



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

**Estudio de caso: Mujer de 32 años con Trastorno Depresivo Persistente,
asociado a episodios de abuso sexual y violencia intrafamiliar, atendido en el
Centro Casa de la Mujer de la Municipalidad
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)**

Heisel Patricia Leiva Juárez

Guatemala, mayo 2020

**Estudio de caso: Mujer de 32 años con Trastorno Depresivo Persistente,
asociado a episodios de abuso sexual y violencia intrafamiliar, atendido en el
Centro Casa de la Mujer de la Municipalidad**
(Sistematización de Practica Profesional Dirigida)

Heisel Patricia Leiva Juárez

M.A. Doris Cuellar (Asesor)

M. Sc. Ana Cecilia Negreros García Salas (Revisor)

Guatemala, mayo 2020

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

Secretaria General EMBA Adolfo Noguera

Autoridades Facultad de Humanidades

Decano M.A. Elizabeth Herrera de Tan

Vice Decano M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

Coordinadora de Egresos M.A. Edith Manzano

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, febrero año 2020.

En virtud de que el presente Informe de Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Estudio de caso: Mujer de 32 años con Trastorno Depresivo Persistente, asociado a episodios de abuso sexual y violencia intrafamiliar, atendido en el Centro Casa de la Mujer de la Municipalidad”**. Presentada por el (la) estudiante: **Heisel Patricia Leiva Juárez**, previo a optar al grado Académico Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


M.A. Doris Cuéllar
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, marzo 2020.

En virtud de que la presente Tesis con el tema: “Estudio de caso: Mujer de 32 años con Trastorno Depresivo Persistente, asociado a episodios de abuso sexual y violencia intrafamiliar, atendido en el Centro Casa de la Mujer de la Municipalidad”. Presentada por el (la) estudiante: Heisel Patricia Leiva Juárez 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. Ana Cecilia Negreros García Salas
Revisora



UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, abril 2020. -----

En virtud que la presente Sistematización de Practica Profesional Dirigida con el tema "**Estudio de caso: Mujer de 32 años con Trastorno Depresivo Persistente, asociado a episodios de abuso sexual y violencia intrafamiliar, atendido en el Centro Casa de la Mujer de la Municipalidad**" presentado por el (la) estudiante **Heisel Patricia Leiva Juárez**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejera 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.*

Contenido

Resumen		i
Introducción		ii
Capítulo 1 Marco de Referencia		
1.1	Antecedentes	1
1.2	Descripción	1
1.3	Ubicación	1
1.4	Organización	1
1.5	Organigrama	2
1.6	Visión	3
1.7	Misión	3
1.8	Programas establecidos	3
1.9	Justificación de la Investigación	3
Capítulo 2 Marco Teórico		
2.1	Trastorno Depresivo Persistente	5
2.1.1	Comportamiento Depresivo	6
2.2	Violencia física, sexual y verbal	7
2.2.1	Abuso Sexual	9
2.2.2	Secuelas del abuso sexual	10
2.3	Violencia Intrafamiliar	11
2.3.1	Maltrato en el entorno familiar	12
2.3.2	Dificultad para establecer relaciones sociales	13
Capítulo 3 Marco Metodológico		
3.1	Planteamiento del problema	15
3.2	Pregunta de investigación	15

3.3	Objetivo General	15
3.4	Objetivos Específicos	16
3.5	Alcances y límites	16
3.6	Metodología	17
Capítulo 4	Presentación de Resultados	
4.1	Sistematización de Estudio de Caso	18
4.1.1	Datos Generales	18
4.1.2	Motivo de Consulta	18
4.1.3	Historia del problema actual	19
4.1.4	Estresores o factores precipitantes	19
4.1.5	Historia Clínica	20
4.1.6	Historia Familiar	21
4.1.7	Examen del estado mental	22
4.1.8	Resultados de pruebas	23
4.1.9	Impresión Diagnóstica	28
4.1.10	Diagnóstico según DSM V	29
4.1.11	Recomendaciones	29
4.1.12	Plan Terapéutico	30
4.2	Análisis de Resultados	32
	Conclusiones	35
	Recomendaciones	36
	Referencias	37
	Anexos	
Lista de Imágenes		
Imagen No. 1	Organigrama del Centro de la Mujer	2
Imagen No. 2	Genograma Familiar	21

Lista de Cuadros

Cuadro No. 1	Pruebas Aplicadas	23
Cuadro No. 2	CAQ	26
Cuadro No. 3	Resultados de Whodas 2.0	27
Cuadro No. 4	Plan Terapéutico	30

Resumen

En el camino de la profesión de salud mental existen varios tipos de trabajo, por lo que se elaboró un proceso de práctica con sistematización que es el contenido de todo lo que se trabajó con el caso de estudio de la práctica profesional dirigida.

En el marco de referencia, se describe la información del centro de práctica, antecedentes, descripción del centro, la ubicación, la organización, el organigrama, la visión y misión del centro, los programas establecidos y la justificación de la investigación.

En el marco teórico, se menciona la base teórica del fundamento de investigación, se define que es el trastorno depresivo persistente, seguido de las características biopsicosociales en el desarrollo de Erikson, el comportamiento depresivo, la violencia física, sexual y verbal, el abuso sexual, las secuelas del abuso sexual, la violencia intrafamiliar, el maltrato en el entrono familiar y la dificultad para establecer relaciones sociales.

En el marco metodológico, se observan varios puntos importantes de la investigación, que nos lleva a conocer más a fondo sobre el tema escogido, estos puntos son, el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, el objetivo general, los objetivos específicos, los alcances y límites y se expone la metodología de la investigación, el método que se utilizó para realizar el trabajo de investigación y de esta manera lograr obtener los resultados correctos.

En la presentación de resultados, se menciona la sistematización de estudio de caso, en donde se conoce la información del paciente, datos generales, motivo de consulta, historia del problema actual, los estresores o factores precipitantes, historia clínica, historia familiar, examen del estado mental, resultados de las pruebas aplicadas, impresión diagnóstica, diagnóstico según el DSM V, plan terapéutico y se finaliza con las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Introducción

El abuso sexual es un tema recurrente, las mujeres son víctimas del abuso sexual, al igual que los hombres o los niños o los ancianos, dañan la integridad de la persona, tras haber vivido un acontecimiento de este tipo las personas quedan más vulnerables, tienen dificultades de expresar sus les cuesta expresar sus emociones y sentimientos, se convierten en personas que sienten culpa de lo sucedido, frustración, dolor, resentimiento, deseos de venganza hacia él agresor, dañan su entorno familiar y social, dejándolos con daños físicos y mentales.

La violencia intrafamiliar es el tipo de violencia que se origina dentro del núcleo familiar violencia dentro del círculo de la familia, es decir entre padre, madre, hermanos, primos, tíos, abuelos o cualquier familiar que viva o conviva en el mismo hogar, la mujer por temor a que es un familiar cercano no comenta con nadie que está siendo víctima de violencia intrafamiliar en donde hay violencia física, sexual, verbal, emocional, psicológica, que daña a la persona.

Muchas veces las personas sean mujeres u hombres no conocen sobre sus derechos, y del daño que le esta ocasionando el ser víctimas de la violencia, los daños son significativos debido a que quedan lesiones físicas y mentales. Hoy en día la ayuda de un profesional para lograr superar estos malos acontecimientos es mayor debido a que la victimas buscan ayuda para poder salir de las situaciones en la que están viviendo, que es soledad, aislamiento, y los recuerdos que los perturban día con día.

Tras esta investigación se da a conocer la problemática de la paciente, lo que nos lleva a realizar un proceso terapéutico en donde se evidencia información importante del paciente, dando a conocer su historia, con una entrevista, historia clínica su motivo de consulta, se elaboran pruebas en donde se da el diagnóstico y se continua con el plan terapéutico para lograr la superación del paciente.

Capítulo 1

Marco Referencial

1.1 Antecedentes

Este centro fue donado a la Municipalidad de Guatemala por el Club de las Mujeres Altruistas en el año 2008, donde lo recibió doña Teresa Riso, con el nombre de Centro de capacitación de la Mujer, se implementaban diversas actividades, como manualidades, corte y confección, floristería, etc. En el 2017 se realizan cambios en el lugar de capacitaciones y pasa a llamarse Centro de la Casa de la Mujer de la Municipalidad de Guatemala, cumplen con la finalidad de incrementar los valores, principios y los derechos de la mujer, se desarrollan diferentes talleres para incentivarlas y se elaboran manualidades, se brinda apoyo a las señoras con ayuda psicológica, legal y médica.

1.2 Descripción

La Casa de la Mujer zona 3, es un centro de capacitación que brinda varios servicios a personas de diferentes sexo, edad y religión, contando con instalaciones cómodas para las asistentes, cuenta con varios programas en los cuales busca la integración de los derechos igualitarios.

1.3 Ubicación

La Casa de la Mujer zona 3, se encuentra ubicada en la 12 calle 2 – 51 zona 3 Colonia Orantes.

