



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

**Estudio de caso: Duelo no resuelto en mujer de 32 años diagnosticada con
trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad**

(Sistematización de la práctica profesional dirigida)

Ronald Alejandro Robledo del Cid

Naranjo, julio 2020

**Estudio de caso: Duelo no resuelto en mujer de 32 años diagnosticada con
trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad**

(Sistematización de la práctica profesional dirigida)

Ronald Alejandro Robledo del Cid

Lcda. Ruth Beatriz Chacón García de Mayen (Asesor)

Lcda. Sara María José Ramírez García (Revisor)

Naranjo, julio 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 Humanidades

Decana M.A. Elizabeth Herrera de Tan

Vicedecana M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

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

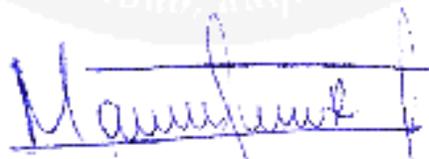
*En virtud de que el presente Informe de Sistematización con el tema: **"Estudio de caso: Duelo no resuelto en mujer de 32 años diagnosticada con trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad"** Presentada por el estudiante: **Ronald Alejandro Robledo del Cid** previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*



Lcda. Ruth Chacón de Mayen
Asesor "

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

*En virtud de que el presente Informe de Sistematización con el tema: **“Estudio de caso: Duelo no resuelto en mujer de 32 años diagnosticada con trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad”**. Presentada por el (la) estudiante: **Ronald Alejandro Robledo del Cid** 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. Sara María José Ramírez García
Revisor



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA
Scientia cum cultu ad maiora tendit

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

En virtud que la presente sistematización de Practica Profesional Dirigida con el tema "**Estudio de caso: Duelo no resuelto en mujer de 32 años diagnosticada con trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad**" presentado por el (la) estudiante **Ronald Alejandro Robledo del Cid**, 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 consejería Social, para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.


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



☎ 1779

🌐 upana.edu.gt

📍 Diagonal 34, 31-43 Zona 16

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

Contenido

Resumen		i
Introducción		iii
Capítulo 1 Marco de Referencia		
1.1	Antecedentes	1
1.2	Descripción	2
1.3	Ubicación	2
1.4	Organización	3
1.5	Programas establecidos	3
1.6	Visión	4
1.7	Misión	4
1.8	Justificación de la Investigación	4
Capítulo 2 Marco Teórico		
2.1	Trastorno del Estado del Ánimo	6
2.2	Depresión	8
2.3	Trastorno depresivo persistente (distimia)	9
2.4	Factores de riesgo (comorbilidad) presentes en el estado anímico persistente (distimia)	11
2.4.1	Duelo	11
2.4.2	Duelo no complicado	12
2.4.3	Factores de cronificación en el duelo	14
2.5	Autoestima	15
2.6	Sobrealimentación (obesidad) asociada a la baja autoestima	16
2.6.1	Sobrealimentación inducida por la ansiedad	18
2.7	Teoría de la desesperanza	20
2.8	Ansiedad	22

Capítulo 3 Marco Metodológico

3.1	Planteamiento del problema	24
3.2	Pregunta de investigación	25
3.3	Objetivos	25
3.3.1	Objetivos General	25
3.3.2	Objetivos Específicos	25
3.4	Alcances	26
3.5	Límites	26
3.6	Metodología	26

Capítulo 4 Presentación de Resultados

4.1	Sistematización de estudios de caso	28
4.1.1	Datos generales	28
4.1.2	Motivo de consulta	28
4.1.3	Historia del problema actual	28
4.1.4	Historia clínica	30
4.1.5	Historia familiar	31
4.1.6	Estructura y antecedentes familiares	31
4.1.7	Examen del estado mental	32
4.1.8	Resultados de las pruebas	32
4.1.8.1	Test Persona bajo la lluvia	33
4.1.8.2	Test del árbol	33
4.1.8.3	Test de la familia	34
4.1.8.4	Escala de satisfacción familiar E.S.F.A.	34
4.1.8.5	Batería de ansiedad y depresión de Beck	35
4.1.8.6	Escala de ajuste marital (EAM)	35
4.1.8.7	Whodas 2.0	36
4.1.9	Impresión diagnóstica	37
4.1.10	Evaluación según DSM-5	38
4.1.11	Recomendaciones terapéuticas para el caso	39

