosado por columnas y objetivos, se le explica cómo los hechos activadores (A) mediador por las creencias (B) desencadenarán unas consecuencias (C) emocionales o de conducta. Se le solicita a la paciente que traiga a la mente los pensamientos irracionales que ha mantenido y le causan molestia, y han hecho que actúe de una manera inapropiada. Se aborda cada uno de ellos, posterior se realiza la discusión de cada uno de ellos, de los pensamientos, los sentimientos y los comportamientos. Esto con ayuda de la técnica Debate de Creencias Irracionales.

Debate de creencias irracionales: Luego de detectar las creencias, para el cambio cognitivo se realizará esta técnica, necesaria bajo el modelo de intervención.

Violencia intrafamiliar:

Se tomará en cuenta el Manual de Taller denominado “Intervención grupal con mujeres víctimas de violencia de género: promoción de su salud y autonomía”, de la autora Yasmina de Cea Jiménez, con el objeto de empoderar a la paciente con herramientas que le permitan el crecimiento personal e incremento de niveles de seguridad en sí misma.

El manual describe paso a paso las sesiones a trabajar, en total son 10 sesiones, indica los materiales a utilizar y las propuestas de ejercicio.

3.11 Procedimiento

Se tomará como sujeto de estudio a una mujer de 35 años, quien fue víctima de violencia intrafamiliar, ya que es un factor que actualmente es alto en incidencia y genera la afección de la depresión.

Como siguiente paso se toman los datos de la historia de la paciente, se utilizará un formato de entrevista el cual abarca temas en general como fase de gestación, de nacimiento, de desarrollo, etapa escolar, adolescencia, adultez, marital, laboral y generación familiar.

Seguidamente, se administrarán pruebas psicológicas con base a la historia clínica obtenida y las referencias de la paciente, estas serán pertinentes para confirmar la existencia de síntomas característicos de la depresión persistente distimia, como resultado del evento traumático, abordar el tema y conocer como han influido los efectos de trastorno depresivos en la vida de la paciente.

Seguidamente, se dará a conocer a la paciente los resultados de las pruebas y los objetivos que se tienen para ser abordados en terapia y alcanzar el bienestar de la misma. Se elaborará un plan de tratamiento terapéutico para el cual se dará un abordaje óptimo de las problemáticas. Teniendo en cuenta la depresión y violencia intrafamiliar.

3.12 Cronograma

Cuadro No. 1

Cronograma

Sesiones	Inicio	Final	No. Semanas	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sept	Oct	Nov
Entrevista inicial	23/02/2018	23/02/2018	1	■									
Desarrollo de sesiones	2/03/2018	16/03/2018	3		■								
Fase de evaluación	23/03/2018	4/05/2018	7		■	■	■						
Devolución de resultados	18/05/2018	18/05/2018	1				■						
Presentación de plan terapéutico	1/06/2018	1/06/2018	1					■					
Aplicación de tratamiento	8/06/2018	19/10/2018	20					■	■	■	■	■	
Cierre de terapia	26/10/2018	26/10/2018										■	
Sesión de seguimiento	9/11/2018	9/11/2018	1										■
Total de semanas abordadas			34										

Fuente: elaboración propia (2018)

Capítulo 4

Presentación y discusión de Resultados

4.1 Presentación de resultados

Los hallazgos que se obtuvieron en el estudio realizado confirman la influencia de la depresión persistente distimia en la vida cotidiana de la paciente, quien al haber sido víctima de violencia intrafamiliar desarrolló afecciones que se caracterizaron como síntomas de la depresión, de los cuales el riesgo suicidio, la baja valía personal, el retraimiento social y los sentimientos de culpa y enojo fueron los que destacaron influyendo de manera condenatoria en la vida de la mujer atendida.

La influencia de los efectos de la depresión persistente en la paciente fue la manifestación de sentimientos de tristeza y llanto la mayor parte de los días que estuvo casada, posterior a la separación surgieron sentimientos de soledad, llanto, falta de energías, experimentó alteración del apetito y sueño. Asimismo, comenzó a desvalorarse como mujer, se privó de recibir halagos de otras personas debido a la violencia psicológica que vivió por parte del esposo, un descuido en el aspecto personal, asimismo no sentía motivación para continuar con las actividades de baile o natación las cuales acostumbraba a hacer constantemente.

Mantén pensamientos de suicidio, si tomar un frasco de pastillas o tirarse de un puente, pensando constantemente que ella ya no era importante para nadie alrededor.