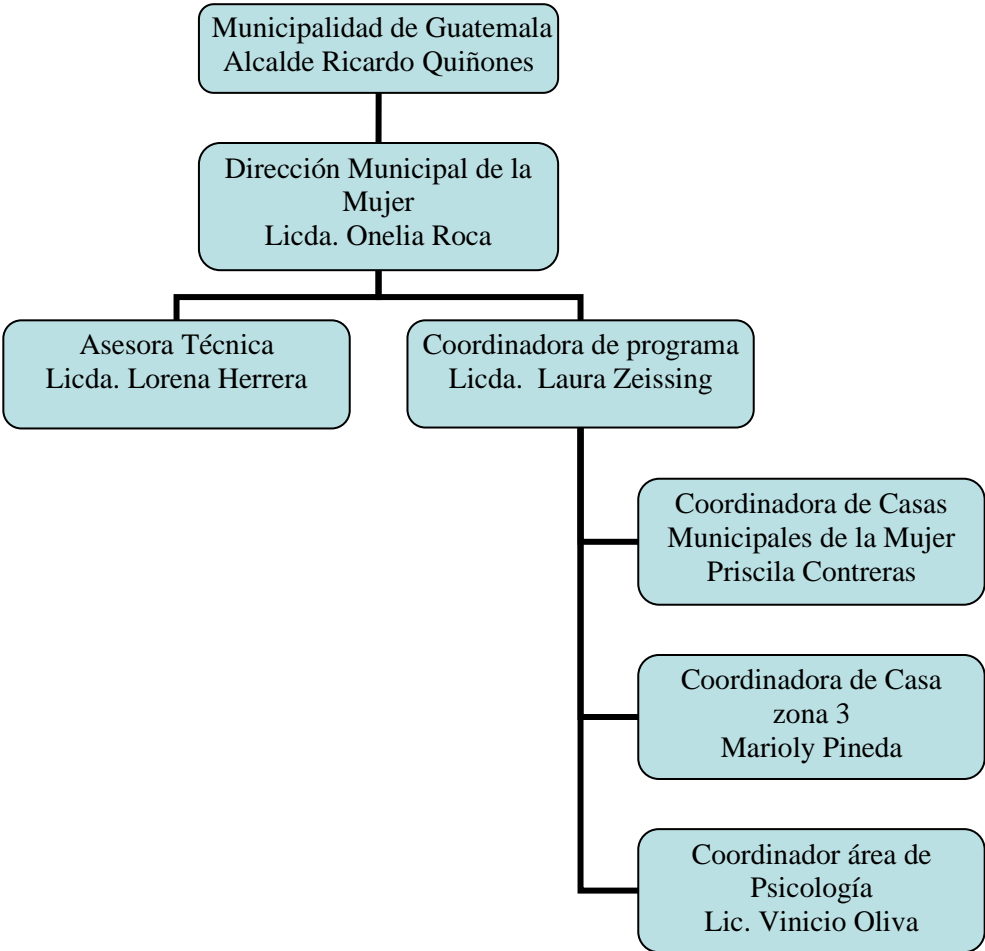
1.4 Organización

La Casa de la Mujer de la zona 3, se rige bajo la autoridad de la Municipalidad de Guatemala, encabezada por el Alcalde Capitalino Licenciado Ricardo Quiñones, a través del programa de la

Dirección Municipal de la Mujer quien es la encargada de realizar las diferentes programas impartidos bajo cada una de las Casas Municipales, conformado por la Licenciada Onelia Roca, quien es la directora del programa, la Licenciada Lorena Herrera, quien funge el papel de asesora técnica junto con la coordinadora del programa la Licenciada Laura Zeissing.

1.5 Organigrama

Imagen 1
Organigrama Centro de la Municipalidad de la Mujer



Fuente: Municipalidad de la Mujer (2018)

1.6 Visión

Una Dirección Municipal multidisciplinaria, fundamentada en el trabajo en equipo, que promueve de manera permanente acciones afirmativas de las mujeres desde un enfoque integral e influyente, fortaleciendo su empoderamiento para la toma de sus decisiones y el ejercicio pleno de su ciudadanía.

1.7 Misión

Una Dirección conformada por un equipo multidisciplinario que implementa programas desde la perspectiva de género, que favorece las relaciones igualitarias y equitativas entre mujeres y hombres de la Ciudad de Guatemala.

1.8 Programas establecidos

La Dirección Municipal de la mujer a través de la Casa de la Mujer se realiza los siguientes servicios, se brinda asesoría legal, consulta médica, atención psicológica, técnicas de relajación, se imparten diferentes talleres, charlas, conversatorios y alfabetización.

1.9 Justificación de la Investigación

En el presente trabajo de investigación es fundamental mencionar que se atendieron a varias personas en la Municipalidad de la mujer, en donde a cada una de ellas se les dio el abordaje adecuado para cada uno de los problemas que atraviesan, en esta investigación se conoció a detalle el caso de la paciente de 32 años, a quien se diagnosticó con trastorno depresivo persistente, que según el DSM V (2013). Dicho trastorno es una depresión tipo crónico, con síntomas como la baja autoestima, fatiga, poco apetito, el desinterés por las cosas, la falta de superación, cada uno de estos síntomas son los que afectan a la paciente haciendo que este

trastorno dañe el comportamiento habitual de la mujer.

En este trabajo se consiguió analizar como el comportamiento habitual de una mujer de 32 años, es perjudicado debido a la violencia sexual e intrafamiliar que ha sufrido, explicando como la violencia física, sexual y verbal que ha sufrido la persona está dañando su entorno social y familiar.

Dentro de los requisitos de cierre de pensum de la facultad de Humanidades de la Universidad Panamericana de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social, fue necesario en el 5to año de estudios, realizar la práctica Profesional Dirigida, para lo cual se llevó a cabo en el Centro de la Casa de la Mujer de la Municipalidad de Guatemala, en coordinación con el Licenciado Vinicio Oliva, quien es el psicólogo encargado del centro dicha práctica, este proceso tuvo una duración aproximadamente de 9 meses las que sumaron un total de 350 horas realizadas.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Trastorno depresivo persistente

De acuerdo con el DSM V (2013), el trastorno depresivo persistente, es una depresión tipo crónico, con síntomas como la baja autoestima, poco apetito el desinterés por las cosas, la falta de superación, entre otros, síntomas que afectan a la persona, debido a que ha sufrido episodios fuertes en su vida, haciendo que este trastorno dañe el comportamiento habitual de la persona.

DSM V (2013) define:

El trastorno depresivo persistente es un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presenta más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años, en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año. (p. 108)

La presencia del trastorno depresivo persistente no solo afecta a las mujeres si no que afecta a hombres, niños, ancianos, es un trastorno que se da por algún acontecimiento fuerte que la persona a vivido, uno de los síntomas es la falta de interés por las cosas, no concilia el sueño, la persona experimenta sentimientos de culpa, de inseguridad, no quiere el afecto de sus seres queridos por el mismo temor que le dejó al haber vivido un evento traumatizante.

La persona con este tipo de trastorno es una persona que padece de tristeza, fatiga, ansiedad, miedo, inseguridad, sin deseos de superación, sin metas, sin ganas de salir adelante, se descuida en su aspecto físico, se aleja de las personas, de modo a que se acostumbra a la soledad, y puede

llegar a pasar días, meses o incluso hasta años, para que la persona se dé cuenta de lo que está viviendo y de esta manera buscar ayuda psicológica.

2.1.1 Comportamiento depresivo

Bosqued (2005) afirma: “La persona deprimida ve el mundo de manera diferente, y en consecuencia, se comporta también de forma distinta, respecto de cuando no estaba deprimida, cambian sus actitudes y su comportamiento” (p.18)

Las personas pueden reaccionar de diferentes maneras ante el comportamiento depresivo, muchas de las personas se aíslan de sus seres queridos o de sus amistades, afectando así su entorno familiar y social, muchos de los que sufren este trastorno tiene pensamientos negativos, es cuando se encierran en una burbuja y no quieren salir de ella, dejando atrás su comportamiento habitual.

Ybarra et al (2015), según la base teórica elaborada por Beck (1991) menciona:

Una persona puede ser vulnerable a la depresión debido a que tiene pensamientos disfuncionales, los cuales pueden permanecer latentes por muchos años (previos a, y entre episodios depresivos), pero pueden ser activados por estresores ambientales. Los pensamientos disfuncionales se refieren a sentirse desesperanzado o carente de afecto, insertos en esquemas que la persona emplea para interpretar sus experiencias. Cuando los esquemas se activan, cualquier situación remotamente relacionada auto valía o la aceptación social se interpreta como una prueba de desesperanza o carencia de afecto. (p.67)

Si bien el comportamiento depresivo daña a la persona, no la deja avanzar ya sea en su vida diaria o en su proceso personal, volviéndola más vulnerable a los actos, llevando con ella pensamientos

de tristeza, soledad, inseguridad, la falta de autoestima, la depresión llega debido a una mala vivencia, tras vivir este episodio la persona puede buscar ayuda ya sea años después o a la semana del suceso, para que la ayude a salir de la burbuja en que se encuentra.

Bosqued (2005) afirma: “La depresión surge de una manera real y objetiva o que el sujeto los ha vivido de forma negativa subjetivamente, aunque para la otra persona no tuviera ese mismo significado negativo” (p. 21)

Se debe prestar atención a la persona y a su comportamiento depresivo, debido a que muchos individuos, no creen estar presentado un episodio depresivo, la gran mayoría de gente con este trastorno andan con pensamientos negativos, que nos los deja aceptar la situación en la que están viviendo, debido al suceso vivido que haya sido muy traumático para cada individuo, de esa forma será el nivel de depresión que presentará.

Beck (1991) define: “A fin de eliminar la depresión, se deben cuestionar los pensamientos disfuncionales, eliminarlos y reemplazarlos por otras interpretaciones más constructivas de las experiencias” (p. 67)

Se debe de convertir los pensamientos negativos en positivos, recordando todo aquello que la persona recuerde con gran amor y felicidad, para que los pensamientos negativos, malos, sean reemplazados y así la persona pueda sobre llevar el dolor causado por este trastorno.

2.2 Violencia física, sexual y verbal

Núñez de Arco y Carvajal (2004) afirma: “Violencia física es la agresión al cuerpo producida por, golpes empujones, puñetazos, jalones de pelo, mordeduras, patadas, palizas y quemaduras, lesiones por estrangulamiento lesiones por armas cortopunzantes, lesiones por arma de fuego y otras agresiones” (p.48)

La violencia es una conducta incorrecta en las personas, que lastimosamente en nuestra sociedad la mayoría de la gente la viven y sienten como algo cotidiano y normal, esto debido a las costumbres y formas de educación que tuvieron los individuos, ya sea por haber vivido algún tipo de violencia en su etapa de crecimiento o también porqué aun inculcan el machismo en la mayoría de los niños. Esto conlleva a que la mayoría de las mujeres que sufren de algún tipo de violencia sea por una de estas causas que son las más comunes.