4.1.12 Plan terapéutico	40
4.2 Análisis de Resultados	41
Conclusiones	44
Recomendaciones	45
Referencias	46
Anexos	48
Lista de cuadros	
Cuadro No. 1 Escala de satisfacción familiar E.S.F.A.	34
Cuadro No. 2 Whodas 2.0	36
Lista de imágenes	
Imagen No. 1 Organigrama del centro de asistencia social CAS	3
Imagen No. 2 Genograma	31
Lista de tablas	
Tabla No. 1 Pruebas e instrumentos aplicados	32
Tabla No. 2 Presentación del plan terapéutico	40
Tabla No. 3 Tabla de variables	49

Resumen

La Organización Mundial de la Salud -OMS- define a la salud mental como un estado de bienestar y funcional, en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades y habilidades y por ende afrontar las tensiones normales de la vida de tal manera, que puede trabajar de forma productiva y fructífera, siendo capaz de hacer una contribución a su comunidad y en la base de toda sociedad como lo es la familia, considerando el cuidado psicológico para buscar el sentido y proyecto de vida.

Dentro de la información vertida en esta sistematización; en el Marco Referencial, se encontrará antecedentes del espacio físico donde se ejecutó dicha práctica, además, contiene antecedentes históricos del centro de apoyo de la composición del Centro de Asistencia Social -CAS-. En Marco Teórico, muestra la información teorías y fundamentos esenciales para estructurar de forma sistemática la presente tesis de caso. Para el marco metodológico se brinda información sobre la metodología, objetivos a alcanzar además de los alcances que se obtuvieron. Y se concluye con la presentación de resultados del caso, además de información concisa sobre la persona en terapia, adicional del apoyo de prueba científicas que aportaron eficacia para extraer conclusiones sobre la problemática en discusión.

En esta misma línea, la depresión ha sido, una de las psicopatologías más estudiadas de los trastornos mentales. Por consiguiente, el presente estudio trata sobre una mujer con lo que se denomina trastorno depresivo persistente (distimia) acompañado con estados de ánimo ansiosos y proceso de duelo, que es caracterizado por ser una depresión que la persona lleva consigo por un determinado tiempo.

Otro problema de atención clínica y que puede desencadenar comorbilidad patológica, es el duelo que experimenta esta persona, que, como parte de su reacción normal ante la pérdida de un ser querido, adicionales los sentimientos tales como el afecto, amor, inclusive por el abandono físico o síndrome de deterioro. Algunos individuos en duelo presentan síntomas característicos de un episodio de depresión. Por lo tanto, el individuo en duelo suele considerar su ánimo deprimido como normal.

De tal modo, podemos apreciar que la personalidad es tanto biológica, social y psicológica. Sin embargo, como en todo aspecto de la vida, existe la salud y la enfermedad; y la mente sufre igual que todo el cuerpo, ésta también enferma y adopta formas de ser que no siempre son las adecuadas para el buen funcionamiento tanto individual o social.

Por lo tanto, el presente estudio de caso pretende analizar el proceso de intervención basado en elementos científicos, con un proceso terapéutico de abordaje biopsicosocial.

Introducción

El presente caso de sistematización pretende manifestar las distintas particularidades del trastorno depresivo persistente desde la conceptualización, comprensión y análisis, la génesis de desarrollo de las características cognitivas, afectivas y comportamentales para la manifestación del trastorno mencionado. Además de brindar información de factores de riesgo que inducen a este estado de ánimo, así como algunas de las formas de intervenir en este tipo de trastono distímico.