Otros factores influyentes en la vida de la paciente es el distanciamiento con las amistades, debido a sentirse cohibida y amenazada por ellos, sentía que las conversaciones se tornaban aburridas y sin sentido, con pensamientos recurrentes en que los demás la criticaban y no la valoraban, comenzó además a reaccionar de manera agresiva, discutía con tono de voz altivo y con sentimientos de agredir físicamente a otras personas, así mismo sentía constantemente sentimientos de culpa y esto lo manifestaba por medio de sentimientos de tristeza.

El grado de riesgo suicidia que la paciente presentó fue de riesgo mayor. La mayor parte del día mantenía pensamientos de atentar en contra de la vida, sentía desesperanza, sin embargo pensaba sobre las consecuencias que el intento tendría, si quedaría con vida y sufriendo o moriría al instante.

Dado a la manera en que se vieron afectados los pensamientos y autoestima en ella, permitió que las relaciones sociales con las personas del sexo masculino, no la valoraran como mujer, le faltaban el respeto con insinuaciones sexuales y ante esas intimidaciones, reaccionaba huyendo y sintiéndose culpable y con sensación de suciedad. Se criticaba así misma, tenía sentimientos de inferioridad, creyendo que solamente las personas de buen físico eran las que gozaban de una buena vida. No contaba con metas a futuro. Se sentía insegura teniendo a la familia, el autoconcepto de sí misma era negativo.

Todos los sentimientos mencionados anteriormente, generaron en la paciente una creencia de incapacidad sin poder controlar los impulsos, por lo que prefería quedarse en casa para evitar discusiones con amigos, familiares o algunas personas, sabía que no contaba con las herramientas necesarias para establecer límites generándole sentimientos de enojo y al mismo tiempo considerándose responsable por el deterioro familiar, permitiendo el maltrato que tuvo dentro del matrimonio.

De las pruebas aplicadas se valoran los siguientes resultados:

Cuadro No. 2
Cuestionario para la evaluación de discapacidad Whodas 2.0

Área	Porcentaje de discapacidad	Interpretación
Comprensión y comunicación	70 %	Evidencia discapacidad
Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)	60 %	Evidencia discapacidad
Cuidado personal	60 %	Evidencia discapacidad
Relacionarse con otras personas	96 %	Evidencia discapacidad

Actividades de la vida diaria	53 %	Evidencia discapacidad
Participación en sociedad	78 %	Evidencia discapacidad

Fuente: elaboración propia (2018)

En las seis áreas que evalúa el cuestionario sobre el funcionamiento de la persona ante alguna enfermedad, muestran que en la vida de la paciente los síntomas de la depresión han influenciado dando resultados como falta de deseo de sociabilizar, dificultad en comprender y comunicarse con los demás y sucesivamente.

Cuadro No. 3 **Inventario de Depresión de Beck**

Puntuación	Nivel de depresión
1 – 10	Estados altibajos son considerados normales
11 – 16	Leve perturbación del estado de ánimo
17 – 20	Estados de depresión intermitentes
21 – 30	Depresión moderada
31 – 40	Depresión grave
+ 40	Depresión extrema
Resultados:	45

Fuente: elaboración propia (2018)

Los resultados dieron muestra que el nivel de depresión que manifiesta la paciente es extrema. Lo cual indica que necesita de ayuda y acompañamiento de un profesional de la salud emocional y mental.

Cuadro No. 4
Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

PUNTUACIÓN	RIESGO
10	Si existe

Fuente: elaboración propia (2018)

Estos muestran la existencia de ideaciones o intentos de riesgo suicida.

Cuadro No. 5
Escala de actitudes y creencias

Factor	Total
Exigencia	19
Tremendismo	23
BTF	20
Condenación	22
Aprobación	22
Éxito	36
Comodidad	31

Fuente: elaboración propia (2018)

Dan a conocer que el proceso de pensamiento que maneja es de un nivel de exigencia rígido. Baja tolerancia a la frustración, establece estándares inalcanzables, a nivel de pensamiento, existe leve aprobación, pensamiento de fracasos y cree no lograr alcanzar la comodidad.