Perrone y Nannini (2010) menciona: “Sea cual fuere la violencia que el terapeuta deba tratar, tomar en consideración las características expuestas, facilita la empatía necesaria para trabajar con estos complejos, problemas humanos” (p.95)

Núñez de Arco y Carvajal (2004) indica:

La violencia sexual es la afectación en el ámbito de la sexualidad humana producida por actos como, manoseo, acoso sexual, pedidos de relación sexual, y observaciones lesivas, agresión sexual, y/o sexo forzado, y la violencia psicológica, es el dolo producido en la esfera psíquica como, aislamiento, celos excesivos, agresividad, hostigamiento verbal, degradación verbal y humillación, control económico y financiero, acosamiento, acecho, amenaza de muerte, amenazas con armas, amenazas de dañar a personas cercanas, amenazas de quitar a los niños y otras tácticas de tortura emocional. (p.48, 49)

Pueden existir varios tipos de violencia, pero las que más resuenan o se conocen son, la violencia física, cuando la mujer es golpeada por cualquier objeto o por cualquier aspecto extremo de otra persona ocasionando algún tipo de lesión en la mujer; la violencia sexual, cuando la mujer sufre algún tipo de trauma o golpe derivado del abuso sexual sufrido; la violencia verbal, cuando se denigra con palabras despectivas para lograr hacer bajar su autoestima provocando problemas psicológicos en la mujer.

2.2.1 Abuso Sexual

Núñez de Arco y Carvajal (2004) menciona:

El abuso sexual es un acto de violencia donde la fuerza física o la intimidación son empleadas por una persona en contra de otra, para que participe en actos sexuales a los que no dio consentimiento. Implica actos sexuales, pero no se limita al género, al tipo de relación entre víctima y agresor, al método o al arma utilizada u oficio involucrado. Es importante considerar cada uno de los elementos de esta definición. (p.237)

El abuso sexual es cuando se es sometido a la fuerza a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, a este abuso se le conoce como violación. Este tipo de abuso es común en las adolescentes y niñas ocasionando que se sientan inseguras, frustradas y con miedo, las víctimas deben ser tratadas para volver a generar confianza en la persona y evitar que el daño progrese hasta el punto de provocar consecuencias mayores.

Urra (2014) indica:

Un 20 por 100 de las mujeres adultas sufrieron una violación completa. El 40 por 100 de las víctimas de violación sufren lesiones extra genitales, y el 54 por 100 de ellas buscan tratamiento médico. El 75 por 100 sostiene no sufrir ningún trauma físico. Las víctimas de mayor edad tienen más probabilidad de sufrir lesiones genitales que las jóvenes. En un 15 por 100 sufren enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el sida. En un 5 por 100 de los casos se produce un embarazo. Un buen porcentaje sufre lesiones físicas, pues es usual que se utilice la fuerza y armas para cometer la agresión. (p.71)

Adicional este abuso puede generar enfermedades a la mujer afectada, las cuales tendrán consecuencias en el futuro en su salud y en las labores diarias, estos problemas deberán ser tratados en su momento para brindar el apoyo y ayuda necesaria para reinsertar nuevamente a la mujer en la sociedad.

2.2.2 Secuelas del abuso sexual

De acuerdo con Perrone (2010), quien ha sufrido el abuso sexual permanecerá en un intenso estado de shock, en donde las emociones se encuentran alteradas, la víctima podrá mostrar una dependencia afectiva respecto al abusador durante un largo periodo, justificará el abuso sexual como abusivo y experimentará sentimientos de culpa y de confusión. La víctima habrá vivido una experiencia de amenaza, de sumisión con un sentimiento de injusticia de vergüenza, de indignidad, los atentados a la identidad y a la autoestima habrían sido profundos y dolorosos y habrá dejado como secuelas desordenes psíquicos, son muy frecuentes los estados de disociación, despersonalización al igual que los problemas de orden sexual y de relación.

Urta (2014) menciona:

En las secuelas del abuso sexual se muestra irritabilidad, desconfianza, alerta excesiva, embotamiento afectivo, disfunciones sexuales y capacidad disminuida para disfrutar de la vida, lo que dificulta el establecimiento de relaciones de pareja. La vivencia erótica, aun deseada, puede constituirse en una situación evocadora del trauma experimentando. También puede haber un bloqueo en la captación y en la expresión de sentimientos de ternura, además, puede tener tendencia a evitar situaciones potencialmente atractivas, como viajar, salir de noche o relacionarse con amigos. Durante mucho tiempo, puede tener dificultad para relajarse (sobre todo al inicio de una relación al anticipar el contacto sexual). También puede desarrollar trastornos de ansiedad generalizada y trastornos de fóbicos.

Puede llegar a ser diagnosticada como enferma de diversas patologías, depresión, abuso de alcohol, desorden obsesivo compulsivo y síndrome de estrés post traumático. (p.76, 77)

Las secuelas del abuso sexual van a depender de cada persona, en el caso de las mujeres, no todas toman de la misma forma un abuso sexual, al momento de sufrir este tipo de violencia las mujeres pueden sufrir traumas psicológicos que generen cambios en su comportamiento como, la falta de superación, la baja autoestima, depresión, la falta de confianza en ella misma, culpabilidad, inseguridad, rencor, desmotivación y algunas veces el odio hacia la persona que la agredió, deseos de venganza. De no tratarse a tiempo este problema, puede ocasionar mayores daños en la persona ya sea en su salud o en su estado mental, y en algunos casos hasta la muerte.

Aldana (2012) menciona:

El trauma psicológico implica tener sentimientos intensos de miedo, desprotección y sensaciones de aniquilación, estos sentimientos provocan una desorganización del funcionamiento mental y la sensación de pérdida de control sobre los eventos que se presentan, donde se da una pérdida o distanciamiento del contacto emocional con otros y el sentimiento de relaciones interpersonal. (p.82)

Estas pueden ser pérdidas de control de la persona, no dejándola actuar correctamente, debido a que se encuentra en un estado de shock, que paraliza todos sus pensamientos positivos, convirtiéndolos en pasamientos negativos, afectando el entorno en que vive ya sea familiar, laboral, etc.

2.3 Violencia Intrafamiliar

Núñez de Arco y Carvajal (2004) afirma:

La violencia intrafamiliar, es una forma de violencia que transcurre dentro del hogar y que puede ser de tipo físico, sexual y psicológico. Aunque es la forma de violencia más común, varios estudios han demostrado que no existe una relación directa con el nivel de educación y la condición socioeconómica de las familias, por lo que se podría pensar, que se trata de un fenómeno en el que intervienen aspectos culturales, circunstanciales e históricos, propios a los sujetos implicados en la problemática. (p.46)

La violencia intrafamiliar es el tipo de violencia que ocurre entre hermanos, padres, tíos, primos o cualquier familiar que viva o conviva en el mismo hogar. la violencia se puede dar entre padres, padres e hijos, entre madre y tío hermano y primo, abuelos, nietos. Muchas veces se desconoce de los derechos que se tienen tanto las mujeres como los niños y los ancianos y es por eso por lo que prevalece la violencia intrafamiliar.

Caballo (2007) menciona:

Las relaciones familiares por su naturaleza deberán ser modelo de protección sólida y de generosidad, basado todo ello en el amor y el afecto entre los miembros que componen la familia. Sin embargo, son múltiples los factores individuales y ambientales que pueden anular los afectos y transformarlos en sentimientos negativos, capaces de conducir a unas relaciones familiares hostiles e, inclusive, violentos. (p.50)

Este es el tipo de violencia que posiblemente tiene mayor porcentaje de recurrencia en Guatemala, en algunos casos se vive, pero no lo notan, debido a que la mujer por temor a que es un familiar cercano no comenta con nadie que sufre violencia.

2.3.1 Maltrato en el entorno familiar

De acuerdo con Cantón y otros (2013), los sistemas familiares, que considera a la familia como un sistema social compuesto de los subsistemas, matrimonial, padres, hijos y hermanos, cada uno de los cuales influyen y es influido por los otros. Lo que lleva a cambios de actitudes de parte de cada uno de los miembros de la familia, el maltrato familiar puede ser de padres a hijos, de hijos a padres, entre hermanos entre tíos, primos, etc.

Núñez de Arco y Carvajal (2004) indica: “Un individuo puede jugar los roles de maltratado y de maltratador en diferentes momentos de su vida, y aún en una misma época, según las relaciones de poder recíprocas establecidas entre los integrantes de núcleo familiar” (p.49)

De acuerdo con lo mencionado en la violencia intrafamiliar, el maltrato en el entorno familiar es de igual forma en el círculo familiar que viva o conviva en el hogar. El maltrato puede ser de distintas formas, puede ser físico, verbal, sexual, emocional, psicológico. Este tipo de conducta da como resultado generar rencor y odio hacia el círculo familiar, así como rechazo y búsqueda de escapar del entorno donde está recibiendo maltrato, también genera una conducta de violencia en la mujer, que se deberá tratar con un proceso terapéutico para poder cambiar su conducta y su trato hacia las demás personas, ya que este maltrato genera daño emocional y físico en la mujer. Aun cuando no exista un círculo familiar en donde un cónyuge conviva con su mujer, este se considera como entorno familiar, así que cualquier tipo de maltrato que reciba por parte de él, es considerado como maltrato familiar.

2.3.2 Dificultad para establecer relaciones sociales

Caballo (2007) indica: “Las relaciones sociales es la conducta considerada apropiada en una situación puede ser, obviamente, inapropiada en otra. El individuo trae también a la situación sus propias actitudes, valores y creencias, capacidades cognitivas y un estilo único de interacción” (p.4)

Esto se deriva de sufrir cualquier tipo de violencia, ya que la mujer sufre daños emocionales que al no ser tratados profesionalmente ocasionan este tipo de secuelas, como puede ser el alejarse de las personas que la rodean. Dañando sus relaciones con los demás, debido a que sus habilidades sociales las cuales han cambiado, volviéndose más agresiva y negativa.