La práctica clínica fue realizada con fines académicos en el desarrollo del campo clínico y fue ejecutado en el Centro de Asistencia Social (CAS), de la Universidad Panamericana de Guatemala. Lugar diseñado para brindar asistencia psicoterapéutica a la sociedad guatemalteca, interesada en obtener crecimiento personal y comprender las problemáticas que afectan a la sociedad y a la vez, fungir como área de aprendizaje para los estudiantes de esta licenciatura; destacando la necesidad de establecer una sistematización para la práctica clínica supervisada.

De tal forma, cabe recalcar la importancia del estudio al tratarse del abordaje de uno de los trastornos mentales con mayor índice de epidemiología mundial; la depresión. Estas alteraciones en la experiencia afectiva humana, perjudica de forma continua con una duración mínima de dos años, estropeando significativamente la capacidad del individuo conjuntamente en las actividades familiares, sociales y académicas.

Por tanto, se procede a realizar una explicación del caso personalizado avistando una expliación detallado del mismo, en cuanto a síntomas específicos, historias personales, sociales, entre otras, que permitirán mayor comprensión de éste; se mostrará el proceso de evaluación del presente suceso, sustentado con el apoyo teórico de la conceptualización diagnóstica.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

En el presente trabajo de sistematización se expone el problema de la depresión. Igualmente, el retraimiento social, que podría relacionarse con los problemas de interiorización, que forma parte de un problema general ligado a un déficit en las relaciones y habilidades sociales.

La definición de salud se entiende como el estado completo de bienestar físico, mental, social y emocional; ni la salud física, emocional y mental podría existir por sí mismas pues cada una de ellas existe íntegramente para la base del desarrollo óptimo y efectivo del individuo. Es así como el padecimiento de alguna de ellas es de limitante para nuestro buen funcionamiento dentro de la sociedad en cualquier comunidad a la que pertenezcamos.

La Organización Mundial de la Salud (1998) estima que en Guatemala la prevalencia de los trastornos de salud mental es: depresión (25.5%), psicosis crónica (21.9%) epilepsia (10.4%), trastorno bipolar (5.2%), trastornos somatomorfos (11.4%) y trastornos de ansiedad (8.3%), esta situación obedece una serie de factores complejos.

Por lo cual, se debe trabajar en aminorar la brecha del tratamiento-enfermedad. Esto se logrará con la prevención, atención y rehabilitación de las personas, por lo que en el 2015 como una iniciativa de Universidad Panamericana nace el CAS, diseñado para el cuidado de la salud mental integral de la sociedad guatemalteca.

Este es un servicio social en respuesta a las necesidades emocionales de niños, adolescentes y adultos a precios accesibles. CAS presta servicios de terapia clínica, educativa, para familias, parejas e individual.

El CAS brinda atención psicológica y consejería que, además, cuenta con dos sedes, la primera en Ciudad de Guatemala y la segunda ubicada en Quetzaltenango. Con estas dos sedes han ayudado

a seis mil doscientos adultos, dos mil ochocientos adolescentes y tres mil niños. De los cuales 7,586 casos han concluido con éxito.

El Centro de Asistencia Social es una opción accesible para recibir atención psicológica, debido a que pone a disposición servicios integrales de alta calidad, sin importar edad, género, condición social y recursos económicos.

1.2 Descripción

El Centro de Asistencia de Social, es un centro que tiene como compromiso brindar un servicio social de alto nivel a personas que no cuenta con recursos económicos para invertir en el desarrollo y promoción de la salud integral.

Cuenta con lo siguiente: área de recepción, donde se realiza el seguimiento y atención de los pacientes, al ingresar se visualiza ocho cubículos siendo las clínicas de atención, por consiguiente se encuentra la oficina de coordinación, un área para archivos en el cual están colocados por orden los expedientes e información de cada paciente y de cada practicante; impresora para el uso interno y facilidad para cada practicante, la sala de trabajo con capacidad para doce personas, un cuarto de juegos en el cual contiene material terapéutico para niños, una cocineta, con el fin de dar un mejor servicio tanto a usuarios como a practicantes y por último un servicio sanitario.

Desde su fundación en el año 2015, CAS, de Universidad Panamericana, ha atendido con profesionales de Psicología a más de 6 mil 200 adultos, 2 mil 800 adolescentes y 3 mil niños guatemaltecos. 12,000 guatemaltecos han recibido nuestra asistencia, 7,586 han concluido exitosamente sus procesos terapéuticos.