Cuadro No. 6
Test Esperanza – Desesperanza (TED)

FACTOR	TOTAL	INTERPRETACIÓN
Escala E	31	Muy baja esperanza
Escala G	57	Desesperanza grave

Escala D	30	Alta desesperanza
Factor 1-E optimismo	26	Límites normales
Factor 2-D pesimismo	9	Muy bajo
Factor 3-D regresión	10	Límites normales
Factor 4-E prospección	4	Muy baja
Factor 5-D desconfianza	6	Límites normales
Factor 6-D fatalismo	2	Muy bajo

Fuente: elaboración propia (2018)

Muestran indicadores de niveles muy bajos de esperanza y niveles altos de desesperanza, lo que confirma la presencia de síntomas depresivos. Así también, un aspecto vulnerable es el hecho de tener pocos planes diarios y la situación traumática vivida que le ha dejado huellas de dolor.

4.2 Discusión de resultados

El género femenino es la población más vulnerable a sufrir violencia intrafamiliar, si bien es cierto que la población masculina también pueden ser víctimas de este mismo tipo de violencia, las estadísticas indican que las mujeres son mayormente vulnerables en nuestro país Guatemala, según el Instituto Nacional de Estadística Guatemala (2017), los delitos de violencia en contra de la mujer registrados en el 2016 son de 10,183, equivalente a un 63.7 %. El total a nivel República, indica que por cada 10,000 mujeres se presentan 60 denuncias. En el año 2016, el tipo de delito que prevalece es el de violencia psicológica con una cantidad de 18,996 denuncias, que representa un 37.2%. El dato actual que se tiene, se han reportado hasta el año 2016 (62, 354) denuncias.

El daño psicológico que este trauma provoca en la mujer es que comienza a desvalorizarse, y luego deseos de atentar contra la vida propia, manteniendo constantemente sentimientos de tristeza y llanto, lo cual puede llevar a que esta acción desarrolle un trastorno depresivo persistente distimia, como es el caso de la paciente objeto de estudio.

Por lo que la problemática motivó a abordar y conocer sobre las consecuencias de la violencia intrafamiliar y detectar la influencia de los efectos de un trastorno depresivo en la vida de una mujer víctima de violencia intrafamiliar.

Los resultados obtenidos confirman, que el riesgo suicida por el que atraviesan las mujeres al ser víctimas de maltrato familiar, se deriva del hombre que por lo general ejerce poder sobre la mujer, así de la misma manera que la paciente abordada sentía el dominio del esposo y éste la manipulaba de la manera que él deseaba, menospreciándola como mujer y alejándola de las amistades. Esto generó en ella sentimientos de temor, inseguridad, soledad, desvalorización y pensamientos de solucionarlo atentando contra la propia vida.

De esta manera los resultados de las pruebas muestran y confirman lo que indican los autores de la literatura abordada, muestran como la autoestima de la víctima se ve afectada.

Sebastián V. (2012) indica sobre la autoestima, que la persona se valora, acepta, es exitoso ya que conoce las cualidades y fortalezas, sin embargo, se constata que en la vida de la paciente era lo contrario, ella se rechazaba, resaltaba de sí lo negativo, se consideraba fracasada sin sentimientos de felicidad. Lo que la lleva a una carencia en las habilidades sociales, como es llamado un retraimiento social, la paciente se le dificultaba expresar los sentimientos, evitó por mucho tiempo la oportunidad de recibir ayuda para poder solucionar los problemas que estaba viviendo.

La paciente tras haber sido víctima de la violencia intrafamiliar manifestó culpa, cansancio, impotencia, dolor, vergüenza, temor y enojo, como bien lo indica Guerra Vargas (s.f) que la mujer víctima de agresión desarrolla diversos mecanismos de defensa internos que la llevan a una pasividad, dando la sensación de estar con apatía y desinterés por todo lo que está a su alrededor.

Los objetivos que se llevaron a cabo, fueron alcanzados y se demostró que la influencia de la depresión persistente causada por la violencia intrafamiliar que recibía la llevaban al borde de tener ideaciones suicidas y pensamientos hacia ella en forma negativa. En cuanto a la valía personal, se vió afectado el autoconcepto, indicando no conocer las cualidades propias y fortalezas, la

autovaloración, también la manera como las relaciones sociales se veían afectadas, ya que el retraimiento se debía por creer que era rechazada, criticada y que sería utilizada o víctima de burlas.

Los efectos expuestos, se ven reflejados en el deterioro de las áreas de la vida cotidiana de la paciente, en las tareas de la casa, en el negocio personal, familiar, social y recreación.