Gil y León (2015) comenta:

Presentan así mismo otras limitaciones, como son la dificultad de reflejar de forma adecuada en cada ítem las distintas situaciones, o la imposibilidad de evaluar los componentes moleculares de las conductas. No obstante, resultan medios sumamente prácticos para conocer de forma general las autopercepciones de los sujetos, la intensidad de sus problemas y los cambios que se van produciendo a lo largo de una intervención terapéutica. (p.43)

Se debe trabajar en el daño sufrido por la mujer para reinsertarla nuevamente en la sociedad, y poder apoyarla en que se logre desenvolverse con normalidad dentro de su entorno, siempre cumpliendo los pasos respectivos para lograr recuperar el aspecto de su relación social junto con sus habilidades.

Kelly (2002) afirma:

En la medida que un individuo interactúe satisfactoriamente con otros, recibirá cada vez más la relación social positiva, y llegará a calificar de forma positiva su propio yo. En cambio, cuando las relaciones con otras personas significativas se caracterizan por la ansiedad, la frustración de necesidades o la relación social negativa, la autoevaluación del individuo será, en consecuencia, negativa, distorsionada y regresiva, por tanto, constructos tales como la autoestima o el auto concepto están determinados por las relaciones interpersonales que un individuo recibe en el curso de su desarrollo. (p.26)

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

El abuso sexual y la violencia intrafamiliar es un problema muy común en nuestro país, las secuelas que deja este tipo de violencia se vuelve detonante de diversos trastornos, el trastorno depresivo persistente es un padecimiento tipo crónico, con síntomas como la baja autoestima, el desinterés por las cosas y la falta de superación, debemos ayudar a las mujeres víctimas de abuso sexual y víctimas de violencia intrafamiliar, aportándoles herramientas para contrarrestar la experiencia sufrida, que se den cuenta de lo importante que son en la sociedad, fortaleciendo su personalidad, logrando así buenos resultados.

En este trabajo se pretende analizar cómo el comportamiento habitual de una mujer de 32 años es dañado debido a la violencia sexual e intrafamiliar que ha sufrido, explicando cómo la violencia física, sexual y verbal que ha sufrido viene a perjudicar su entorno social y familiar.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cómo el comportamiento habitual de una mujer de 32 años es dañado debido a la violencia sexual e intrafamiliar que ha sufrido?

3.3 Objetivo general

Analizar cómo el comportamiento habitual de una mujer de 32 años es dañado debido a la violencia sexual e intrafamiliar que ha sufrido.

3.4 Objetivos específicos

- Explicar cómo se manifiesta el comportamiento depresivo de una mujer de 32 años, debido a episodios de abuso sexual.
- Explicar cómo la violencia física, sexual y verbal que ha sufrido la persona está dañando su entorno social y familiar.
- Analizar cómo la violencia intrafamiliar y el abuso sexual afecta el comportamiento habitual de la persona.

3.5 Alcances y límites

Se logró que se comprendiera el significado del trastorno depresivo persistente, que se da por diferentes acontecimientos vividos, con síntomas como la ansiedad, baja autoestima, logrando que la paciente dejara atrás el sentimiento de culpa, superando lo sucedido, mejorando su actitud en su entorno social y familiar, se realizaron diferentes técnicas donde se le enseña a expresar sus sentimientos y emociones, y de esta forma poder controlar el miedo que siente, se realizaron talleres en donde se logra la motivación. Obteniendo resultados favorables con una buena autoestima y superación personal.

Entre las limitantes se puede mencionar, la negatividad que presentó la paciente al momento de la terapia, mostrándose inquieta, triste, ansiosa por el miedo a no poder olvidar el acontecimiento vivido, en las primeras tres sesiones que se realizaron fueron difíciles, no colaboró, solo se culpaba de lo sucedido, negándose a recibir ayuda, haciendo una barrera entre el terapeuta y el paciente, no expresando lo que verdaderamente sentía y lo que le había sucedido.

Al pedir que relatara el evento sucedido la paciente lo evadía o en ocasiones miraba hacia abajo y comenzaba un fuerte llanto que no le permitía continuar con su relato, la resistencia de la paciente fue notoria, la falta de interés evidente en las primeras sesiones demostrando que no quería

ayuda, el proceso psicológico se llevó a cabo durante 9 meses continuos, se realizaron 22 sesiones de 45 minutos cada una.

3.6 Metodología

La investigación se realizó con el método cualitativo debido a que se fundamentó en el estudio de caso de una mujer de 32 años, quien fue atendida en el Centro Casa de la Mujer de la Municipalidad, fue referida para recibir terapia psicológica por haber sufrido abuso sexual y violencia intrafamiliar, se realizaron veintidós sesiones, obteniendo resultados favorables, el enfoque que se utilizó para este caso de estudio fue el modelo Cognitivo Conductual, este modelo ayuda a modificar el pensamiento logrando hacia un cambio en la conducta; obteniendo el resultado con la paciente a que pueda visualizar situaciones exigentes con mayor claridad y responder a ellas de forma más efectiva. La conductual, ésta ayuda a llegar al pensamiento y conducta que está viviendo la persona, también se utilizó el psicoanálisis en donde se estudió el comportamiento humano.

Se utilizó el método inductivo, es decir que va desde un caso clínico particular para llegar a conclusiones generales, tipo de investigación cualitativa - descriptiva, utilizamos como técnica el estudio de caso y la sistematización, durante la entrevista se realizó la historia clínica, el examen mental, se utilizaron varias pruebas proyectivas menores y mayores para evaluar a la persona y obtener el diagnóstico correcto que llevó al trastorno depresivo persistente, en donde se elaboró un plan terapéutico correspondiente al caso de estudio, dándole un el seguimiento y concluir con éxito el caso asignado por el centro.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización de estudio de caso

4.1.1 Datos Generales

Nombre:	B.J
Sexo:	Femenino
Fecha de Nacimiento:	08 de octubre de 1985
Edad:	32 años
Escolaridad:	1er. Grado primaria
Profesión:	Ninguna
Ocupación:	Ama de casa
Lugar de trabajo:	No trabaja
Religión:	católica
Dirección:	-----
Teléfono:	-----
Referido por:	E.J
Fecha del inicio del	
Proceso Terapéutico:	22/02/2018

4.1.2 Motivo de consulta

La paciente refiere: “Quiero superar todo lo malo que me ha pasado, siempre me siento triste”

4.1.3 Historia del problema actual

B.J refiere que su estado de ánimo es siempre el mismo, se siente triste por todo lo malo que le ha pasado desde que era niña. A los 10 años fue violada por su tío, a los 13 años fue violada por su primo, B.J decide contarle a su madre las dos veces que fue violada pero su madre nunca le creyó, la paciente comenta que su madre no estuvo con ella y no tuvo apoyo. A los 14 años sus padres deciden separarse y la paciente se va con su padre porque con él se llevaba bien, dejo de estudiar debido a que nunca ganó 1ero primaria, a los 16 años la paciente regresa a vivir con su madre, después del fallecimiento de su padre. A los 18 años siente un fuerte dolor en el pecho, le dicen que mataron a su hermano menor, era el único que decía quererla, ella sintió que ya no podía más del dolor y el llanto. Logra continuar con su vida y conoce a su primer novio el cual solo duraron 3 meses porque su madre cada vez que la paciente quería verlo ella le pegaba.

Ante esta situación B.J presenta sentimientos de tristeza, inseguridad y frustración, manifiesta que su problema ha afectado sus relaciones interpersonales, en especial con su madre, hermana y su hija. B.J no logra conciliar el sueño debido a la mayoría de los recuerdos de cuando fue abusada sexualmente, la pérdida de su padre y de su hermano y la angustia que no consigue trabajo para poder mantener a su hija.

4.1.4 Estresores o factores precipitantes

No logra superar el evento traumatizante que vivió, la pérdida de su padre y de su hermano, eso la hace sentir insegura, desconfía de las personas, el que no consigue trabajo, su madre es quien mantiene a la paciente y a su hija. Esto le ocasiona mucho malestar y la lleva a reconocer que necesita ayuda profesional. A los 23 años la paciente empieza a trabajar en una cafetería, conoce a un señor mayor que le gusta mucho, él la invita a salir y ella le dice que sí. Al transcurrir el tiempo meses la paciente se da cuenta que la madre está embarazada; la paciente decide decirle a la pareja de la mamá, pero él no quiere tener al bebe.

La relación con su madre es distante, siempre la hace de menos, le dice que no se arregla, que no vale nada, que parece vieja. La compara con su hermana, diciéndole que ella si la ayuda económicamente y tiene una vida estable, la relación con su hermana es distante, hostil por la misma diferencia que su madre ha generado entre ellas. Todo esto le afecta a la paciente, dice no tener apoyo de su familia, solo quiere sacar adelante a su hija para que no viva lo que ella vivió. B.J nunca ha hablado con nadie hasta que ya no pudo más y decidió buscar ayuda.

4.1.5 Historia clínica

Historia prenatal, fue el segundo embarazo de la madre, completo el periodo de los 9 meses de gestación, su nacimiento se desconoce detalles sobre el mismo, sin embargo, no se nota mayor problema del paciente, la evolución neuropsíquica, la evolución del lenguaje se desconoce detalles sobre el mismo, así mismo no se nota mayor problema de la paciente. Su desenvolvimiento escolar, la paciente cursó la primaria en Grupo Escuela Centro Americana refiere que no fue una buena alumna, se lamenta por no seguir estudiando, la sacaron de la escuela debido a que repitió 3 veces primero primaria y desde ahí dejó de estudiar, en el desenvolvimiento social no se considera una persona sociable, no es amistosa y se aleja de los demás; la paciente desconfía mucho de los hombres, por esa razón prefiere no hablar con las personas. La paciente refiere que en sus trabajos pasados le cuesta comunicarse con sus compañeros y por eso se siente sola y alejada.

