

**Trastorno depresivo mayor en una paciente debido al consumo de
sustancias por parte de un hijo, atendida en
el Centro de Asistencia Social CAS
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)**

Velvet Loydee Escobar Ramirez

Lcda. Claudia Eugenia Calderón Sic (Asesora)

Lcda. Lizeth Mendoza Cobar (Revisora)

Guatemala, junio 2017



Autoridades Universidad Panamericana

Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. HC. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cóbar
Secretario General	EMBA Adolfo Noguera

Autoridades Facultad Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez
Coordinadora de Egresos	M.A. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría, ante todo, adquiere sabiduría

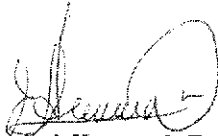
Sistematización de práctica profesional dirigida
**FACULTAD DE HUMANIDADES,
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

ASUNTO: *Velvet Loydee Escobar Ramírez,*
Estudiante de la licenciatura en Psicología
Clínica y Consejería Social de esta
Facultad solicita autorización para realizar
su *Sistematización de práctica
profesional dirigida* para completar
requisitos de graduación

DICTAMEN: 19 de junio 2017

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

1. La solicitud hecha para realizar *La Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social* está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante: *Velvet Loydee Escobar Ramírez*
4. recibe la aprobación para realizar su *Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social*.



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

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala veintinueve de noviembre del dos mil dieciséis.

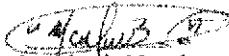
En virtud de que el Informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: " Estudio de caso: Trastorno depresivo mayor en una paciente debido al consumo de sustancias por parte de un hijo, atendida en el Centro de Asistencia Social CAS". Presentada por la estudiante: **Velvet Loylee Escobar Ramirez**, 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.

Licda. Claudia Eugenia Calderón Sic

Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, Guatemala junio
dos mil dieciséte

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema:
"Estudio de caso: Trastorno depresivo mayor en una paciente debido al consumo de
sustancias por parte de un hijo, atendida en el Centro de Asistencia Social CAS".
Presentada por el (la) estudiante: **Velvet Loydee Escobar Ramirez**, preso a optar al
grado Académico de Licenciada 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. Lizeth Mendoza Cobar
Revisora

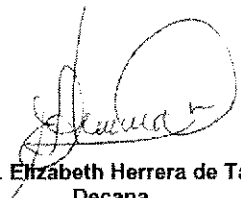


UPANA

Universidad Panamericana
"Sebrakalo ante todo, incluíense sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS. Guatemala 12 de junio 2017.

En virtud de que *Sistematización de práctica profesional dirigida* con el tema "**Trastorno depresivo mayor en una paciente debido al consumo de sustancias por parte de un hijo, atendida en el Centro de Asistencia Social CAS**", presentado por Velyet Luydec Escobar Ramírez, previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejera 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 de (*Sistematización de práctica profesional dirigida*).



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

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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	2
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	2
1.5 Organigrama	3
1.6 Visión	3
1.7 Misión	4
1.8 Programas establecidos	4
1.9 Justificación	4
Capítulo 2	5
Marco Teórico	5
2.1 Depresión Mayor	5
2.1.1 Etiología	5
2.1.2 Sintomatología	7
2.1.3 Comorbilidad	9
2.1.4 Depresión en la mujer	9
2.1.5 Terapia cognitiva conductual para el tratamiento de la depresión	10
2.2 Consumo de sustancias	10
2.2.1 Clasificación de las drogas	10
2.2.2 Características	11
2.2.3 Uso, abuso y dependencia de drogas	12
2.2.4 Consecuencias del uso de sustancias	12

2.2.5	Drogas y familia	14
Capítulo 3		15
Marco Metodológico		15
3.1	Planteamiento del problema	15
3.2	Pregunta de investigación	15
3.3	Objetivos	16
3.3.1	Objetivo General	16
3.3.2	Objetivos Específicos	16
3.4	Alcances y límites	16
3.5	Método	17
Capítulo 4		18
Presentación de Resultados		18
4.1	Sistematización del estudio de caso	18
4.2	Análisis de resultados	31
Conclusiones		34
Recomendaciones		35
Referencias		36
Anexos		38

Lista de Cuadros

Cuadro No. 1	Pruebas e instrumentos aplicados	22
Cuadro No. 2	Presentación del Plan Terapéutico	25
Cuadro No. 3	Presentación de Sesiones de Seguimiento	30

Lista de Imágenes

Imagen No. 1	Organigrama	3
Imagen No. 2	Genograma	21

Resumen

En el presente informe se exhibe el estudio de caso que se realizó como parte de la Práctica Profesional Dirigida, de quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, Campus Álamos. La práctica se realizó en el Centro de Asistencia Social (CAS). Lugar donde se desarrolló dicha práctica en un tiempo de nueve meses, durante febrero a noviembre del presente año.

En el capítulo 1: marco de referencia se realizó una descripción estructurada y detallada de los antecedentes, conjuntamente de la institución, organización, programas establecidos y justificación.

En el capítulo 2: marco teórico se muestra información sobre la investigación del trastorno de depresión mayor y el consumo de sustancias exponiendo toda la base teórica del presente informe.

En el capítulo 3: marco metodológico se plantean los objetivos, pregunta de investigación, alcances y limitaciones de la institución, la metodología en la cual se ejecutó el estudio de caso así mismo se da a conocer el abordaje psicoterapéutico en el cual se realizó psicodiagnóstico y evaluación por medio de pruebas psicológicas así como hipótesis referente a la problemática para ejecutar el diagnóstico, resultado e información a la paciente para realizar la intervención psicológica y continuar con el tratamiento adecuado.

En el capítulo 4: se finalizó con el resultado del análisis del caso de estudio, elaborando las conclusiones y recomendaciones, además de adjuntar el respectivo anexo del caso de estudio.

Introducción

El consumo de sustancias tiene consecuencias importantes tanto en la vida del paciente como en los integrantes de la familia quién en sus intentos de ayudarlo a superar la adicción se ven afectados emocionalmente y predispuestos al desarrollo o exacerbación de algunos trastornos, tales como depresión, ansiedad, etc.

La depresión mayor es un trastorno del estado de ánimo el cual se caracteriza por una considerable pérdida de energía e interés en la mayoría de las actividades de la vida diaria acompañado de un notable pesimismo que no se corresponde con el carácter habitual del paciente (Moreno y Blanco, 2004). El trastorno depresivo mayor constituye una respuesta a algún proceso vinculado a factores biológicos internos o a factores externos que actúan como precipitantes del cuadro clínico.

El desarrollo del estudio de caso se realizó bajo los siguientes aspectos: la pregunta de investigación fue: *¿Cómo influye el consumo de sustancias por parte de un hijo para el desarrollo del trastorno depresivo mayor en una paciente de 61 años?*, el objetivo general fue evaluar cómo influye el consumo de sustancias por parte de un hijo para el desarrollo del trastorno depresivo mayor en una paciente.