No obstante, este evento traumático llamado violencia intrafamiliar deja secuelas severas en la vida de la mujer. Toda mujer que ha sido víctima de este evento traumático, lo percibirá de manera diferente, no todas deciden atentar contra la vida propia, callar y no solicitar ayuda, sin embargo, esto también depende de los patrones de crianza que se le brinden a la persona, patrones parentales abusivos, carencia emocional, violencia infantil, falta de las figuras primarias, entre otras.

Existen casos en los que la mujer ha decidido dejar de callar y buscar ayuda, sanar las secuelas, escapar del ambiente hostil, luchar y transformar el dolor en amor propio y energía para sobresalir y seguir viviendo de la mejor manera posible. En el caso de la paciente, decidió terminar con la relación abusiva que el esposo le brindaba, decidió separarse y buscar ayuda psicológica para un crecimiento emocional, psicológico y sobre todo recibir sanación personal, emocional y espiritual.

Conclusiones

La autoestima en la paciente se vió afectada reflejándose en el rechazo hacia sí misma, autocríticas negativas, abandono en la presentación personal, considerándose una persona fracasada sin motivos de sentirse feliz y vivir bien.

El grado de riesgo suicidio que la paciente presentó, fue mayor, los sentimientos de desesperanza la llevaron a mantener ideas e intentos suicidas, como tomar pastillas y agresión contra la propia vida.

Las consecuencias que se derivaron por el retraimiento en las relaciones sociales, fueron el no contar con una red de apoyo, dejar de realizar actividades que la mantenían motivada a realizar como lo era el baile y natación, sentir desesperación al estar rodeada de personas que ella pensaba la criticaban y prefería aislarse, la carencia de control del enojo e impulsos, sentirse intimidada o amenazada por las amistades.

Las situaciones identificadas como generadoras de sentimientos de culpa y enojo fueron el recurrir a utilizar la agresión e ira como arma para defenderse ante las relaciones que le resultaban incómodas, o donde ella así se sentía, el discutir con familiares al no lograr expresar o comprender los sentimientos de los demás y ella misma, el rechazar las amistades y el no haber logrado identificar la violencia que le brindaba la pareja y darle un final desde el principio.

Recomendaciones

Se le recomendó a la paciente acudir a terapia psicológica para que por medio de un acompañamiento y guiada por el terapeuta, ella pueda salir de los sentimientos y pensamientos con ideación suicida. Asimismo se le hizo ver que se le ayudaría a establecer una red de apoyo para que pueda hacer uso de esta ante situaciones de desesperanza, con estrategias que pueda realizar en esos momentos. Incluyendo números telefónicos a los que puede llamar ante una emergencia de ideas suicida.

Incrementar los niveles de valía personal, por medio del autoconcepto, autoconocimiento y autorespeto, esto le permitirá un crecimiento personal e incremento de niveles de seguridad en sí misma. De igual manera, que se integre a un programa de terapia grupal que esté dirigido a víctimas de violencia intrafamiliar.

Es importante el tema de la re inserción de las actividades anteriores a las cuales sentía regocijo al llevarlas a cabo, como el baile y natación, así mismo le ayudaban a mantener una disciplina en cuanto al control de impulsos.

Educar a la paciente en el tema de las emociones, para que exteriorice lo que siente para evitar caer en estados depresivos y la importancia de la comunicación asertiva.

Referencias

- Ascoy Díaz, L. A. Z. (2017). *Programa cognitivo - conductual para mejorar las habilidades para la vida en adolescentes usuarios del CS José Quiñones Gonzales, Chiclayo – 2016*. Recuperado de: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/4187/Ascoy%20Diaz.pdf.txt?sequence=9>
- Barambio, A. (s.f.). *Habilidades sociales*. Recuperado de: <http://www.abpsicologia.com/adultos/problemas-de-relacion/>
- Branden, N. (1991). *Cómo mejorar su autoestima*. Recuperado de: <http://clnicasaludartecr.com/pdf/libros/nb-comomejorautoestima.pdf>
- Burgués, A., Oliver, E., Redondo, G. y Serrano, M. (s.f.). *Investigaciones mundiales sobre violencia de género en la Universidad*. Recuperado de: [file:///C:/Users/carlos/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Dialnet-InvestigacionesMundialesSobreViolenciaDeGeneroEnLa-2376722%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/carlos/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Dialnet-InvestigacionesMundialesSobreViolenciaDeGeneroEnLa-2376722%20(1).pdf)
- Centro de Salud Integral Alicante. (s.f.). *Taller de autoestima*. Recuperado de: <https://csialicante.es/taller-de-autoestima/>
- Consuegra Anaya, N. (2010). *Diccionario de psicología*. (2^{da}. ed.). Bogotá, Colombia: Eco Ediciones. Pp. 68 y 80.
- García Rábago, H. & Cols. (2010). *Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad*. Revista de salud pública, 12, 714-715. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n5/v12n5a02.pdf>