En la adolescencia indica la paciente que no fue de muchos amigos, a los 18 años fue su primera relación de noviazgo. Su madre no dejaba que saliera con su novio y le pegaba, a raíz de eso se volvió rebelde, no le gustaba relacionarse mucho con personas, dice la paciente “siempre hemos sufrido de muchas carencias económicas”. La paciente no podía arreglarse como las demás, no tenía dinero ni para comer. BJ recuerda su adolescencia como una etapa dura en su vida.

En su adultez la paciente comenta que empezó a trabajar cuando tenía 22 años en un comedor de la Policía Nacional Civil, su relación con sus superiores fue agradable, pero siempre se alejó de sus compañeros por miedo a ser rechazada, a los 23 años trabajó en una cafetería china en la zona

Estructura familiar, la familia de B.J de 32 años de edad, está conformada por su madre E.J de 57 años y la hija de la paciente de 9 años de edad. Los miembros anteriormente mencionados viven juntos. La paciente tiene una hermana llamada S.J de 37 años de edad su relación es distante al igual que con sus dos sobrinas, el hermano menor de la paciente falleció. La situación socioeconómica de la familia es baja. La vivienda en donde vive la paciente, con su madre e hija es un cuarto pequeño y sencillo y únicamente con un baño.

Antecedentes familiares, referente a los padres de B.J, la relación de la madre con el padre era de discordia y conflicto, se separaron porque era insoportable la situación entre ellos. La paciente se fue a vivir con su padre, hasta que falleció. B.J no recuerda la fecha en que murió su padre, la relación con su padre era armoniosa cercana, lo quería mucho, la relación de la paciente con su madre, es distante, hay violencia verbal. La paciente dice que siente que su madre no la quiere, que solo a su hermana mayor quiere, ella es su orgullo. La relación de la paciente con su hermana es distante hostil, no la quiere ver, la relación con sus sobrinas y cuñado es distante. B.J dice seguir sintiendo dolor por la pérdida de su hermano menor que falleció a la edad de 15 años, lo mataron saliendo de trabajar. Con su hermano tenía una relación amistosa cercana, lo quería mucho; refiere tener mucho dolor por todo lo que ha tenido que pasar desde niña. Se siente sola, insegura, impotente, quiere superar todo esto. Su hija es quien le alegra los días pero cuando ve que no tiene dinero para comprarle sus cosas, la paciente se molesta y se siente incapaz de sacar a su hija adelante. La relación con ella es amorosa cercana y tiene una buena comunicación.

4.1.7 Examen del estado mental

Su nivel de conciencia fue adecuado con su relato, por momentos bajaba la mirada y su concentración durante toda la sesión fue inadecuada. Tiene dificultad para concentrarse en el tema. Su complexión es mediana, su piel es morena, su aspecto es descuidada y se observó poca higiene y arreglo personal, falta de sueño y bajo apetito; mantuvo contacto visual, su postura fue con los hombros caídos, se mostró todo el tiempo colaborador, tensa a la hora de contar sus

historias, ansiosa, lenta al momento de relatar su historia, amable; por momentos buscó aprobación y se le notó inquieta y evasiva durante la sesión.

En relación al pensamiento de la paciente es coherente, la evasión es constante, aunque con contenido lógico, hay preocupaciones que interfieren con atención, concentración y sueño. Sabe que tiene dificultades, no sabe cómo enfrentarlas y evade aspectos específicos. Respecto a su conducta motora, sus movimientos fueron lentos y congruentes con la situación, no se observó ninguna dificultad. La expresión facial fue congruente con su relato, fue expresiva, ella habla con llanto y con volumen bajo. La orientación fue adecuada en tiempo, persona, espacio. Respecto al lenguaje este fue poco fluido, con habla escasa en ocasiones.

En algunos momentos se le dificultó comprender ciertos conceptos y relacionarlos, sin embargo, le cuesta usar buenos términos. La memoria inmediata y remota fue satisfactoria, en juicio práctico se observó que le cuesta tomar decisiones, sobre sus pensamientos padece de temores y de afectividad. También se observó tendencia a evadir dificultades y a mostrar emociones, en lo afectivo siente enojo, tristeza, por momentos siente pánico, culpa, miedo a que le hagan daño y ansiedad.

4.1.8 Resultados de pruebas

Durante las pruebas la paciente B.J se mostró ansiosa, avergonzada y un poco incomoda porque pensó que era de escribir, la paciente no puede leer ni escribir, mantuvo una conducta poco expresiva, concentrada, colaboro y las finalizó en un tiempo promedio.

Cuadro 1
Pruebas Aplicadas

PRUEBAS E INSTRUMENTOS APLICADOS	FECHA DE APLICACIÓN
1. TEST DE LA FIGURA HUMANA	22/03/2018

2. TEST DEL ÁRBOL	12/04/2018
3. TEST DE LA FAMILIA	26/04/2018
4. TEST PERSONA BAJO LA LLUVIA	26/04/2018
5. CAQ	03/05/2018 y 24/05/2018
6. ESCALA DEPRESIÓN DE BECK	07/06/2018
7. WHODAS	05/07/2018
8. TAT	19/07/2018 y 02/08/2018

Fuente: elaboración propia (2018)

Test de la figura humana, la prueba muestra, una fantasía compensatoria de grandeza presenta sentimientos de inadecuación, sentimientos de inferioridad retraimiento de sentirse rechazada, infravaloración de la imagen parental, también presenta sentimientos de inadecuación, tendencia e inseguridad. Tiene actitud de ataque, presenta timidez, bajo nivel energético, represión, persona con depresión, desubicación. Agresión, temores de despersonalización, muestra ansiedad, inseguridad, área de conflicto, regresión, a veces tiene conducta y buen comportamiento, mantiene una barrera entre la persona y el ambiente, necesidad de aislamiento y de protección frente a las presiones externas.

La prueba proyecta necesidad de sustento, dependencia, falta de autoconfianza, siente que está realizando esfuerzos en su vida y al mismo tiempo ve su meta inalcanzable, busca satisfacciones en la fantasía y no en la realidad, presenta tendencia a la tensión. Proyecta expresión de ansiedad en relacione interpersonales, relacionado con sentimientos de vergüenza y culpa. Tendencia a

encerramiento frente al mundo. Concentración de su propia realidad interna, negación, manifiesta un dolor profundo. Se observa conflicto sexual, generalizada forzada, esfuerzo por ganar aprobación, conducta mas guiada por lo instintivo que por lo intelectual. Necesidad agresiva dirigida al exterior, ambición, tensión en los contactos sociales, agresividad reprimida, desconecto con estructura somática, vivencia de debilidad o fragilidad corporal.

Test del árbol, se proyecta en la prueba relación con lo espiritual, en el sentido amplio, intelectual, ético, religioso, ideal, conciencia supra individual, denota energía, mando o brutalidad, indica calma, inseguridad, predominio de la razón, frialdad por exterior, claridad. También se observa orgullo, vanidad o deseo de superación del sentimiento de inferioridad, significa estar desarraigado, fluctuación, falta de apoyo o de estabilidad, menor movilidad psicológica aun hasta física representa sensibilidad interior cubierta por rigidez, frialdad exterior, traumas íntimos, vulnerabilidad interior, inhibición, dificultad de contacto de adaptación, conflictos con el ambiente, protección, apoyo, falta de confianza en sí, desconfianza en los demás, temor. Presenta fantasía, entusiasmo, dulzura, imaginación, comprensión afectica, sentido de la forma, presentación, reserva domesticación, afecto, obsesión, utilidad, rendimiento. Hay interés por un resultado inmediato, deseo de triunfo, deseo de mostrar su capacidad. Mundo infantil, mordacidad.

Tendencia a encerramiento frente al mundo, concentración de su propia realidad interna, negación, manifiesta un dolor profundo. Se observa conflicto sexual, esfuerzo por ganar aprobación, conducta guiada más por lo instintivo que por lo intelectual. Necesidades agresivas dirigidas al exterior, ambición, tensión en los contactos sociales, agresividad reprimida, descontento con estructura somática, vivencia de debilidad o fragilidad corporal.

Test persona bajo la lluvia, el resultado de la prueba muestra timidez, aplastamiento, inseguridad, temor, presenta sentimientos de inadecuación, sentimientos de inferioridad, transmite sensación de encierro o incomodidad, también transmite sencillez, introversión, humildad, falta de vitalidad, economía, avaricia y una inadecuada percepción de sí misma, persona ubicada en el

espacio. Equilibrio, objetividad, control de sí misma, reflexión, buen uso del espacio. Buena representación de su esquema corporal.

Fuerza, vitalidad, razonador y capacidad de análisis. Representa evolución de agresividad, expresa verbalización previa, excusas, disculpas y una gran dificultad para enfrentar una tarea, para tomar decisiones. Posee pobreza intelectual, falta de riqueza imaginativa, está dispuesta a enfrentar al mundo, se observa un comportamiento presente con un alto monto de ansiedad, le resulta difícil planificar la tarea, bajo nivel de tolerancia a la frustración, se observa en esta prueba los conflictos sexuales muy marcados en la adolescencia presenta dificultad en las relaciones interpersonales o con figuras de autoridad con una gran confusión de ideas.

Test de la familia, se proyecta en la prueba conflictos emocionales presentados en el área, pulsaciones poderosas, audacia, violencia con determinación de salir adelante, con instintos primordiales de conservación de la vida, se puede asociar con depresión y apatía, significa lo concreto lo sólido, se encuentra ubicada en contacto con la realidad, se asocia con pensamientos de inferioridad, inseguridad, timidez retraimiento o depresión, percibe el ambiente como amenazante, se observa sentimientos intensos de inadecuación intelectual, preocupación por rendimiento académico con medidas compensatorias, preocupación por rendimiento académico intelectual. No quiere oír cosas del exterior, relación con inmadurez, impulsividad y controles internos.