1.3 Ubicación

Dirección: 7a. Avenida 9-64 zona 9, Edificio Zona Médica, 5 Nivel Oficina 517. Ciudad Guatemala, Guatemala.

1.4 Organización

El Centro de Asistencia Social, se crea bajo la participación de Rectoría y el consejo directivo, posterior, se traslada el proceso a decanatura de la Facultad de Humanidades de la Escuela de Ciencias Psicológicas para nombrar al coordinador del Centro de Asistencia Social CAS, por consiguiente, se elige a la persona encargada de la secretaría de ese centro.

Imagen No.1
Organigrama del Centro de Asistencia Social CAS



Fuente: elaboración CAS, 2017

1.5 Programas establecidos

Psicoterapia individual a niños, adolescentes y adultos.

Teniendo como enfoques principales las áreas emocionales, conductuales, interpersonales y cognitivas.

Terapia de parejas

Es un acompañamiento a parejas, en el que se establece una relación terapéutica. En la cual se desarrolla un proceso de forma paralela con cada individuo. Ejecutando estrategias de evaluación, diagnóstico y tratamiento de todos los factores que afectan la relación de pareja.

Talleres

Son cursos impartidos de forma breve, implementados a nivel grupal, en el que se abordan diversas temáticas, tales como la escuela para padres

1.6 Visión

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

1.7 Misión

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.

1.8 Justificación de la investigación

El propósito para el desarrollo de la presente sistematización de este estudio tiene como finalidad, proporcionarle al estudiante la oportunidad de profesionalizarse en el desarrollo de competencias y habilidades que únicamente llevadas a la práctica que consolidan un aprendizaje significativo adquiriendo herramientas de calidad para la atención psicológica profesional en Guatemala.

Y como parte de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social. Se realizó la Práctica Profesional Dirigida de 5to. Año en el CAS, quienes entre varios usuarios me fue asignada una paciente femenina de 32 años quien se podrá describir los factores de riesgo y/o el origen del desarrollo de las singularidades cognitivas, afectivas y comportamentales para la manifestación del trastorno depresivo persistente; lo cual será facilitador para la identificación de variables de estudio que se asocian a la causa psicopatológica del trastorno que presenta una mujer de 32 años.

Con lo anterior, se hace referencia a la diversidad de causas, que pueden dar a desarrollar el trastorno depresivo persistente, en las que se ven inmersos, distintas esferas como biopsicosocial y ambientales; es, por tanto, este estudio de caso pretende comprender el motivo explicativo del trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad, con el respaldo teórico y revisión bibliográfica, el proceso de evaluación y conceptualización para la ejecución y diseño del plan terapéutico.

Capítulo 2

Marco Teórico

Para entender la naturaleza de los trastornos anímicos es importante comprender el concepto por el cual la persona puede estar vivenciando un episodio, un período delimitado durante el cual son evidentes determinados síntomas intensos de un trastorno. En algunos casos, el episodio llega a ser largo, de dos años o más. La persona que sufre el trastorno anímico experimenta episodios de síntomas disfóricos o eufóricos o una mezcla de ambos.

2.1. Trastornos del estado del ánimo

La conceptualización teórica del trastorno está basada en los parámetros del DSM 5, (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) sus siglas en inglés; que será el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales y referente en salud mental mundial, el cual contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales. Como lo son los trastornos depresivos, cuyos aportes han contribuido a la comprensión fenomenológica de los trastornos psicológicos, también como auxilio la CIE 10, (*Clasificación Internacional de las Enfermedades*) que se refiere a la décima revisión trastornos relacionados con la Salud Mental realizada por la OMS. Por tanto, se relacionan con los desórdenes patológicos de la afectividad o trastornos anímicos. Los trastornos del estado de ánimo constituyen un grupo separado de otras entidades nosológicas. Un trastorno anímico consiste en una perturbación en el estado emocional de una persona. Es decir, la persona experimenta esta perturbación como depresión extrema, júbilo excesivo o una combinación de estos dos estados emocionales. La característica principal de los trastornos depresivos es que el individuo siente una disforia o tristeza abrumadora.