En la práctica profesional dirigida de quinto año se trabajó con una paciente de 61 años que se presentó con cambios en su estado de ánimo acompañado de síntomas físicos como dolor de piernas, falta de energía y anhedonia. En el proceso psicodiagnóstico se utilizaron técnicas como la observación, entrevista, aplicación de pruebas psicológicas, examen mental con el cual se realizó un diagnóstico y se efectuó un abordaje terapéutico apropiado para la paciente.

Capítulo 1

Marco de referencia

1.1 Antecedentes

En el campo de las ciencias psicológicas, la depresión ocupa uno de los principales objetivos en las investigaciones psiquiátricas y psicológicas, para lo cual han contribuido diferentes factores y uno de ellos es la magnitud del problema, donde es conocido que la depresión ocupa una parte importante de la demanda de atención en la población, además de poseer una amplia repercusión psicosocial por su estado de vinculación con el suicidio y la calidad de vida.

La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los malestares afectivos, como *tristeza patológica*, *irritabilidad*, *sensación subjetiva de malestar* e *impotencia* frente a las exigencias de la vida, acompañados de pensamientos recurrentes de inutilidad, síntomas somáticos como fatiga, dificultad para levantarse y realizar sus actividades cotidianas.

Diferentes factores pueden intervenir en el inicio de un cuadro depresivo, como los factores genéticos, vivencias de la infancia y adversidades desarrolladas en el contexto familiar como la adicción a sustancias y la desintegración familiar, entre otros. También pueden jugar un papel importante como factores de riesgo en el desarrollo de la depresión dificultades en las relaciones sociales, el género y el estatus socio económico.

En el Centro de Asistencia Social de la Universidad Panamericana se atendió a una paciente que presentaba estado de ánimo decaído que ha prevalecido por más de 6 semanas, con pérdida de placer en las actividades de la vida diaria, acompañado de síntomas somáticos.

El proceso de atención llevado a cabo con la paciente estuvo dividido en fases: evaluación, diagnóstico y ejecución del plan psicoterapéutico.

1.2 Descripción

La Universidad Panamericana a través del Centro de Asistencia Social proporciona apoyo psicosocial y ayuda emocional a niños, adolescentes y adultos por medio de los estudiantes que cursan el quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social quienes con un manejo adecuado de técnicas asertivas adquiridas en los cinco años de la carrera y enfocadas en diferentes escuelas psicológicas, ayudan a las personas a resolver sus propios conflictos emocionales enfocando sus esfuerzos en el estudio del comportamiento del ser humano y los procesos mentales que explican los pensamientos, los sentimientos y las conductas, con el fin de promover la salud mental de los pacientes.

El Centro de Asistencia Social es una propuesta profesional, transformadora y visionaria en la que se gesta una posibilidad esperanzadora para trabajar con las problemáticas de la sociedad Guatemalteca, basada en la particularidad e influencia multicultural y que busca lograr una transformación social trascendente en el país.

1.3 Ubicación

El Centro de Asistencia Social de la Universidad Panamericana está ubicado en la 7ª. Avenida 3-17 zona 9 edificio Buonafina 3er. Nivel. Sus horarios de atención son de lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm sábados de 8:00 am a 12:00 pm.

1.4 Organización

La organización está constituida por Rectoría, Consejo Directivo y Decanatura. La Decana de la Facultad de Ciencias Psicológicas M.A. Elizabeth Herrera de Tan quien puso su interés en promover el desarrollo y bienestar de las personas por lo que inicio con el apoyo del consejo directivo de la Universidad Panamericana y a través de la Facultad de Ciencias Psicológicas, el primer Centro de Asistencia Social, que fue creado con el fin de prestar servicios profesionales, a niños, adolescentes y adultos con apoyo psicosocial y emocional a un bajo costo que

corresponden a Q.25.00 por consulta, el cual está al alcance de la población Guatemalteca, la coordinación del Centro de Asistencia Social dirigido por la Licenciada María Fernanda Ramírez y la Secretaria.

1.5 Organigrama

A continuación, se presenta el Organigrama del Centro de Asistencia Social CAS

Imagen No. 1



Fuente: Centro de asistencia social, septiembre 2016

1.6 Visión

Proyección a la vanguardia del desarrollo científico, social y humanístico de la psicología en Guatemala. Comprometidos en el desarrollo de la salud integral, de la sociedad guatemalteca, por medio del apoyo psicosocial y ayuda emocional de manera eficiente y ética.

1.7 Misión

La misión es brindar asistencia social en la esfera emocional, ofreciendo una oportunidad de acceso al campo de la psicología, a niños adolescentes y adultos. Con la intención de contribuir al bienestar integral de la sociedad guatemalteca y mejorar así su calidad de vida.

1.8 Programas establecidos

El Centro de Asistencia Social ofrece apoyo psicosocial y ayuda emocional a niños, adolescentes y adultos.

1.9 Justificación

El estudio de caso clínico es de gran importancia ya que permite reunir las experiencias obtenidas a partir de un ordenamiento y reconstrucción lógica del proceso realizado en la evaluación e intervención psicológica de una usuaria con síntomas de depresión mayor, los factores que intervinieron en el desarrollo del caso así como los resultados de la evaluación y ejecución del plan terapéutico. Es a través de este ordenamiento del proceso realizado que se pueden conocer los objetivos y logros alcanzados del proceso terapéutico.

El caso fue atendido en el Centro de Asistencia Social de la Universidad Panamericana el cual pone a disposición de los estudiantes de quinto año de la carrera de Psicología Clínica y Consejería social la oportunidad de poner en práctica las competencias adquiridas en el transcurso de la carrera por una duración de nueve meses, así como la oportunidad de prestar un servicio a la población en un ambiente profesional para el beneficio integral de los usuarios.

Capítulo 2

Marco teórico

2.1 Depresión Mayor

La depresión mayor se define en general por los síntomas establecidos en los manuales de diagnóstico de los trastornos mentales. Zarragoitia (2011) sostiene que la depresión es una condición que afecta la vida de las personas por los cambios que se establecen a nivel cognitivo, conductual y afectivo. Estos cambios generan un amplio abanico de posibilidades clínicas. Se puede realizar el diagnóstico de depresión mayor tomando en cuenta el tiempo, la duración y evolución de síntomas presentes. La depresión en general es una condición del estado de ánimo cuyo origen tiene distintas modalidades endógenas y exógenas.

La depresión para otros autores como Massey (2015) es una enfermedad emocional que causa sentimientos de inadecuación, desaliento, duda y derrota que afecta el funcionamiento de las personas y que puede llegar a provocar suicidio.

2.1.1 Etiología

Son muchos los factores que pueden influir en el desarrollo y mantenimiento de la depresión mayor. Moreno y Blanco (1999) afirman: “Son muchos los factores que pueden influir en el desarrollo de un cuadro depresivo tales como factores sociodemográficos, factores biológicos, factores psicológicos y factores ambientales” (p. 47).

Entre los factores sociodemográficos están el sexo, el estado civil, la edad, la clase social y la sociedad.

La depresión es más común en las mujeres no importando su nacionalidad.