Cuadro 2
CAQ

ESCALA	PUNTUACIÓN DIRECTA	DECATIPO
D1	10	9
D2	12	10
D3	6	3
D4	8	6
D5	10	8

D6	14	8
D7	10	9
Pa	16	10
Pp	12	4
Sc	6	7
As	14	7
Ps	10	8

Fuente: elaboración propia (2018)

Resultados cualitativos, la prueba denota que B.J es sensata, evita implicarse en algo ilegal o rompa las normas, la estructura básica de la personalidad, preocupación por la salud, los desarreglos y las funciones corporales, insatisfecha de la vida, acoge pensamientos autodestructivos, evita situaciones con riesgo poca necesidad de excitación, se observa tensa, desmañada, manejo algo perturbable, sueños molestos, preocupada sin energía para actuar, sentimientos de intranquilidad, es autocrítica se acusa de los errores, sentimientos de culpabilidad, evita contactos interpersonales, no se halla comfortable, con los demás. La prueba indica que existe una tendencia a que B.J se sienta perseguida, controlada o maltratada, tiene impulsos repentinos o incontrolados, se aleja de la realidad, le molesta las ideas repetitivas, insistente o hábitos compulsivos, es tímida con pensamientos de inferioridad.

Escala depresión de Beck, los resultados de la escala muestran una severa depresión. Whodas, presenta dificultad en el dominio 4 y 6 que evalúa las relaciones con otras personas.

Cuadro 3
Resultados de Whodas 2. 0

D1 Comprensión y comunicación	50%	Presenta dificultad
D2 Capacidad para moverse en su entorno	60%	Presenta dificultad

D3 Cuidado personal	0	No presenta dificultad
D4 Relacionarse con otras personas	68%	Presenta dificultad
D5 Actividades de la vida diaria	19%	No presenta dificultad
D6 Actividades de la vida diaria debido a su condición física	50%	Presenta dificultad
D7 Participación en la sociedad	72%	Presenta dificultad

Fuente: elaboración propia (2018)

TAT, los resultados de la prueba proyectan a una persona que busca salir adelante, principalmente tratando de superar sus propios problemas ante los cuales proyecta sentimientos de tristeza, desconfianza, dolor, angustia, preocupación, esto debe de ayudar a la persona para que se dé cuenta en los sentimientos que está proyectando en este momento. Se proyectaron sentimientos de tristeza, desconfianza, dolor, angustia, preocupación, se busca superarlos a veces se siente impotente e indecisa y no encuentra la solución a sus problemas. Se evidencia necesidad de ser querida, aceptada, por las demás personas, quiere ser independiente, desea olvidar cosas del pasado, e intenta tomar sus propias decisiones.

Los conflictos más significativos que se proyectaron fueron, la falta de respeto que sufría la paciente de parte de su familia, la alta inseguridad en sí misma, la desconfianza en los hombres, desánimo. También se observa preocupación hacia las personas cercanas a ella. Experimenta frustración, ansiedad por la privación y por el temor de ser rechazada por las demás personas que la rodean, la figura masculina está ausente. La figura femenina es vista como frágil, poco confiable. Posee un súper yo que se mueve entre apropiado y severo, en algunas ocasiones incongruente.

4.1.9 Impresión diagnóstica

B.J quiere superar todo lo malo que ha vivido, ha mostrado mucho interés por salir adelante, cuando empezó su proceso terapéutico la paciente manifestó perturbación, y tensión, ansiedad, temor, tristeza debido a problemas del ambiente que le dificultan superarse, así como también la propia incapacidad para lograr superar los recuerdos desagradables vividos. La paciente percibe falta de apoyo significativo de parte de su familia, sobre todo de la madre, está sola e impotente para afrontar los conflictos, se siente insatisfecha con la vida y sin el hecho de no cumplir en una forma satisfactoria su rol de madre, de hija, de hermana, tía, le preocupa no tener energía para actuar. Básicamente resiente la falta de apoyo de los padres en su vida.

También le produce conflicto su separación de hace varios años, el no conseguir trabajo le provoca desesperación. Todo lo que ha vivido le causa perturbación en sus relaciones interpersonales, especialmente en las relaciones de pareja, dice no creer en los hombres. La paciente es consciente de que sus procesos de pensamiento son poco estructurados e incompletos, todo esto provoca en ella sentimientos de culpa, miedo, inseguridad, los cuales también se vieron repetidamente proyectados en las pruebas realizadas. La paciente también se muestra optimista, confiada, ha mejorado su aspecto físico, se siente más segura de ella misma, sabe que podrá salir adelante, que logrará superar las experiencias desagradables que ha vivido.

4.1.10 Diagnóstico según DSM V

Trastorno Depresivo Persistente 300.4 (F34.1)

4.1.11 Recomendación

Se recomienda que la paciente continúe con su proceso psicoterapéutico y utilizando la técnica de relajación y el modelo cognitivo conductual logrando así una modificación en un su pensamiento y comportamientos en su vida cotidiana, alcanzando así el control de sus emociones y ansiedad.

Aplicar las técnicas aprendidas en terapia para combatir la depresión, la frustración, la inseguridad, la culpa y el resentimiento que la paciente aún continúa experimentando.

Combinar técnicas de la relajación esto ayudara a la paciente en el momento que se encuentre ansiosa o que sienta un profundo dolor, cuando no pueda dormir.

4.1.12 Plan Terapéutico

Cuadro 4
Plan Terapéutico

Problema Clínico	Objetivo	Tipo de intervención y técnica	Recursos	Observaciones y duración
Trastorno Depresivo Persistente	Lograr que la paciente recuerde todo bueno que ha vivido, dejando atrás las malas vivencias. Lograr establecer buenas emociones y sentimientos, trabajar en su crecimiento personal, para que pueda desempeñarse correctamente.	Se utilizarán técnicas de cognitivo-conductual que se enfocarán en sanar la depresión.	Se utilizará la clínica del centro.	Dichas técnicas serán aplicadas en 6 sesiones, se ensayarán en consulta y se asignarán tareas para casa.
	1. Que la paciente logre conectarse con su presente, con lo que la rodea.	Discutir con la paciente los puntos importantes de su vida, que mencione como se ve de aquí a dos años, dejando el pasado, viviendo en el presente y con	Hoja de información, cartulina donde dice pasado, presente y futuro, goma, marcador.	

		planes en el futuro.	
	2. Lograr que la paciente supere sus miedos y sus temores.	A través de una dramatización en donde la paciente realice y exprese sus temores y sus miedos.	Fichas con diferentes situaciones donde este el miedo y los temores.
	3. Que la paciente logre establecer un plan de vida.	A través de pensamientos, graficas, trabajar con la paciente diferentes áreas de su vida, y de esta forma estructure un plan de vida.	Cartulina, bolitas de papel, marcadores.
	4. Lograr que la paciente exprese sus emociones y sentimientos.	Por medio de dibujos y con un espejo la paciente tendrá que hacer las emociones en el espejo y expresar sus sentimientos.	Espejo, marcadores.
	5. Que la paciente logre establecer límites y reglas en su vida personal.	Discutir con la paciente el significado de límites y reglas, luego se hará un ejercicio en donde tiene que decir donde se aplica los límites y donde se aplican las reglas.	Marcadores, lápiz, hoja, crayones.
	6. Que la paciente logre integrarse a nuevos retos, proyectos para su vida.	Discutir con la paciente con sobre los nuevos retos que tiene para su vida, hacer una ficha en donde digan las actividades del centro que más le llaman la atención e invitarla a que asista para que lograr tener nuevos retos.	Marcadores, lápiz, hoja, crayones.

Fuente: elaboración propia (2018)

4.2 Análisis de Resultados

Abuso sexual y el trastorno depresivo persistente, Núñez de Arco y Carvajal (2004) menciona:

El abuso sexual es un acto de violencia. Aunque cualquier crimen puede resultar en una crisis emocional, la intensidad de la crisis es mayor en los casos de las violaciones. (p. 237)

DSM V (2013) afirma: “En este trastorno se agrupan el trastorno depresivo mayor crónico y el trastorno distintico del DSM IV”. (p. 108)

Se comienza un procesó terapéutico con la paciente, es referida al centro por abuso sexual, en la primera sesión se elabora la entrevista se conoce su historia y después de tres sesiones se realizan pruebas proyectivas menores y mayores, en donde se evalúa; luego se hace el diagnóstico, el cual es trastorno depresivo persistente, este trastorno es crónico con síntomas como la falta de apetito, no concilia el sueño y desanimo, la paciente buscó ayuda debido a que se siente triste por todo lo que ha vivido desde que era niña.

Impacto del abuso sexual, Urra (2014) indica: “Puede ser directa con contacto físico sobre la víctima, y que abarca desde tocamiento hasta a penetración o bien de forma indirecta, la acosa observándola a ella cuando se baña o se viste” (p.70)

A través del proceso terapéutico se conocieron las emociones y sentimientos de la paciente, expresando dolor, tristeza, angustia, inseguridad, culpa, todas estas emociones y sentimientos son a causa del acontecimiento vívido, la paciente al ser víctima de abuso sexual cambió su comportamiento habitual en el entorno social y familia.

Tras un proceso terapéutico las víctimas de abuso sexual pueden llegar a enfrentar lo sucedido en su vida, dejando atrás los malos recuerdos y de esta manera trabajar en su autoestima, en tener

confianza en sí misma para logra enfrentar el día a día con las herramientas de vida que se le presenten.

Violencia física, sexual y verbal, Núñez de Arco y Carvajal (2004) menciona: “Todos los delitos violentos provocan la indignación popular, pero aún más los de carácter sexual. Conceptual como legalmente los delitos sexuales son de diversa índole y gravedad, pero se los toma a nivel popular como único” (p.241)

Esto con lleva que la mayoría de las mujeres sufran de algún tipo de violencia, que sea por una de estas causas que son las más comunes, en el abuso sexual la paciente sufrió la violencia física, dejándole daños físicos en su cuerpo, la violencia sexual debido a que fue contra su voluntad, la violencia verbal, el agresor insultaba a la paciente, intimidándola y humillándola a tal grado de hacerla sentir que no valía nada, dejándole secuelas del abuso sexual y traumas.