El ser humano a lo largo del día mantiene un cierto tono vital que en situación de normalidad se denomina eutimia. Si representamos la eutimia, raramente observamos un estado plano; por el contrario, el gráfico real de la eutimia tiene constantes subidas y bajadas. Los picos altos se denominan euforia y los picos bajos, tristeza. Cuando la euforia se convierte en patológica, la

eutimia se transforma en manía y cuando la tristeza es patológica hablamos de depresión. Además, ambos trastornos pueden alternarse.

El estado de ánimo del ser humano no constituye un diagrama plano porque existen factores que lo pueden afectar. Tal como lo conceptualiza Halgin (2009) expone lo siguiente:

1) Rasgos de personalidad: Hay personas cuyo estado de ánimo tiende a mantenerse alto, son joviales, con mucha iniciativa; los demás pueden describirlos como rebosantes de vitalidad. En cambio, otras tienden a tener un estado de ánimo bajo, de tristeza o pesimismo; y en otras, por último, su tendencia es variar de estado de ánimo con gran facilidad y con relativa independencia de factores externos. Cada una de estas tres situaciones llevadas a su extremo constituye el núcleo de diferentes trastornos afectivos.

2) Factores externos: En términos generales, vendrían a ser las condiciones personales, sociales, económicas de cada persona que pueden influir en su estado del ánimo.

3) Variaciones cíclicas. Independientemente de los factores anteriores, cada persona tiene un ritmo vital que le hace variar su estado del ánimo a lo largo del día y también del tiempo. Por ejemplo, si se tiene un ritmo matutino, en las primeras horas del día la persona se notará con vitalidad, con energías, y a medida que avance la tarde notará un cierto descenso. Se observará lo contrario en aquellas otras personas que prefieren concentrar su actividad intelectual, social, inclusive laboral en las últimas horas del día o incluso en la noche. (p. 274).

2.2 Depresión

Según DSM-5 (2013), se extiende la experiencia de un estado de ánimo generalizado de infelicidad, sentimientos de tristeza recurrentes y distorsiones cognitivas. Esta experiencia subjetiva de tristeza o disforia, asimismo, una característica fundamental de la clínica de la depresión. Suele observarse una pérdida de la experiencia del placer, desesperanza, retraimiento social, baja autoestima, incapacidad para concentrarse, trabajos escolares y laborales insuficientes, alteraciones en las funciones biológicas (dormir, comer, eliminación) y síntomas somáticos. (p. 103).

Los estados del ánimo engloban los siguientes cuadros:

Los profesionales de la salud mental diferencian algunas perturbaciones graves del estado anímico. El psicólogo clínico diagnostica el trastorno de ánimo cuando estos síntomas moderadamente depresivos han durado por lo menos dos años en los adultos y un año más en los niños. De acuerdo con Halgin (2009) las modalidades del trastorno del ánimo pueden ser las siguientes;

- Depresión Mayor: comprende episodios agudos, pero limitados de síntomas depresivos que se denominan episodios depresivos mayores. Este estado de ánimo depresivo o irritable casi todos los días y durante la mayor parte del día, durante más de dos semanas. El trastorno altera el desarrollo normal de la persona, generando una discapacidad de sus funciones sociales, académicas, laborales y emocionales. Actualmente, la depresión mayor y la distimia representan uno de los principales trastornos psiquiátricos y un problema de salud mental en niños y adolescentes.
- Distimia: se caracteriza por síntomas menos severa, pero más crónicos (durante la mayor parte del día, casi todos los días y al menos durante un año o más) y persistentes que la depresión mayor. La persona que con distimia vive en un mundo teñido de un

color gris sin alegría, que a veces se acompaña de deterioro psicosocial y del rendimiento laboral y/o académico.

- Trastorno bipolar: alternan períodos de depresión con períodos de manías y con altos niveles de energía, grandiosidad y/o irritabilidad. (p. 274).