Moreno y Blanco (1999) afirman:

Se considera que la mujer tiene una probabilidad dos veces mayor de padecer esta enfermedad que el hombre, parece ser que el matrimonio a diferencia de lo que sucede con el hombre no protege a la mujer de este trastorno; de igual modo los partos, la crianza de los hijos, la falta de trabajo fuera de su hogar y la actitud de indefensión aprendida a lo largo de la evolución predisponen a la mujer para sufrir depresión. (p. 48)

La depresión mayor suele presentarse a cualquier edad “es usual que el diagnóstico de depresión se realice entre los 40 y los 50 años” (Moreno y Blanco, 1999, p. 49). Aunque en una sociedad tan agitada no es de sorprender encontrar personas diagnosticadas con depresión a temprana edad.

En cuanto al estado civil es más común encontrar a mujeres sin una pareja íntima estable con depresión que aquellas que se encuentran casadas posiblemente por tener roles establecidos en una familia y por el nivel de autorrealización que alcancen.

Las distintas formas de depresión que se presentan tienen una característica en común. Massey (2015) afirma: “Que la depresión sucede cuando negamos a nuestro yo real y auténtico, es la manera en que la psique lidia con situaciones que nos resultan difíciles o quizás imposibles de manejar” (p.20). Es decir cuando los acontecimientos sobrepasan nuestra capacidad de resolución.

Existen otros factores a considerar como etiológicos de la depresión entre ellos: la herencia biológica principalmente en los familiares de primer grado de consanguinidad quienes son más vulnerables a padecer este trastorno que otros familiares con otros grados de parentesco.

Otros factores implicados en el cuadro depresivo mayor están: Los neurotransmisores principalmente la serotonina y la noradrenalina que cuando se encuentran en pocas cantidades dan origen a la depresión endógena.

Existen factores psicológicos asociados al trastorno depresivo mayor como aquellas personas que manifiestan baja autoestima, inseguridad y dificultades para expresar sus sentimientos. Las distorsiones cognitivas principalmente los pensamientos negativos y los pensamientos automáticos que siguen a la percepción obtenida.

Entre los factores ambientales predisponentes están el desempleo, las experiencias en la vida y factores culturales. La falta de empleo o la jubilación crea sentimientos de inutilidad y poca valía principalmente cuando no se cuenta con una red de apoyo como la pareja o la familia.

Los ideales impuestos en la sociedad se centran en el rendimiento y la posición social y cuando no se llenan esos ideales se pueden tener sentimientos de insatisfacción y crear en la mente pensamientos dicotómicos como éxito-fracaso, sin definiciones intermedias.

2.1.2 Sintomatología

Los síntomas son variables tanto en niños, adultos o ancianos, los cuales dependen también de las estrategias implementadas por la persona frente a una situación. Moreno y Blanco (1999) afirman que los principales síntomas son:

- Tristeza: sensación de desánimo y ganas de llorar todo el día sin saber porque sucede esto.
- Pérdida de placer e interés: ya no le apetece ver a amigos o no le hacen gracia las bromas que tanto le gustaban.
- Ideas de inutilidad y culpabilidad: Cree que todo lo hace mal y, por lo tanto, ni siquiera lo intenta, deja de luchar y cree que el mundo va mal a sus propios defectos.
- Baja autoestima: solo es capaz de ver su parte más negativa, la positiva desaparece.

- Incapacidad, de tipo físico y psíquico: fallan las fuerzas y las ganas.
- Pensamientos suicidas: ante los síntomas anteriores, uno puede sentirse tan desamparado y desconcertado que no sepa cómo afrontarlo y pensar que de esta forma solucionará su problema o incluso “les quitará un problema a los demás”. No se da cuenta de la desesperación en que sumirá a los seres queridos con una acción de este tipo, ni ve que su situación sea modificable.
- Ansiedad: puede presentarse acompañando la tristeza, con temblor, inquietud y preocupación constante.
- Dificultades para pensar: lentitud que dificulta la concentración, distrayéndose fácilmente. Toda la energía se dirige al interior y la persona no presta atención a lo que le rodea.
- Obsesiones: ideas persistentes de comprobación o incluso de creer que va a ser perjudicado por otras personas que ni siquiera conoce, pueden estar presentes en los casos más graves.
- Perturbación del sentido del tiempo: con incapacidad de anticipar acontecimientos positivos en un futuro y con predominio de los sucesos negativos del pasado.
- Pérdida de energía: incapacidad para levantarse de la cama.
- Lentitud y a veces agitación con predominio de una u otra según el caso o el momento del día.
- Trastorno del apetito y del peso: normalmente en forma de disminución del apetito y pérdida de peso, aunque en algunos casos puede ocurrir lo contrario.
- Problemas del sueño: pueden existir pesadillas que empeoran la calidad del sueño y que provocan que el enfermo se levante muy cansado.
- Reducción de la libido (deseo Sexual): al estar agotada la poca energía de que dispone apenas puede prestar atención a áreas que hace poco eran placenteras.
- Síntomas corporales: jaquecas, náuseas, dolores varios, calambre, etc.

Para el diagnóstico no es necesario que existan todos los síntomas mencionados. Puede ser que algunos estén presentes y otros no. (p. 16-20)

2.1.3 Comorbilidad

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (2013) afirma: “otros trastornos con los que el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia son los trastornos relacionados con sustancias, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno límite de la personalidad” (p. 168).

2.1.4 Depresión en la mujer

El comportamiento de los hombres y mujeres es diferente tanto por objetivos como por la forma de afrontar las circunstancias propias de la vida. “Respecto a la depresión no importando su tipo se sabe que es dos a tres veces más frecuente en las mujeres que en los hombres” (Chinchilla, 2011, p. 233).

Cambios que pueden ser atribuidos al rol que desempeña y que en algunas veces suele ser menos gratificante que el del hombre ya que asume más de un rol; el de trabajadora, madre y esposa, responsable del hogar y la familia.

Hay otros factores que predisponen más a la mujer que a los hombres a desarrollar trastornos depresivos que están influenciados por determinados momentos de la vida como el parto y la menopausia entre otros.

La aparición de la sintomatología depresiva tiene una etiología multifactorial en cada etapa de la vida de la mujer, estas actúan interrelacionadas e influyen unas sobre otras por lo que no es posible aislarlas.

2.1.5 Terapia cognitiva conductual para el tratamiento de la depresión

La terapia cognitivo conductual es un enfoque psicológico que ayuda a las personas que sufren depresión a superar o disminuir los síntomas.

Massey (2015) afirma:

La parte cognitiva incluye examinar las razones por las que nos deprimimos y nos ayuda a educarnos. Su teoría afirma que cuando los individuos que han tenido depresión presentan angustia regresan a los procesos automáticos que pueden activar un episodio depresivo. (p. 29).

La finalidad de la terapia radica en detectar los pensamientos automáticos que conducen a un comportamiento aprendido y ayuda a enfocarse menos en ellos aumentando la conciencia plena.

La terapia cognitiva conductual busca por medio del análisis la atención y reestructuración de los pensamientos negativos que formula la paciente, a la vez trata de mitigar las alteraciones conductuales por medio del establecimiento de programas de actividades y rutinas que le devuelvan la funcionalidad a la paciente.