La violencia intrafamiliar puede empezar en el hogar aquí es en donde se aprende la violencia, los padres gritan o incluso llegan a los golpes, se puede decir que se le hereda a los hijos debido a los patrones de crianza, ellos pueden ser víctimas de la violencia o incluso ellos ser los que agreden a las personas y se puede dar en el hogar en el trabajo o incluso en la escuela, haciendo que esto afecte todo su entorno social.

Violencia Intrafamiliar, Núñez de Arco y Carvajal (2004) afirma: “Desencadena habitualmente agresiones físicas, sexuales o de otra índole, de parte de un familiar (habitualmente de mando) hacia otra persona (habitualmente la esposa), causándole daño físico y/o psíquico y vulnerando su libertad” (p. 47)

La violencia intrafamiliar se da en el hogar un miembro de la familia sea padre, madre, hijo, abuelos, hermanos, tíos, primos o cualquiera que vivía en el mismo contexto, agrede a la persona con insultos, golpes o actos sexuales está siendo víctima de la violencia intrafamiliar, muchas mujeres no quieren aceptar que están viviendo este tipo de violencia, no quieren aceptar que están siendo agredidas por su esposo o por su madre o por sus hijos, lo que las lleva a callar.

Para cada una de estas personas que están sufriendo violencia intrafamiliar suele ser duro, en muchas ocasiones es doloroso y se enfrentan a varias emociones, el descubrir que un familiar que uno ama está dañando verbal o físicamente a otro ser amado, estas personas pueden sentir culpa, confusión, negación es por ellos que permiten la violencia intrafamiliar en su hogar,

Podemos mencionar algunas de las causas por la cual se da la violencia intrafamiliar, algunas de ellas son la falta de afecto, el manejo inadecuado del consumo de sustancias como el alcohol, las drogas, esto provoca que la persona se vuelva agresiva, muchas veces los agresores viene de hogares en donde los maltratan y ven la violencia como algo normal, en estos casos es donde se debe de hablar con el agresor para hacerle entender que el está ocasionando violencia y que debe ser tratado por un terapeuta.

Conclusiones

La depresión se manifiesta en la vida de una persona luego que se ha vivido experiencias difíciles, en este caso fue el abuso sexual desde la niñez y violencia familiar que sufrió la paciente en donde se vio dañado el pensamiento, sus emociones y su comportamiento y por lo cual se derivaron síntomas que llevó al diagnóstico de trastorno depresivo persistente.

Debido a la falta de comunicación de las familias, baja autoestima de los miembros de la familia en el hogar, el abuso indebido de consumo de sustancias puede provocar el maltrato intrafamiliar, esto lleva a los hijos a tener un mal ejemplo, de acuerdo a la formación que se le da en casa, estos llegan actuar en la sociedad de acuerdo a lo aprendido, afectando su entorno social y familiar.

La falta de apoyo de los familiares de la paciente, junto con las agresiones vividas de sus familiares, daña el comportamiento habitual de la persona, afectando sus relaciones sociales, haciendo a la paciente más vulnerable ante cualquier situación, y sufriendo de emociones y sentimientos de culpa, frustración, inseguridad tras vivir el suceso.

Recomendaciones

Debido a que la paciente continúa con ayuda psicológica, la ayudará a controlar la depresión, se utilizarán técnicas que la hagan olvidar todo lo malo que vivió, y de esta manera poder controlar y expresar lo que siente, ayudándola a recuperar su comportamiento habitual empezando por su relación con sus familiares y luego sus relaciones sociales.

Es necesario utilizar el modelo cognitivo conductual, para contribuir a que la persona pueda visualizar situaciones exigentes con mayor claridad y responder a ellas de forma más efectiva, ayudará a llegar al pensamiento y a la conducta que el individuo está teniendo y con esto a que continúe con su vida diaria con mejor actitud y con un comportamiento más funcional logrando que mejore su entorno social y familiar.

La información sobre el trastorno depresivo persistente este no solo afecta a las mujeres si no que afecta a niños, hombres y ancianos, y este se da debido a un evento doloroso vivido. Se debe tener conocimiento de este trastorno para que el individuo o alguien más pueda identificarlo y evitar que se desarrolló y buscar ayuda profesional.

Referencias

- Aldana Alfaro, J. (2012). *Análisis interdisciplinario de las diversas formas de violencia contra la mujer* (1ª. ed.). Guatemala: Editorial Cara Parens.
- Beck, A., & Rush, J., & Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la depresión*. (19ª. ed.). España: Editorial Desclee.
- Bosqued, M. (2005). *Vencer la depresión, técnicas psicológicas que te ayudaran*. España: Editorial Desclee.
- Caballo V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. (7ª. ed.) Madrid: Editorial Siglo xx.
- Cantón, D, J., & Cortes, A, M., & Díaz, J, M., & Cantón, C, D. (2013). *Violencia doméstica, divorcio y adaptación psicológica*. (1ª. ed.). Editorial Pirámide.
- Erikson, H, E. (1985). *El ciclo vital completado*. (1ª. ed.). Buenos Aires: Editorial Paipas.
- Gil, F. & León Rubio, J.M. (2015). *Habilidades sociales teoría, investigación e intervención*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Kelly, J. (2002). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. (7ª. ed.). España: Editorial Desclee.
- Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. (2013). (5ª. ed.). México: Editorial Medica Panamericana.
- Núñez de Arco, J., & Carvajal, H.E. (2004). *Violencia Intrafamiliar, abordaje integral a víctimas*. (1ª. ed.). Editorial Tupac Katari.

Perrone, R., & Nannini, M. (2010). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Urza Portillo J. (2014). *SOS... Víctima de abusos sexuales*. Madrid: Editorial Pirámide.

Ybarra, J. & Orozco, L. & Valencia, A. (2015). *Intervención con apoyo empírico, herramienta fundamental para el psicólogo clínico de la salud*. El manual moderno S.A.de C.

Anexos

Anexo 1

Tabla de variables

Nombre completo: Heisel Patricia Leiva Juárez

Título de la sistematización: Estudio de caso: Mujer de 32 años con Trastorno Depresivo Persistente, asociado a episodios de abuso sexual y violencia intrafamiliar, atendido en el Centro Casa de la Mujer de la Municipalidad

Carrera: 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
✓ Secuelas de abuso sexual	Trastorno Depresivo persistente	1-Comportamiento depresivo y características biopsicosociales desde el desarrollo psicosocial de Erikson	¿Cómo el comportamiento habitual de una mujer de 32 años, es dañado debido a la violencia sexual e intrafamiliar que ha sufrido?	Analizar cómo el comportamiento habitual de una mujer de 32 años, es dañado debido a la violencia sexual e intrafamiliar que ha sufrido.	Explicar cómo se manifiesta el comportamiento depresivo de una mujer de 32 años, debido a episodios de abuso sexual.
✓ Problemas del entorno familiar		2.Violencia física, sexual y verbal			2. Explicar como la violencia física, sexual y verbal que ha sufrido la persona está dañando su

✓ Maltrato y falta de respeto entre los integrantes de la familia					entorno social y familiar.
		3. Violencia intrafamiliar			3. Analizar como la violencia intrafamiliar y el abuso sexual afecta el comportamiento habitual de la persona.

Fuente: elaboración propia (2018)



Anexo 2

Entrevista Adultos

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

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.):

Padeció alguna enfermedad relevante durante su niñez (hospitalizaciones):

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

Anexo 3

Examen Mental

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

No. De sesión: _____ Edad del paciente: _____

1. Conducta y aspecto general:

1.1 Aspecto:

____ Peso
____ Altura
____ Aliño
____ Arreglo
____ Higiene
____ Contacto Visual
____ Postura
____ Apetito
____ Sueño
____ Adecuación de vestuario

1.2 Conducta hacia el evaluador y personal del instituto:

____ Cooperador	____ Ansioso
____ Abierto	____ Despreocupado
____ Hostil	____ Distráido
____ Tenso	____ Evasivo
____ Concentrado	____ Lento
____ Atento	____ Desorientado
____ Relajado	____ Amable
____ Repetitivo	____ Inseguro
____ Confiado	____ Retador

Forma en que pasa el día:

Observaciones:

1.3 Conducta motora:

____ Mov. estereotipado
____ Mov. lento
____ Mov. rápido

____ Aumento de actividad motora
____ Disminución de actividad motora

2. Estado de la cognición y del sensorio:

- 2.1 Orientación en persona
 Orientación en lugar
 Orientación en tiempo
 - 2.2 Atención
 Concentración
 - 2.3 Memoria corto plazo
 Memoria mediano plazo
 Memoria largo plazo
 - 2.4 Inteligencia:
-

3 Discurso:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Habla incesante | <input type="checkbox"/> Usa expresiones extrañas |
| <input type="checkbox"/> Habla escasa | <input type="checkbox"/> Usa palabras sin sentido |
| <input type="checkbox"/> Habla espontánea | <input type="checkbox"/> Fuga de ideas |
| <input type="checkbox"/> Habla fluida | <input type="checkbox"/> Concreto |
| <input type="checkbox"/> Habla escueta | <input type="checkbox"/> Circunstancial |
| <input type="checkbox"/> Discurso rápido | <input type="checkbox"/> Tangencial |
| <input type="checkbox"/> Discurso lento | <input type="checkbox"/> Bloqueos |
| <input type="checkbox"/> Discurso vacilante | <input type="checkbox"/> Disociaciones |
| <input type="checkbox"/> Discurso explosivo | <input type="checkbox"/> Reiteraciones |
| <input type="checkbox"/> Expresión precisa | <input type="checkbox"/> Perseverancias |
| <input type="checkbox"/> Expresión | <input type="checkbox"/> Incoherencias |
| <input type="checkbox"/> Se pierde en interrupciones | <input type="checkbox"/> Incongruencias |
| <input type="checkbox"/> Cambio de tema frecuente | <input type="checkbox"/> Neologismos |
| <input type="checkbox"/> Prolijidad | <input type="checkbox"/> Pararespuestas |
| <input type="checkbox"/> Usa palabras apropiadas | <input type="checkbox"/> Debe consignarse |
| <input type="checkbox"/> Impulsivo | <input type="checkbox"/> Balbuceo |
| <input type="checkbox"/> Vago | <input type="checkbox"/> Tartamudeo |

4 Contenido del pensamiento (Contenido neurótico- no fuera de realidad)

____ Ansiedad ____ Temores ____ Pensamiento morboso

Ideas obsesivas: _____

Compulsiones y rituales: _____

Fobias: _____

Ideas delirantes: _____

Ideas suicidas: _____

Planes a futuro

¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?