2.3 Trastorno depresivo persistente (distimia)

Es una depresión que ha estado presente por un largo tiempo. Ocurre cuando se dan una combinación de síntomas que lleva a un cambio en la conducta y sentimientos, afectando el normal desarrollo integral.

La distimia se define según DSM-5 (2013) por un patrón crónico de alteración del comportamiento, caracterizado por un estado de ánimo depresivo persistente experimentado de forma continua durante la mayoría de los días y durante la mayor parte de estos de estos y con una duración mínima de dos años, junto con otros posibles síntomas secundarios, (p.108)

Las personas con trastorno depresivo persistente muestran síntomas propios de los episodios depresivos mayores, aunque no siempre se encuentren en ese grado; tales como: abatimiento del estado de ánimo, fatiga, desesperanza, dificultad para concentrarse, problemas con el apetito y con el sueño. “Los pacientes distímicos sufren en silencio, y su discapacidad puede ser sutil: tienden a invertir gran parte de su energía en el trabajo y menos en los aspectos sociales de la vida.” Morrison, (2015, p.108)

Estos pacientes representan cierta dificultad para ser diagnosticados, puesto que muestran discapacidades evidentes, por lo que, rara vez buscan tratamiento. No es hasta que se convierte en un episodio depresivo mayor que acude a consulta. “A lo largo de la vida, quizá 6% de los adultos padece distimia, a menudo las mujeres resultan doblemente afectadas en comparación con los varones. Si bien puede iniciar a cualquier edad, es rara su aparición tardía” (Morrison, 2015, p.108)

Criterios diagnósticos para el trastorno depresivo persistente en el DSM-5 (distimia) 300.4 (F34.1)

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente 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. Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años. E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

2.4 Factores de riesgo (comorbilidad) presentes en el estado anímico persistente (distimia)

El estado anímico persistente a menudo coexiste con otras enfermedades. Tales enfermedades pueden presentarse antes de la depresión, causarla, y/o ser el resultado de esta. Es probable que la mecánica detrás de este cruce entre la depresión y otras enfermedades o trastornos difiera según las personas y las situaciones. No obstante, estas otras perturbaciones concurrentes deben ser diagnosticadas y tratadas.

2.4.1 Duelo

La Real Academia de la Lengua (2019) define el Duelo (del lat. Dolus, dolor) como dolor, lástima, aflicción o sentimiento que se tiene por la muerte de alguien. En este sentido, el duelo puede ser entendido como una reacción normal que se produce ante la muerte de una persona querida y comprende pensamientos, emociones y comportamientos consecuentes a esta pérdida o a su anticipación.

La gente busca asistencia sanitaria tanto física como mental, sin contemplar que detrás de su estado quizás hay un duelo subyacente. Diversas enfermedades psiquiátricas y psicológicas son la expresión de un duelo patológico, dichas enfermedades incluyen en muchos casos de ansiedad, depresión, histeria e incluso más de un tipo de trastorno de personalidad, como algunos.

Cabe mencionar que la mayoría de los estudios muestran que las personas en proceso de duelo padecen más síntomas depresivos durante el primer año que los sujetos que no están en proceso de

duelo. También se establece que después de la muerte de un ser querido hay un aumento de síntomas psicosomáticos como dolores de cabeza, temblores, vértigo, palpitaciones y diversos síntomas gastrointestinales.

El duelo es una cuestión muy compleja y se experimenta de muchas y variadas formas. Estos principios se pueden aplicar no sólo a las pérdidas debidas a la muerte, sino a la elaboración del duelo por distintos tipos de pérdida: un divorcio, una amputación, la pérdida del trabajo y las pérdidas que experimentan las víctimas de la violencia, entre otros.

Se puede interpretar como el proceso doloroso e inesperado en respuesta a la muerte de un ser querido o de una pérdida significativa afectiva; que se pudo haber construido cierto tipo de dependencia emocional. Este sentimiento de pérdida es término que se refiere a las reacciones psicológicas de los que sobreviven de la pérdida significativa. Por consiguiente, el duelo es un proceso necesario que permite a la persona la adaptación a la pérdida y a la nueva realidad.