2.2 Consumo de sustancias

El consumo de sustancias se define según Palomo y Jiménez (2010) como: “La ingesta de sustancias farmacológicamente activas sobre el sistema nervioso sea prescrita o no que modifica la conducta de quien la consume” (p. 465)

Estas sustancias pueden ser de uso legal o ilegal, medicamentos o sustancias de uso doméstico.

2.2.1 Clasificación de las drogas

A lo largo de la historia el ser humano ha empleado diferentes sustancias algunas para usos médicos y otras veces para adquirir placer.

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2013) afirma: “Existen 10 clases diferentes de drogas: el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, los estimulantes, el tabaco y otras sustancias” (p. 481).

Todas ellas producen una estimulación de los sistemas de recompensa del cerebro produciendo sentimientos de placer lo que predispone a desarrollar un trastorno por consumo de sustancias.

Entre las más utilizadas según Ortiz (2013) están: “estimulantes entre ellos la cocaína, anfetaminas y éxtasis; depresores como opiáceos y heroína; perturbadores de la visión de la realidad como cannabis y LSD” (p. 126).

2.2.2 Características

Según Gossop (como se citó en Ortiz, 2013), los elementos característicos de una adicción son:

- Imponente deseo o sentimiento de compulsión para llevar a cabo una conducta particular, sobre todo cuando la oportunidad para realizar la conducta no está disponible.
- Deterioro en la capacidad para controlar dicha conducta, especialmente en su comienzo, mantenimiento o nivel en que ocurre.
- Sensación de malestar y alteración del estado de ánimo cuando cesa la conducta o no es posible realizarla.
- Mantenimiento de la conducta, a pesar de la evidencia clara de graves consecuencias indeseadas.

2.2.3 Uso, abuso y dependencia de drogas

Según Becoña et al. (2010) afirma:

Por uso de una droga se entiende el consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo o éste no las aprecia. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se utiliza una droga de forma esporádica. El abuso se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo. La dependencia surge con el uso excesivo de una sustancia, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio periodo de tiempo. (p. 24)

El consumo de sustancias puede llevar a la dependencia. Ortiz (2013) afirma: “La dependencia deriva de un uso excesivo de la sustancia que provoca consecuencias negativas significativas durante un largo periodo y que a pesar de ello se mantiene” (p.127). También incluye el consumo episódico o de fin de semana pero que se prolonga a lo largo del tiempo.

2.2.4 Consecuencias del uso de sustancias

El cerebro es el centro de comunicaciones que está formado por células nerviosas formando redes neuronales que transmiten los mensajes a diferentes estructuras del cerebro, médula espinal y sistema nervioso periférico, estas redes coordinan todo lo que pensamos, sentimos y hacemos.

Volkow (2008) afirma “Las drogas son sustancias químicas que actúan sobre el cerebro penetrando el sistema de comunicación del cerebro interfiriendo con la manera en que las células nerviosas normalmente envían, reciben y procesan la información” (p.21)

Algunas drogas se adhieren e imitan a las sustancias químicas del cerebro como los neurotransmisores enviando mensajes anormales a las estructuras neuronales.

Todas las drogas directa o indirectamente atacan el sistema de gratificación del cerebro, inundándolo con una sustancia llamada dopamina que es un neurotransmisor que se encuentra en las regiones del cerebro, esta sustancia estimula el sistema de recompensa cerebral que provoca euforia y es esa misma sensación la que motiva a las personas a seguir consumiendo.

Alonso, Barral y Casas (como se citó en Palomo y Jiménez, 2010) afirman:

El consumo de alcohol está ampliamente extendido y culturalmente aceptado en la mayoría de los países occidentales, constituyendo en la actualidad un importante problema de salud pública se trata de un hábito que con frecuencia se encuentra influenciado por el contexto económico, social y cultural en el que vivimos. (p. 231)

Así mismo el consumo de marihuana es ampliamente extendido sobre todo en la población joven. Alonso, Barral y Casas (Como se citó en Palomo y Jiménez, 2010) afirman: “las alteraciones de las funciones psíquicas dependen de la dosis utilizada, el ambiente de consumo y la experiencia previa del consumidor” (p. 473).

Se considera que la marihuana es la sustancia ilícita de más abuso que causa deterioro de la memoria, falta de coordinación y daño pulmonar y en algunas personas puede ocasionar psicosis.

El problema que ocasiona el consumo de sustancias tiene efectos a corto y largo plazo, que pueden manifestarse como enfermedades físicas entre ellas cirrosis hepática, cáncer, SIDA, etc. De ahí que los manuales de diagnóstico refieran deterioro o malestar significativo como un criterio de diagnóstico clínico.

Las consecuencias sociales del uso de sustancias abarcan problemas legales, violencia intrafamiliar, abuso y violación sexual, problemas económicos que conducen al robo o indigencia.

2.2.5 Drogas y familia

La familia es el medio propicio para el establecimiento de relaciones interpersonales, dichos lazos se refuerzan por la constante interacción y convivencia. Cuando en la familia existe un integrante que consume sustancias las relaciones interpersonales se ven interrumpidas.

Según Gutiérrez (como se citó en Moreno, 2015) afirma:

En nuestro criterio la problemática que se liga al consumo de las drogas se ubica en que su utilización habitual se encuentra vinculada a determinados desordenes o padecimientos estructurales que trascienden la ruidosa constelación ligada al consumo, ya que estos sujetos se encuentran afectados de lo que denominamos “minusvalía psíquica” que altera profundamente su vida cotidiana y su entorno. (p. 76)

Muchas familias dejan de actuar de manera funcional para enfocarse en atender los problemas producidos por la droga en un ser querido actuando como encubridores, otros negando el problema y algunos quizá se vuelvan codependientes.

La comunicación se puede tornar confusa e indirecta lo que produce aislamiento entre los miembros de la familia, las relaciones se tornan confusas y se altera el rol de cada miembro de la familia.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

La depresión mayor es una enfermedad frecuente en todo el mundo que puede alterar el desarrollo de las actividades diarias y llegar a provocar discapacidad y en algunos casos provocar suicidio de quién la padece. La sintomatología se asocia con cambios negativos de tipo psicológico, físico y conductual que conlleva a la persona a una disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades.

Entre los factores que contribuyen a su aparición se encuentran factores sociales psicológicos y biológicos. Las personas que atraviesan por situaciones adversas son más propensas a desarrollar un trastorno depresivo cuando no cuentan con estrategias de afrontamiento y una red de apoyo a la cual puedan recurrir en busca de ayuda.

Por tales razones surge el interés en realizar el presente estudio de caso de una paciente quien ha presentado un cambio en su funcionamiento diario en los ámbitos familiar y social, cuyo factor precipitante está el consumo de alcohol y marihuana por parte de un hijo quien presenta un deterioro en su salud como convulsiones, pérdida de peso y alteraciones del sistema nervioso, *situación que ha provocado cambios en el estado anímico de la paciente.*

3.2 Pregunta de investigación

¿Cómo influye el consumo de sustancias por parte de un hijo para el desarrollo del trastorno depresivo mayor en una paciente de 61 años?

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo General

Evaluar cómo influye el consumo de sustancias por parte de un hijo en el desarrollo de un cuadro depresivo en la paciente.