- Guerra Vargas, A. (s.f.). *Perfil de la Víctima de Violencia*. Recuperado de: http://www.psicologiapersonalizada.com/ti_mujer_victima.php
- Hechavarría, E. M. (2011). *Realidades de la violencia familiar en el mundo contemporáneo*. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_4_11/san16411.pdf
- Informatizarte, docencia. (2013). *Los seis pilares de la autoestima de Nathaniel Branden*. Recuperado de: <http://informatizarte.com.ar/blog/?p=1916>
- Instituto Nacional de Estadística Guatemala, INE. (2017). *Estadísticas de violencia en contra de la mujer 2014-2016*. Pag. 4-6. Recuperado de: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2017/12/14/20171214202518Qofx8MPyS9OdyK8BAy1XeZ3hIDJ1sUO9.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística Guatemala, INE. (2018). *Estadísticas continuas. Violencia intrafamiliar*. Recuperado de: <https://www.ine.gob.gt/index.php/estadisticas-continuas/violencia-intrafamiliar>
- Jiménez Maldonado, M.E., Gallardo Moreno, G. B., Villaseñor Cabrera, T., y González Garrido, A. A. (2013). *La distimia en el contexto clínico*. Revista colombiana de Psiquiatría, 42, 212. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80629187008.pdf>
- Leader Summaries. & De la Hoz, Fernández. (2003). *La importancia de la autoestima*. Recuperado de: <https://www.leadersummaries.com/ver-resumen/el-poder-de-la-autoestima>
- Loya, N. (2017). *Fases de la violencia intrafamiliar*. Recuperado de: http://veracidadchannel.com/_site/fases-la-violencia-intrafamiliar/
- Martínez, E. (s.f.). *Violencia Intrafamiliar*. Recuperado de: <https://www.monografias.com/trabajos33/la-violencia-intrafamiliar/la-violencia->

intrafamiliar.shtml

Navarro Vega, E. y Torres R. (2014). *Relación entre “mujer víctima de violencia doméstica” y “síndrome de mujer maltratada”*. Ciencia y tecnología, 3, 160-166. Recuperado de: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/viewFile/722/646>

Obando Hidalgo, I. M. (s.f.). *Violencia intradomiliar y depresión en mujeres*. Revista de trabajo social, 69, 63 – 68. Recuperado de: <https://docplayer.es/18797999-Violencia-intradomiliar-y-depresion-en-mujeres.html>

Organización Mundial de la Salud – OMS –. (s.f.). *Temas de salud. Depresión*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

Peña, V. (s.f.). *Autoestima*. Recuperado de: <http://www.coachingparalaexcelencia.com/recursos/articulos-coaching/item/41-introducción-a-la-autoestima.html>

Psicología Inspira. (2015). *Terapia Cognitivo Conductual*. Recuperado de: <http://psicologiainspira.com/terapia/terapia-cognitivo-conductual/>

Sebastián, V. H. (2012). *Autoestima y autoconcepto docente*. UNIFE, 11, 25. Recuperado de: <http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/filosofia/Phainomenon/2012/articulo%202.pdf>

Solorzano, M. del C., (2009). *Autoestima*. Recuperado de: <http://www.redem.org/boletin/boletin150809c.php>

Anexos

Anexo 1

Tabla de variables

Nombre completo: Evelyn Rocío Lux Lucas

Título de la Tesis: Efectos del trastorno depresivo persistente (distimia) en una mujer de 35 años, víctima de violencia intrafamiliar