2.4.2 Duelo no complicado

De acuerdo con el DSM 5 (2014), el duelo normal o duelo no complicado es una respuesta normal, con un carácter predecible de sus síntomas y de su desarrollo. Al principio suele manifestarse como un estado de “shock” caracterizado por aturdimiento, sentimiento de perplejidad y aparente dificultad para captar el alcance de lo ocurrido. Suele ser breve y es seguido de expresiones de dolor y malestar como llanto y suspiros.

También suelen presentarse sensación de debilidad, pérdida de apetito y peso, dificultad para concentrarse, para respirar y para hablar e insomnio; son frecuentes los sueños sobre la persona fallecida, que producen una sensación desagradable al despertar y comprobar que se trataba sólo de un sueño. Los intentos por perpetuar la relación perdida se manifiestan en actitudes tales como seguir comprando objetos que gustaban al difunto o estimulan su recuerdo (objetos de unión).

Se ha hablado de información del período de duelo. Sin embargo, citarlos es la razón para determinar los acontecimientos en que las personas pasan dentro del proceso del duelo normal o no complicado y presenta componentes, Kaplan (1999) detalla:

- Shock: Aparece en los momentos iniciales, y su duración es mayor cuando el suceso es imprevisto. Se asocia a apatía y sensación de estar fuera de la realidad.
- Desorganización: Ocurre también al principio. Se acompaña de desesperación y absoluta desestructuración del funcionamiento del individuo en cualquiera de los ámbitos vitales.
- Negación: Es una forma frecuente de reacción ante sucesos inesperados. El individuo espera la llegada o la llamada de la persona desaparecida y actúa como si nada ocurriese.
- Depresión: Representa la progresión a una fase adaptativa más realista. Confirma que el proceso del duelo se está llevando a cabo de forma adecuada.
- Culpa: Consiste en pensamientos recurrentes, casi obsesivos, con relación a lo que se podría haber hecho para evitar el suceso. También son más frecuentes si no se ha podido despedir del fallecido y si las relaciones con él no eran buenas
- Ansiedad: Surge ante el miedo, generalmente realista, de los cambios que ocurrirán en la vida del paciente después del suceso (ej. soledad, dificultades económicas, etc.). Es el miedo a tener que sobrevivir sin la persona fallecida porque satisfacía una serie de necesidades.
- Ira: Puede ir dirigida hacia familiares o amigos que no han “ayudado” durante el suceso o hacia personas que todavía disfrutaban de lo que el paciente ha perdido (ej.: otras personas que conservan sus cónyuges o sus hijos). También es habitual que la ira se dirija hacia el

personal sanitario (reacción frecuente en plantas oncológicas y en urgencias) o incluso hacia el fallecido por haber abandonado a los supervivientes.

- Resolución y aceptación: Ocurre cuando el paciente ha podido adaptarse a la pérdida de la persona y asumir las modificaciones que producirá este suceso en su vida. No siempre se alcanza esta fase. (pp.78-83).

2.4.3 Factores de cronificación en el duelo

De acuerdo con Bowlby (1988), comenta que el apego es “una forma de conceptualizar la propensión de los seres humanos a formar vínculos afectivos fuertes con los demás y de extender las diversas maneras de expresar emociones de angustia, depresión, enfado cuando son abandonados o viven una separación o pérdida”, (p.90).

Se han identificado como factores de mal pronóstico la intensidad de los síntomas al principio del duelo y la cronicidad del cuadro. Sin embargo, la principal razón que explica que un duelo se cronifique, es el tipo de relación que se mantenía con el fallecido o la desvinculación emocional con la persona y objeto.

Para detallar que tipos de relación se asocian a duelo crónico, Kaplan (1999) propone:

1. Ambivalencia afectiva: Cuando ante una misma persona coexisten sentimientos de amor y odio (ej.: padre maltratador, madre ausente, progenitor crónicamente enfermo) hay que resolver esa contradicción durante el duelo sin generar sentimientos de culpa. La culpa es el sentimiento más destructivo y suele estar en la base de la mayoría de los duelos crónicos. En suma, debe asumirse la existencia de aspectos positivos y negativos en el progenitor simultáneamente y poder expresar el odio por los aspectos negativos sin sentirse culpable y el agradecimiento por las partes positivas.