3.3.2 Objetivos Específicos

- Establecer el tipo de depresión que presenta la paciente por medio del proceso de evaluación psicológica.
- Optimizar las habilidades de expresión de emociones por medio de la inteligencia emocional.
- Analizar las repercusiones del consumo de sustancias por parte de un hijo en la dinámica familiar.
- Restablecer la funcionalidad de la paciente por medio de la terapia cognitivo conductual

3.4 Alcances y límites

Entre los alcances obtenidos en el estudio de caso de la práctica profesional dirigida, se logró que la paciente comprendiera el significado de estar deprimido, identificara los síntomas asociados a la depresión y la forma en que los pensamientos y las atribuciones que se dan a los problemas personales y familiares afectan el estado de ánimo.

Se obtuvo un aprendizaje sobre inteligencia emocional y asertividad en las relaciones, así como también el establecimiento de una rutina diaria de ejercicios y actividades recreativas.

El proceso terapéutico tuvo una duración de seis meses entre los cuales la paciente se ausentó una vez debido a la enfermedad de chikungunya, su constancia y perseverancia hicieron posible alcanzar los objetivos establecidos.

Dentro de las limitantes está no contar con un profesional de psiquiatría dentro del centro de asistencia social para que los pacientes que necesitan un acompañamiento médico puedan ser atendidos de manera integral dentro de la organización.

3.5 Método

La presente investigación se realizó mediante el método cualitativo y se dio como parte de la asignatura de sistematización de práctica profesional dirigida, de quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social.

El método utilizado para abordar la problemática de la paciente fue el cognitivo conductual que trata los esquemas, atribuciones, creencias y actitudes que afectan el estado de ánimo y que repercuten en la funcionalidad de la paciente.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización del estudio de caso

Datos generales

Nombre:	R.M.
Edad:	61 años
Fecha de nacimiento:	1954
Sexo:	femenino
Estado civil:	casada
Profesión:	Secretaria
Ocupación:	Ama de casa
Religión:	católica
Dirección:	Guatemala
Referido por:	
Fecha de inicio del proceso:	16 de Marzo 2016

I. Motivo de consulta

“Siento que lo necesito” (SIC)

II. Historia del problema actual

A inicios de febrero 2016 la usuaria ha perdido el interés por las actividades de la vida diaria, se siente triste sin deseos de salir, no disfruta como antes de ocuparse de su casa y de atender a su familia, incluso no le gusta salir ni al supermercado, le cuesta levantarse por las mañanas y siempre se siente cansada, ya no se siente con la energía como antes de que se presentaran estos *síntomas*.

Entre los factores precipitantes se encuentra el deterioro de la salud de su hijo mayor de 27 años quien consume alcohol y fuma marihuana, adicción al alcohol la ha tenido desde los 14 años, su abuelita paterna quien lo cuidaba desde niño era alcohólica y fue ella quien lo indujo a consumir cerveza y otras bebidas alcohólicas, se desconoce la fecha de inicio del consumo de marihuana. Entre los síntomas que presenta está el aumento de convulsiones, alteraciones del sistema nervioso y pérdida exagerada de peso, la usuaria presume que está delinquiendo debido a que a veces se presenta drogado sin que ninguno de la familia le hubiera proporcionado dinero.

La paciente refiere que le aflige pensar que ella podría morir debido a que no se siente bien de salud y su hijo no tendría un apoyo familiar para ayudarlo a recuperarse de su adicción y tampoco cuanta con dinero ahorrado para la rehabilitación de su hijo.

En el 2007 su hijo estuvo internado en un centro de rehabilitación en donde permaneció 3 meses, sin concluir su proceso de rehabilitación por decisión propia.

En el año 2013 estuvo internado en un centro de rehabilitación en donde permaneció 1 mes y 1 semana, sin lograr nuevamente terminar su programa de rehabilitación por decisión propia.

La familia de la usuaria está preocupada por la salud de R.M. Su cuñada quien es médico le sugirió buscar ayuda psicológica debido a que su estado de ánimo ya no es el mismo en las últimas semanas.

La nieta de la usuaria tiene temor que su tío le haga daño debido a que en una ocasión entro a la casa tirando todos los objetos que estaban a su alcance, gritando y peleando.

La relación con su esposo se ha deteriorado debido a que discuten porque él no está de acuerdo en seguir ayudando económicamente a su hijo y no le gusta tener problemas con los vecinos quienes se quejan que son víctimas de agresiones y no les gusta el mal ejemplo que les brinda a los niños y jóvenes del vecindario.

III. Historia Clínica

Personales no patológicos

Desarrollo prenatal y postnatal:

No hay acontecimientos de relevancia.

Desarrollo escolar:

No tenía complicaciones en adaptarse a la escuela, aunque le costaba hacer amistades.

Desarrollo Social:

A inicios de su edad adulta asistía a fiestas acompañada de su mamá, porque sola no tenía permiso, no tenía muchas amigas tampoco la visitaban porque a su mamá le molestaba recibir invitados.

Actualmente solo tiene una amiga a quién no visita frecuentemente, no le gusta ir de compras, tampoco le gusta visitar lugares públicos, y no disfruta de ninguna actividad social como fiestas o reuniones familiares.

Desarrollo psicosexual:

A los 23 años tuvo su primera relación sexual con el que ahora es su esposo, y tuvo su primer orgasmo luego del nacimiento de su último hijo.

Actualmente tiene 15 meses de no tener relaciones sexuales, duerme en cuartos separados con su esposo.

Historia médica:

No padece de ninguna enfermedad médica.

Antecedentes patológicos

Historia psicológica:

La paciente recuerda que en una ocasión pudo sentir los mismos síntomas que manifiesta en esta ocasión, sin embargo, no pudo recordar con precisión la fecha en que ocurrió. La mamá de la usuaria padeció de Alzheimer y depresión.

IV. Historia familiar

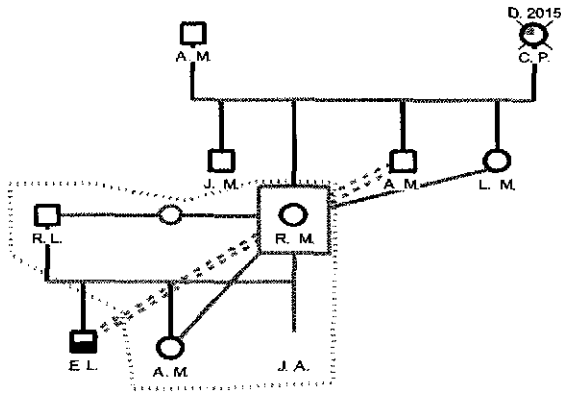
La paciente refiere que creció con su mamá y tres hermanos, de su hermano mayor se desconoce el paradero, la usuaria presume que se fue con la guerrilla, su segundo hermano vive en el extranjero pero no tiene comunicación con él ya que en una ocasión la golpeó, con su hermana menor tiene una buena relación aunque en la infancia no fue así.

Actualmente el núcleo familiar está compuesto por su esposo, su nieta y dos hijos que luego de separarse de sus parejas regresaron a vivir con ellos. Su hijo mayor no vive en casa de la paciente pero la visita frecuentemente ya que ellos le proveen de alimentos y dinero debido a que no tiene trabajo por su adicción al alcohol y drogas.