Carrera: Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social

Problemática	Variable de estudio Tema de investigación	Subtemas de las variables de estudio	Pregunta de investigación	Objetivo general	Objetivos específicos	Instrumento a utilizar	Sujeto de estudio
1. Secuelas de Violencia intrafamiliar 2. Secuelas del abuso sexual en la niñez. 3. Relaciones conflictivas	Depresión persistente (distimia)	1. Riesgo de suicidio 2. Autoestima 3. Retraimiento en las relaciones sociales 4. Sentimientos de culpa y enojo	¿Cómo influyen los efectos de la depresión persistente (distimia) en la vida de una mujer de 35 años, víctima de violencia intrafamiliar?	Explicar la influencia de los síntomas depresivos persistentes (distimia) en la vida de la mujer adulta.	1- Reconocer el grado de riesgo de suicidio que puede presentar se en la vida de la mujer adulta. 2- Definir la manera en que se ve afectada la autoestim	1. Test proyectivos -Persona bajo la lluvia -Árbol -Familia -figura humana 2. Estandarizadas: -Inventario de depresión de Beck -Whodas -Escala de riesgo suicida de Plutchik	Mujer de 35 años de edad.

entre los padres.					<p>a en las víctimas</p> <p>3- Demostrar las consecuencias que pueden derivarse por el retraimiento en las relaciones sociales.</p> <p>4- Identificar las situaciones que generan sentimientos de culpa y enojo en la mujer adulta.</p>	-Escala de Esperanza Desesperanza	
-------------------	--	--	--	--	---	--------------------------------------	--

Anexo 2

Formato de la Entrevista Clínica

ENTREVISTA ADULTOS Práctica IV

I Datos Generales

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Fecha de la entrevista: _____

Referido por: _____

Nombre del cónyuge, edad, grado de instrucción, trabajo:

Nombres y edades de los hijos (si hay algún dato importante sobre alguno de ellos, anotarlo aquí)

Nombre de ambos padres, edad y grado de instrucción:

Nombre, edad y sexo de hermanos/as en orden cronológico:

II Motivo de Consulta

¿Cuándo se iniciaron los síntomas? _____

Actitud de los familiares en relación con su problema: _____

Consulta y tratamientos previos: _____

III Antecedentes Familiares y Ambientales

Estado socioeconómico de la familia: _____

Descripción de la vivienda (No. De habitaciones, estado, ambiente, etc.): _____

Relación con las personas que convive: _____

Relación del paciente con hermanos y otros familiares cercanos y/o significativos:

Antecedentes de problemas o afecciones en otros miembros de la familia:

IV Antecedentes Personales

¿Existió alguna condición especial durante su gestación? _____

¿Durante su primer año de vida se dio algún hecho relevante (médico, emocional y/o conductual)?

Eventos durante la niñez que sean significativos, relacionados con padres, hermanos, parientes cercanos o amigos (separación o divorcio, muerte, etc.):

En la actualidad, padece algún problema médico (explicar):

Breve reseña de su escolaridad (desde su inicio hasta la actualidad):

Información laboral:

Historial laboral (incluir fechas y lugares): _____

Relaciones con compañeros y superiores:

Relaciones sociales y personales:

Actividades sociales (frecuencia, grado de confort, facilidad o dificultad para establecer amistades):

Primera relación de pareja (edad, manejo por parte de los padres, datos relevantes):

Relaciones de pareja posteriores (datos relevantes, incluir actual):

Vida sexual (inicio, dificultades, ETS, datos relevantes):

OBSERVACIONES:

Espacio para la realización de genograma

Fuente: elaboración propia (2018)

Anexo 3
Pruebas Proyectivas
Test del Árbol



Fuente: elaboración propia (2018)