_____ ¿Las preocupaciones interfieren con la atención, concentración, sueño y/ o apetito?

____ SI ____ NO

5 Creencias y experiencias anormales

5.1.1 En relación al ambiente:

____ ilusiones ____ alucinaciones ____ delirios ____ ideas de referencia

____ interpretaciones inadecuadas

5.1.2 En relación al cuerpo: ____ ideas ____ delirios

5.1.3 En relación a sí mismo: ____ intrusiones ____ lectura de pensamiento ____ delirios de influencia

5.2 Experiencias anormales:

5.2.1 Al medio ambiente:

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| ___ alucinaciones auditivas | ___ alucinaciones táctiles |
| ___ alucinaciones visuales | ___ sentimientos de extrañeza |
| ___ alucinaciones olfatorias | ___ perplejidad |
| ___ alucinaciones gustativas | ___ sensación de ubicuidad |

5.2.2 Al cuerpo:

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| ___ dolores | ___ alteraciones en sensibilidad |
| ___ somatizaciones | ___ alteraciones en esquema corporal |
| ___ creencias de enfermedad | ___ alucinaciones cinestésicas |

5.2.3 Al Yo:

- | | | |
|-----------------|-------------------------|--------------------------------|
| ___ disociación | ___ despersonalización | ___ retardo de ideas autónomas |
| ___ bloqueos | ___ pensamiento forzado | |

6. Afectividad:

- | | | |
|-----------------------|-------------------------|---|
| ___ Afecto plano | ___ Afecto eufímico | ___ Expansión |
| ___ Afecto hipotímico | ___ Afecto hipertímico | ___ Hiperactividad |
| ___ | ___ Labilidad emocional | ___ Culpa |
| Embotamiento | ___ Pánico | ___ Miedo |
| ___ Depresión | ___ Hostilidad | ___ Ansiedad |
| | ___ Calma | Otros: _____ |
| ___ Elación | ___ Aflicción | Tono afectivo durante la entrevista y situaciones en las que se altera: |
| ___ Enojo | ___ Perplejidad | _____ |
| ___ Suspiciacia | ___ Aburrimiento | ___ Congruencia de afecto con discurso |
| ___ Alegría | | ___ Afecto al nivel de intensidad |

____ Tristeza

apropiado

____ ¿Expresión de verdaderos
sentimientos?

7. Juicio:

Actitud del paciente hacia su situación actual:

____ Insight

Enfermedad: mental nerviosa física relac. problema personal

Tipo de ayuda que espera:

Origen que atribuye a su problema:

Actitudes y expectativas: constructivas destructivas
 realistas irrealistas

8. Sentimientos del entrevistador hacia el paciente:

____ Simpatía ____ Frustración Dificultad de la entrevista:

____ Interés ____ Impaciencia _____

____ Tristeza ____ Enojo _____

____ Ansiedad ____ Otro: Observaciones:

____ Irritabilidad _____ _____

9. Personalidad:

9. 1 Actitudes en sus relaciones familiares, sociales y sexuales:

____ ansioso

____ dirigente

____ seguidor

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> responsable | <input type="checkbox"/> capaz de tomar decisiones | <input type="checkbox"/> amistoso |
| <input type="checkbox"/> cálido | <input type="checkbox"/> demostrativo | <input type="checkbox"/> reservado |
| <input type="checkbox"/> frío | <input type="checkbox"/> indiferente | <input type="checkbox"/> competitivo |
| <input type="checkbox"/> celoso | <input type="checkbox"/> dominante | <input type="checkbox"/> seguro |
| <input type="checkbox"/> sumiso | <input type="checkbox"/> sensible | <input type="checkbox"/> inseguro |
| <input type="checkbox"/> suspicaz | <input type="checkbox"/> pendenciero | <input type="checkbox"/> dependiente |
| <input type="checkbox"/> resentido | <input type="checkbox"/> autoritario | <input type="checkbox"/> independiente |
| <input type="checkbox"/> agresivo | <input type="checkbox"/> seductor | <input type="checkbox"/> introvertido |
| <input type="checkbox"/> extrovertido | <input type="checkbox"/> ambivalente: _____ | |

Capacidad para hacer y mantener relaciones:

Dificultad para aceptar su papel en cuanto a sexo, familia y trabajo:

Actitud hacia su propio sexo:

9. 2 Actitudes hacia sí mismo:

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> indulgente | <input type="checkbox"/> egocéntrico | <input type="checkbox"/> vano |
| <input type="checkbox"/> histriónico | <input type="checkbox"/> crítico | <input type="checkbox"/> despectivo |
| <input type="checkbox"/> preocupado | <input type="checkbox"/> cohibido | <input type="checkbox"/> limpio |
| <input type="checkbox"/> minucioso | <input type="checkbox"/> escrupuloso | <input type="checkbox"/> negligente |
| <input type="checkbox"/> descuidado | <input type="checkbox"/> se autovalora | |
| <input type="checkbox"/> Satisfacción consigo mismo | | |

Ambiciones y metas:

Actitudes hacia su salud:

Actitud hacia éxitos y fracasos:

9. 3 Actitudes morales y religiosas:

___ comprometido	___ no comprometido	___ crítico
___ disoluto	___ moderado	___ permisivo
___ escrupuloso	___ conformista	___ rebelde
___ flexible	___ rígido	

Creencias religiosas que profesa:

9. 4 Humor y ánimo:

___ estable	___ cambiante	___ optimista	___ pesimista
___ irritable	___ preocupado	___ tenso	___ práctico
___ inhibido	___ abierto	___ expresivo	
___ habilidad para expresar y controlar emociones			

9. 5 Intereses y actividades:

___ usa tiempo libre solo ___ con pocos amigos ___ con muchos amigos ___ con familia

9. 6 Fantasías:

___ sueños repetitivos ___ sueños impresionantes ___ sueña despierto

9. 7 Reacción a situaciones críticas:

____ tolerancia a frustración ____ tolerancia a pérdida ____ desilusiones
____ insatisfacción de necesidades biológicas ____ insatisfacción de necesidades sociales
____ uso de mecanismos de defensa: _____

9. 8 Rasgos del carácter:

____ pasivo ____ agresivo ____ pasivo- agresivo ____ esquizoide
____ neurótico ____ paranoide ____ psicopático ____ asténico

Otro: _____

Anexo 4

Consentimiento Informado

El presente documento explica todos los aspectos relacionados a su participación en las sesiones de consejería y/o terapia psicológica en el Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana. Por favor léalo atentamente y consulte con el terapeuta todas las dudas que surjan.

1. Estudiante/Practicante

La práctica supervisada será conducida por: _____; quien es estudiante del quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana. Los objetivos de esta práctica son: cumplir el requisito universitario estipulado en el proyecto de carrera y prestar un servicio profesional en el área de terapia psicológica al usuario del centro de asistencia.

El estudiante será acompañado y supervisado por el catedrático que está encargado del curso de Práctica Profesional Dirigida.

2. Información de las sesiones

El usuario de la asistencia psicológica es participante del proceso de práctica profesional dirigida de la licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social. Su participación es voluntaria y se le solicitan sesiones semanales que quedarán registradas en forma escrita, con el objeto de que el practicante pueda analizar, dar seguimiento y realizar un informe final de carácter clínico sobre su caso. Las sesiones que se realicen están siendo monitoreadas por un equipo de profesionales en la más estricta confidencialidad para asegurar la eficiencia y excelencia en la atención psicológica que ofrecemos.

3. Confidencialidad

Los datos personales que se obtenga a través de los documentos y registros de cada sesión serán utilizados únicamente con fines de formación académica y solamente por los practicantes y el equipo de profesionales que desempeñan su labor en este centro de asistencia.

Ninguna persona ajena tendrá acceso a su información personal, ni de su avance en las sesiones terapéuticas a menos que usted lo solicite por escrito por la coordinadora del centro. Garantizamos la plena confidencialidad de sus datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el manejo de la información y material obtenido en sus sesiones de terapia.

4. Revocación del Consentimiento

En el caso de que usted desista participar del proceso de terapia psicológica rogamos lo comunique a su terapeuta, lo más pronto posible. Así mismo, si se ausenta a tres sesiones programadas sin aviso previo o causa justificada, el caso se dará por cerrado, hasta nueva orden dictada por la coordinación del centro.

5. Consentimiento informado (usuario menor de edad)

Yo, _____ he leído el documento de consentimiento informado que se me entregó el día _____ en el mes de _____ del año _____. He comprendido las explicaciones en él entregadas acerca de las sesiones de terapia psicológica facilitados por los practicantes de la licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la Facultad de Humanidades, Escuela de Ciencias Psicológicas de Universidad Panamericana. He sido informado de la confidencialidad de los datos por lo que autorizo la participación de: _____ menor de edad a mi cargo, y responsabilidad en mi calidad de _____. También comprendo que puedo revocar el consentimiento que ahora presento comprometiéndome a informar al terapeuta.

Tomando todo esto en consideración en tales condiciones CONSIENTO la participación en las sesiones de terapia, así como la utilización de los datos e información vertida en casa sesión. EXIMO DE FORMA EXPRESA de toda responsabilidad a Universidad Panamericana, así como al estudiante universitario que realiza la práctica supervisada.

Firma: _____

Número de DP: _____