Genograma

Imagen No. 2

Genograma



Fuente: elaboración propia, octubre 2016

V. Examen del estado mental

La paciente presenta nivel de conciencia alerta, de aspecto limpio, vestida adecuada a la ocasión, su actitud es accesible y colaboradora. Estado afectivo triste, llora con facilidad. Orientada en tiempo, lugar y espacio.

Su lenguaje es coherente, fluido y con tono de voz suave, presenta capacidad de razonamiento con plena conciencia de acontecimientos pasados, recientes e inmediatos. Capacidad de introspección, no hay presencia de ideas homicidas o suicidas.

VI. Resultados de las pruebas:

Durante las pruebas R. M. se mostró colaboradora y abierta, pudo realizar las pruebas sin bloqueos.

Cuadro No.1
Pruebas e instrumentos aplicados

FECHA DE APLICACIÓN	PRUEBA APLICADA	INTERPRETACIÓN
6/4/2016	Inventario de la depresión de Beck	Estados de depresión intermitentes. Nota: una puntuación de 17 o más es un indicador de la necesidad de ayuda profesional. la usuaria tiene una puntuación de 18.
13/04/2016	Test de la persona bajo la lluvia	Dificultad para enfrentar una nueva tarea, para tomar decisiones, bloqueos, persona dependiente de presiones instintivas, siente presión, amenaza, tendencias autoagresivas o dolencias psicósomáticas, falta de defensas ante las amenazas de su ambiente.
20/4/2016	Test de la figura humana	Ansiedad, inseguridad, regresión, trastorno en

		las relaciones interpersonales relacionado con sentimientos de vergüenza y culpa, percepción vaga del mundo. Dificultad sexual. Deseo de contacto de relaciones. Persona con trastorno en el desarrollo senil.
27/04/2016	Test del árbol	Siente delicadeza o debilidad de energía, impresionabilidad al contacto con la realidad, deseos de superar sentimientos de inferioridad. Sensación de estar debajo de un peso, depresión, sumisión, resignación, inhibición y falta de desarrollo.
27/4/2016	Escala de evaluación de la discapacidad WHODAS	<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión y comunicación 38% • Capacidad para moverse a su alrededor 40% • Cuidado personal 25% • Relacionarse con otras personas 70% • Actividades de la vida diaria 44% • Participación en sociedad 38% <p><i>Análisis cualitativo:</i> Dificultad para relacionarse con otras personas.</p>

Fuente: elaboración propia, octubre 2016

VII. Impresión diagnóstica

La paciente tiene estado de ánimo decaído que ha prevalecido por más de 6 semanas, ha perdido placer por actividades que antes disfrutaba como cocinar, arreglar su casa o ir de compras, le cuesta levantarse de la cama y posterga bañarse hasta medio día, realiza las actividades, pero con mucho esfuerzo, llora constantemente y afirma que su vida no tiene sentido. El factor

precipitante de estos síntomas es el deterioro de la salud de su hijo mayor quien consume alcohol y marihuana, situación que está afectado emocionalmente a la paciente. La impresión diagnóstica apunta a un cuadro depresivo mayor por la duración y los síntomas manifestados en la historia clínica y los hallazgos de las pruebas aplicadas.

VIII. Diagnóstico DSM 5

296.31 (F33.0) Trastorno de depresión mayor episodio recurrente leve (160)

IX. Recomendaciones

Iniciar el plan terapéutico basado en el enfoque cognitivo conductual que le permitirá modificar creencias y pensamientos disfuncionales y sus manifestaciones en la conducta, disminuir los síntomas somáticos relacionados al cuadro depresivo, mejorar su autoestima, facilitar habilidades de comunicación por medio de la asertividad. Es necesario el acompañamiento farmacológico para reducir los síntomas somáticos, así como establecer un programa de actividades físicas.

X. Plan terapéutico

Terapia cognitivo- conductual la cual consiste en detectar los pensamientos automáticos negativos de los sujetos, analizarlos y cambiarlos racionalmente. La aportación que da este enfoque desde el punto de vista corporal es que las sensaciones que experimentamos son debidas a pensamientos automáticos. El tratamiento se encargará de la programación de actividades que comienzan a dar al paciente los refuerzos que necesita.

XI. Perspectiva terapéutica

La práctica se basará en dos principios:

La comunicación profesional entre terapeuta y paciente la cual debe ser directa, clara, concisa y oportuna a la situación.

Teorías o escuela que explica el caso:

Perspectiva cognitiva: Postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. Esta perspectiva sostiene que la persona depresiva exhibe un

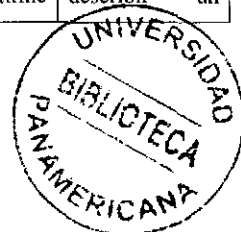
proceso de información inadecuado o especie de visión distorsionada, que da como resultado una visión negativa inconsciente de él, el mundo y el futuro. Según la perspectiva conductual la usuaria ha aprendido de manera inadecuada a percibir el mundo y se ha mantenido mediante una interacción entre el sistema cognitivo y los acontecimientos externos.

Modelo terapéutico

Cognitivo- Conductual: Se ocupa de la racionalidad, los procesos de pensamiento y la resolución de problemas. Se centra en las evaluaciones, atribuciones, sistemas de creencias y expectativas de los pacientes y los efectos que estos procesos cognitivos tienen sobre sus emociones y conductas.

Cuadro No.2
Presentación del plan terapéutico

Problema clínico	Objetivo	Técnica	Evaluación
Pérdida de placer en actividades de la vida diaria.	Dar a conocer las características que acompañan a la depresión.	A través del dialogo socrático se dará a conocer a la paciente el significado de la palabra depresión (sentimiento, estado de ánimo, condición clínica)	Mencione que significa para usted la palabra depresión. Logro: identificación de la depresión como un estado de ánimo.
Pensamientos irracionales que afectan el estado de ánimo.	Detener la escalada de pensamientos irracionales por pensamientos asertivos.	Debate de pensamientos irracionales como por ejemplo: todas las personas me deben de querer, debo sentirme triste cuando la gente que quiero le va mal, necesito la aprobación de las personas para sentirme	Describe dos pensamientos alternativos a los pensamientos irracionales. Logro: pudo describir un



		bien, etc.	pensamiento alternativo: no necesito la aprobación de todas las personas para sentirme bien
Visión absolutista y rígida que la paciente atribuye a los acontecimientos vividos.	Tomar consciencia de sus propios pensamientos que afectan la realidad de su entorno.	Clasificar sus experiencias en categorías (buenas, malas, todo o nada, perfecto o inútil) luego evaluar puntos intermedios como frecuencia, duración, temporada, etc. Esto ayudará a la paciente a encontrar que las situaciones no son generalizadas y que sí las observa detenidamente encontrará puntos intermedios.	Dinámica encontrando sustitutos de palabras Todo Siempre Tengo que..... Por palabras menos absolutistas. Logro: describió sin dificultades los sustitutos de palabras.
Los pensamientos negativos sobre sí misma, sobre el mundo y el futuro, que afectan el estado de ánimo.	Determinar cómo un evento desencadenante y la creencia que se tiene del evento afecta la conducta	Método ABC A: evento desencadenante. B: Creencia o el pensamiento que se tiene sobre el evento A. C: Es la consecuencia del pensamiento.	Describe verbalmente los aspectos positivos e interesantes del método ABC aprendido hoy.