Anexo 4

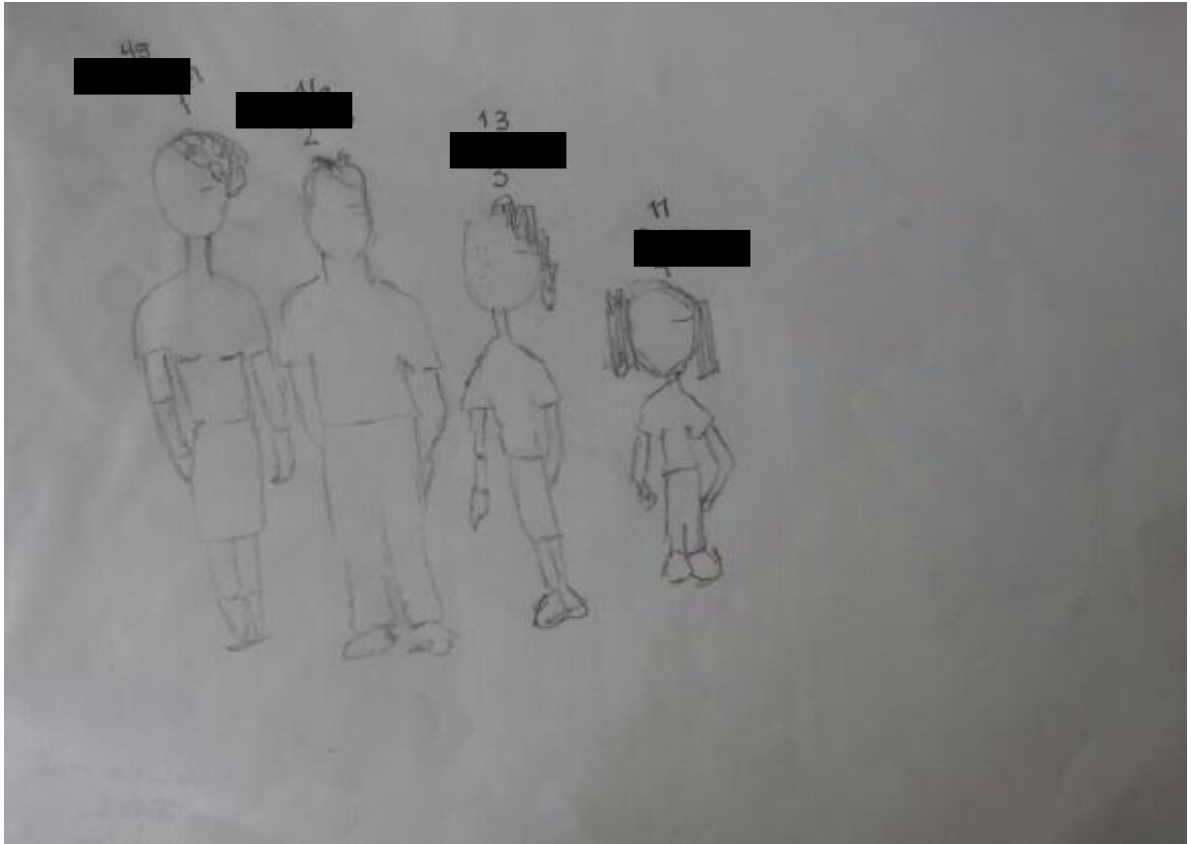
Test de la persona bajo la lluvia



Fuente: elaboración propia (2018)