			Logro: reconocimiento de las creencias sobre los acontecimientos como causal de la depresión.
Disminución de la capacidad física funcional para realizar actividades de la vida diaria	Crear un programa semanal de actividades placenteras que le ayuden a tener mejor estado de ánimo.	A través del dialogo se determinará actividades placenteras que puede realizar la paciente mediante un programa semanal de actividades, para favorecer rutinas que el ayuden a mejorar su estado de ánimo como por ejemplo leer un libro, escuchar música, rutina de ejercicios, entre otros.	Luego de poner en práctica por dos semanas el programa de actividades se evaluará la funcionalidad de la técnica mediante el registro semanal de actividades. Logro: a través del establecimiento del programa de actividades pudo ir recuperando su capacidad funcional.
Ausencia de metas	Trazar metas a	Por medio de la	Elaborar un

personales y planes a futuro.	corto y largo plazo que le permitan darle sentido a su vida.	formulación de preguntas se fomentará el análisis de la importancia de tener metas. ¿Qué son las metas? ¿Cómo trazarse metas puede ayudarle a superar la depresión? ¿Cuáles son los posibles obstáculos que tenga que enfrentar para alcanzar sus metas?	PNI (positivo, negativo e interesante) del desarrollo de la sesión. Logro: la usuaria se planteó la meta de planificar vacaciones con su esposo para diciembre 2016.
Dificultad en la expresión de sentimientos hacia su esposo e hijos.	Proporcionar herramientas para la expresión de pensamientos y sentimientos por medio de la asertividad	A través del dialogo socrático se guiará a la paciente hacia un razonamiento inductivo que la ayuden a pensar en los tres pasos de la asertividad elemental	¿Cuál de estas técnicas cree que es más funcional en su vida? Se le asignará poner en práctica alguna de las técnicas aprendidas durante la semana
Creencias negativas sobre sí misma que le hacen tener baja autoestima	Fortalecer los sentimientos de valía personal tales como confianza y	Autoexamen racional: Hacer tres listas con lo siguiente: Enumere los elogios que	De 1- 10 cuanto considera haber aprendido de sus fortalezas,

	respeto.	<p>recuerde haber recibido.</p> <p>Enumere las fortalezas que posee</p> <p>Enumere cosas que le hagan sentirte orgullosa</p> <p>Una vez que se tengan los listados reflexionar en lo siguiente:</p> <p>En los elogios recibidos enumere del 1 al 10</p> <p>¿Cuánto se cree el elogio?</p> <p>¿Qué pasaría si los creyera todos? ¿Qué cambiaría en su actitud?</p> <p>Frente al espejo resalte los aspectos positivos que logra observar en usted.</p> <p>Se proyectará el video la autoestima.</p>	<p>siendo 10 la nota más alta.</p> <p>Logro:</p> <p>valoración de 8</p>
Dificultad en el reconocimiento y manifestación de las emociones	Optimizar sus habilidades de expresión de emociones por medio de la inteligencia emocional	<p>Auto registros semanales, Termómetro de emociones.</p> <p>Pasos para poner en práctica la inteligencia emocional:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. detectar la emoción que hay detrás de los actos por medio de la autoobservación 2. Ampliar el vocabulario emocional (triste.... 	<p>Mencione dos actos realizados el día de hoy e igualmente mencione la emoción que hay detrás de ellos.</p> <p>Logro:</p>

		<p>Compungido, melancólico o herido)</p> <p>3. No dejarse engañar por apariencias emocionales, aprender a manejar el estrés, aprender el valor de los ejercicios y los métodos de relajación.</p> <p>4. No juzgar la forma en que se siente, identificar pautas en su vida y sus reacciones emocionales ante ellas.</p> <p>5. Reconocer sus fortalezas y debilidades.</p>	<p>1. ampliación del vocabulario “triste”</p> <p>2. Identificación de la intensidad de la emoción, usando el termómetro de emociones.</p>
--	--	---	---

Fuente: elaboración propia, octubre 2016

Cuadro No. 3
Presentación de las sesiones de seguimiento

Objetivo	Técnica
Conocer las estrategias empleadas para afrontar pensamientos y emociones relacionadas con su estado de ánimo.	A través de la entrevista y utilizando el dialogo se indagará sobre las técnicas puestas en práctica.
Establecer la relación de todos los aspectos del proceso terapéutico.	Autoanálisis por medio de la técnica del espacio catártico (se colocan tres sillas, 1. haciendo relación de cómo vine, 2. Lo que aprendí en el proceso y 3. cómo me voy)

Fuente: elaboración propia, octubre 2016

4.2 Análisis de resultados

Con base a los objetivos de la investigación se presentan los siguientes resultados:

Depresión mayor

Moreno y Blanco, (1999) afirman: “este tipo de depresión constituye una respuesta a algún proceso endógeno o interno. Se halla vinculada a alteraciones biológicas y la herencia genética puede influir predisponiendo a que la persona tenga facilidad biológica a sufrir un trastorno afectivo” (p. 28)

Según los indicadores de las pruebas aplicadas y los hallazgos identificados por medio de la entrevista se diagnosticó a la paciente con trastorno depresivo mayor episodio recurrente, según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5.

Expresión de emociones e inteligencia emocional

Goleman, (2002) afirma: “El término emoción se refiere a un sentimiento y a los pensamientos, los estados biológicos, los estados psicológicos y el tipo de tendencias a la acción que lo caracterizan” (p.182).

La inteligencia emocional es la capacidad de motivación propia, de regular el estado de ánimo, de controlar las manifestaciones impulsivas de emociones y de vencer la frustración y la angustia (Goleman, 2002). Por medio de la inteligencia emocional es posible gestionar y modificar el estado de ánimo, ampliar el vocabulario emocional y detectar la emoción que hay detrás de cada acto.

Por medio de la inteligencia emocional la paciente pudo fortalecer sus habilidades emocionales como *identificar y etiquetar sentimientos, evaluar la intensidad de los sentimientos, ampliar el vocabulario emocional* y mantener una actitud positiva la paciente pudo reconocer la relación existente entre pensamientos, sentimientos y conductas y lograr expresarlas de forma asertiva.

El consumo de sustancias afecta la dinámica familiar

El consumo de sustancias es una expresión que encierra el uso ocasional o el uso compulsivo de una sustancia.

Alonso, Barral y Casas (como se citó en Palomo y Jiménez, 2010) afirman: “es toda sustancia farmacológicamente activa sobre el sistema nervioso sea prescrita o no, que modifica la conducta de quien la consume” (p. 465)

Los cambios en el estado de ánimo de la paciente han provocado preocupación en la familia, quienes le sugirieron buscar ayuda psicológica para mejorar su condición. La nieta de la paciente tiene miedo de las reacciones de su tío ya que en una ocasión lo observó tirando objetos, gritando y peleando. La relación con su esposo se ha deteriorado debido a que discuten porque él no está de acuerdo en seguir ayudando económicamente a su hijo y no le gusta tener problemas con los vecinos quienes se quejan que son víctimas de agresiones y no les gusta el mal ejemplo que les brinda a los niños y jóvenes del vecindario.

A la paciente le aflige pensar que su hijo no logre recuperarse de su adicción, que su salud se deteriore aún más o que ella y su esposo no puedan apoyarlo económicamente y que cuando ambos mueran su hijo no cuente con una red de apoyo que le brinde la atención y cuidados que necesita.

Terapia cognitivo conductual

Según Beck (como se citó en Chinchilla, A. 2011) afirma:

La terapia cognitivo conductual es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado basado en el supuesto teórico subyacente de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo en que tiene dicho individuo de estructurar su mundo (p. 318)



A través de entrenamiento autónomo, aserción encubierta, entrenamiento asertivo y reestructuración de pensamientos se obtuvo reducción de síntomas psicológicos asociados a la depresión como pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y experimentar placer en las actividades de la vida por medio de un cambio en el sistema de creencias, atribuciones y expectativas de los problemas familiares que fueron precipitantes en el desarrollo del cuadro depresivo. Cambios en sus actividades diarias como por ejemplo realizar una rutina de ejercicios de Tai Chi por medio del programa municipal para personas de la tercera edad. Cambios conductuales como escuchar música, salir de paseo con su esposo, planear vacaciones y ocuparse de las tareas domésticas en casa, así como cambios en su higiene y arreglo personal.

Conclusiones

La depresión mayor se identifica por una serie de síntomas o características en común, sin embargo cada una de las personas que la manifiesta tiene una particularidad en función de su historia, su ambiente y su configuración biológica.

La exacerbación del cuadro de depresión mayor que afecta a la paciente constituye una respuesta a un acontecimiento externo denominado estresor como el consumo de sustancias por parte de su hijo, quien desde los catorce años inició la ingesta de alcohol y luego el consumo de marihuana.

Los síntomas que presenta la paciente como sentimientos de inutilidad, disminución de la capacidad para pensar, fatiga y pérdida de energía causan deterioro del funcionamiento en las áreas familiar y social que rebasan su capacidad de afrontamiento y resiliencia así como también la dificultad en el reconocimiento y expresión de emociones que le impiden responder eficazmente ante los conflictos familiares.

Se evidenció la eficacia de la terapia cognitivo conductual para detectar pensamientos automáticos, creencias, valoraciones y visiones del mundo que afectan la conducta; así mismo permitió la asignación y programación de tareas graduales para restablecer la funcionalidad de la paciente en distintas áreas.

Recomendaciones

Debido a la existencia de diversos factores que pueden afectar el desarrollo y mantenimiento de los avances de la terapia cognitivo conductual, es necesario hacer entrevistas de seguimiento para evaluar la disminución de síntomas físicos y psicológicos asociados a la depresión, mantener la red de apoyo familiar y social así como también llevar registros de los aspectos que afectan día a día el estado de ánimo.

Atender los conflictos familiares por medio de terapia familiar y de pareja para el restablecimiento de la dinámica familiar funcional.

El tratamiento de la depresión mayor debe ser integral esto significa abarcar las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y farmacológicas para mejorar el bienestar y restablecer la funcionalidad de la paciente.

La psicoeducación en pacientes con depresión mayor es necesaria para informar sobre los síntomas y riesgos que pueden aparecer en la paciente, también promover la autonomía, autocuidado y toma de decisiones ante los conflictos de la vida.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5*. Arlington: Editorial Panamericana.
- Becoña, E., Cortez, M., Arias, F., Barreiro E., Berdullas, J., Iraurgi, I.,.....Villanueva E. (2010) *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*. Valencia España: Impresores Martín.
- Chinchilla, A. (2011). *La depresión y sus Máscaras*. Buenos Aires Argentina: Editorial Panamericana.
- Goleman, D. (2002). *Inteligencia Emocional*. Barcelona España: Editorial Kairos.
- Hernandez, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. México. D.F: McGrawHill/Interamericana Editores, S. A.C.V.
- Massey, A. (2015). *Combate Rápido la Depresión*. Delegación Miguel Hidalgo México: Editorial Planeta Mexicana, S. A. de C. V.
- Moreno, P., Blanco C., (1999) *Cómo Superar la Depresión*. España: Editorial Argual.
- Moreno, R. (2015) *Entre el Consumo de Drogas y la Drogadicción*. Córdoba Argentina: Editorial Brujas.
- Ortiz, Margarita (2013) *Psicopatología Clínica Adaptado al DSM-5*. Madrid España: Editorial Pirámide.
- Palomo, T. y Jiménez M. (2010) *Manual del Residente de Psiquiatría*. Madrid España: Editorial Diapason.

Universidad Panamericana (2013) *Manual para Elaborar Opciones de Egreso*. Guatemala: Universidad Panamericana.

Volkow, N. (2008). *Las drogas, el Cerebro y el Comportamiento: La Ciencia de la Adicción*. Publicación NIH No. 08- 5605 (S).

Zarragoitia, I. (2011). *Depresión Generalidades y Particularidades*. Habana Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

Anexos

Anexo 1

Tabla de Variable

Nombre Completo: Velvet Loydee Escobar Ramirez

Título de la Sistematización: Estudio de caso: Trastorno depresivo mayor en una paciente debido al consumo de sustancias por parte de un hijo, atendida en el Centro de Asistencia Social CAS

Carrera: Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social.

Problemática	Variable de estudio (Tema a investigar)	Sub temas de la variable de estudio	Pregunta de investigación	Objetivo General	Objetivos Específicos
1. Estado de ánimo deprimido, disminución en sus actividades, letargia, anhedonia y sentimientos de inutilidad.	Trastorno depresivo mayor y consumo de sustancias por parte de un hijo.	1. Depresión mayor	¿Cómo influye el consumo de sustancias por parte de un hijo para el desarrollo del trastorno depresivo en una paciente de 61 años?	Evaluar cómo influye el consumo de sustancias por parte de un hijo en el desarrollo del trastorno depresivo en una paciente de 61 años.	1. Establecer el tipo de depresión que presenta la paciente por medio del proceso de evaluación psicológica.
2. Visión generalizada y absolutista que la paciente atribuye a los problemas		2. Inadecuada expresión de emociones, Toma inasertiva de			2. Optimizar sus habilidades de expresión de emociones por medio de

familiares y dificultad en la expresión de sentimientos.		decisiones, falta de inteligencia emocional.			la inteligencia emocional.
3. El problema del consumo de sustancias por parte del hijo ha provocado conflictos conyugales.		3. Uso, abuso y dependencia de drogas y repercusión en la dinámica familiar.			3. Analizar las repercusiones del consumo de sustancias por parte de un hijo en la dinámica familiar.
4. Baja autoestima y Disminución de la capacidad física funcional para realizar actividades de la vida diaria.		4. Autoestima y salud mental deteriorada.			4. Restablecer la funcionalidad de la paciente por medio de la terapia Cognitivo conductual.