Anexo 5

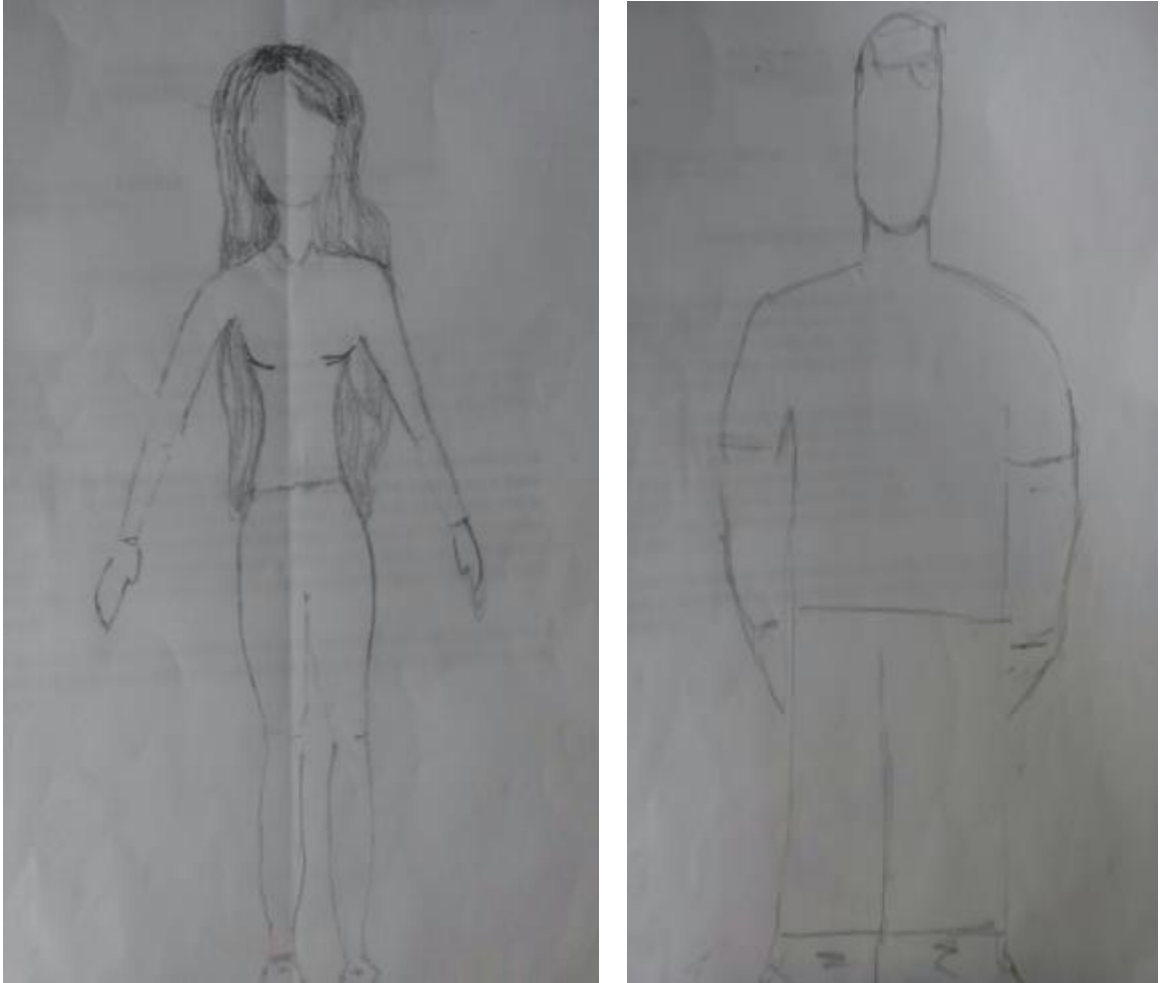
Test Familia



Fuente: elaboración propia (2018)

Anexo 6

Test de la figura humana



Fuente: elaboración propia (2018)

Anexo 7

Pruebas Psicométricas

(Inventario de depresión de Beck)

PRUEBA APLICADA: Inventario de Depresión de Beck

Puntuación	Nivel de depresión
1 - 10	Estados altibajos son considerados normales
11 - 16	Leve perturbación del estado de ánimo
17 - 20	Estados de depresión intermitentes
21 - 30	Depresión moderada
31 - 40	Depresión grave
+ 40	Depresión extrema
Resultados:	45

Por los resultados del inventario de depresión de Beck, la usuaria se ubica en el nivel de depresión extrema. Lo cual indica que necesita ayuda profesional.

Fuente: elaboración propia (2018)

Anexo 8

Whodas 2.0

PRUEBA APLICADA: WHODAS 2.0 cuestionario para la evaluación de discapacidad

Resultados cuantitativos

Área	Porcentaje de discapacidad	Interpretación
Comprensión y comunicación	70 %	Evidencia discapacidad
Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)	60 %	Evidencia discapacidad
Cuidado personal	60 %	Evidencia discapacidad
Relacionarse con otras personas	96 %	Evidencia discapacidad
Actividades de la vida diaria	53 %	Evidencia discapacidad
Participación en sociedad	78 %	Evidencia discapacidad

Interpretación cualitativa:

La usuaria evidencia niveles altos de discapacidad en la comprensión y comunicación, capacidad para moverse en su alrededor, en el cuidado personal, en la relaciones con otras personas y en la participación en sociedad. Una leve discapacidad en las actividades de la vida diaria.

Fuente: elaboración propia (2018)

Anexo 9

Escala de esperanza desesperanza

RESULTADO EVALUADO TED 04/05/2018

Escala/Factor	Puntaje natural	Indicador gráfico	Interpretación
Escala E	31	31	Muy baja esperanza
Escala G	57	57	Desesperanza grave
Escala D	30	30	Alta desesperanza
Factor 1-E Optimismo	26	26	Limites normales
Factor 2-D Pesimismo	9	9	Muy bajo
Factor 3-D Regresión	10	10	Limites normales
Factor 4-E Prospección	4	4	Muy bajo
Factor 5-D Desconfianza	6	6	Limites normales
Factor 6-D Fatalismo	2	2	Muy bajo

Fuente: elaboración propia (2018)

Anexo 10

Escala de riesgo suicida de Plutchik

ESCALA DE RS

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas trata sobre cosas que Ud ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un "SI" o "NO".

	1 SI	0 NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. ¿Esta deprimido/a ahora?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. ¿Está Ud separado/a, divorciado/a o viudo/a?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

10

Fuente: elaboración propia (2018)