2. Extrema dependencia: Individuos con escasa autonomía afectiva y funcional, que han depositado una gran parte de sus gratificaciones en una persona, son incapaces de sobrevivir a su fallecimiento. Con frecuencia puede producir ira hacia el muerto o ideas suicidas para reunirse con la persona perdida que constituía el centro de su vida. En estos casos, hay que reestructurar la vida y el psiquismo del individuo y sea funcional de forma autónoma. Son situaciones difíciles de resolver.

3. Imposibilidad de despedida: La despedida es importante ante cualquier separación, pero, lógicamente, es clave ante el fallecimiento que constituye una despedida definitiva. Si no se ha podido realizar, el superviviente fantasea con todo aquello que le hubiese gustado decir al muerto (a veces, ventilación de sentimientos negativos entre ambos) y que quedará pendiente para siempre. La única forma de resolver este conflicto es repararlo con el terapeuta. (p.80)

2.5 Autoestima

Cabe resaltar que la salud mental tiene un impacto positivo para una persona en pro del desarrollo integral y gozar saludablemente en las diferentes áreas del individuo, tal como la OMS (2001) se define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

En mención a Palladino (1992) & Sánchez (2003), se puede considerar que la autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quiénes somos, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Es confianza, valoración y respeto por uno mismo, una respuesta psicológica que se describe normalmente como

de naturaleza afectiva o basada en el sentimiento positivo versus negativo o aceptación versus rechazo. Según lo explicado en lo anterior quiere decir que la autoestima es la valoración, generalmente positiva, que una persona hace de sí misma entendiéndose estimar, apreciar y tener afecto a algo o alguien y en este caso a uno mismo. (p.94) & (p.133)

Dicho concepto se divide en baja y buena autoestima. Baja autoestima se refiere a aquellas personas que se muestran inseguras, desconfiadas de sus facultades y que necesitan la aprobación de los demás ya que suelen tener diversos complejos, todo lo cual ocasiona un sentimiento de inferioridad y timidez en sus relaciones interpersonales. También se pueden encontrar pensamientos negativos, los que pueden conllevar la depresión.

Por otra parte, la buena autoestima es característica de quienes tienen una buena aceptación de sí mismos y buen equilibrio emocional, que son capaces de disfrutar situaciones sociales, pero también de la soledad, que tienen una buena autoconfianza, mejor autovalía, menor temor ante los fracasos, pocos pensamientos negativos a los que transforman en pensamientos positivos y buena motivación. Además de contar con saludables relaciones interpersonales como intrapersonales.

2.6 Sobrealimentación (obesidad) asociada a la baja autoestima

La OMS (2001), define la imagen corporal como las funciones mentales concretas relacionadas con la representación y conciencia sobre el propio cuerpo. Es la manera en la cual una persona se percibe a sí misma y la manera en la cual se siente con su cuerpo. Esta puede ir modificando durante el tiempo, puede que las personas con una imagen corporal positiva tengan momentos en los cuales no se sientan seguras con éste.

Es importante también conocer las consecuencias de la obesidad, las cuales pueden ser físicas o psicológicas; dentro de las físicas los riesgos principales son los incrementos metabólicos, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la intolerancia a la glucosa. Por otra parte, dentro de las implicaciones psicológicas enlistan importantes alteraciones emocionales y elevados niveles de ansiedad y depresión.

Se puede percibir que las personas forman percepciones y creencias irracionales de su imagen corporal. La imagen corporal es la representación del cuerpo, que las mismas personas construyen de su propio cuerpo. Se tiende a construir percepciones las cuales están alteradas y creencias ficticias las cuales se convierten en irracionales.

De acuerdo en la misma línea, Aguilar (2010), realizó una investigación en la ciudad de Guatemala la cual tuvo como objetivo principal identificar el impacto que tiene la autoestima en la consolidación de la imagen corporal de las mujeres. Utilizó como instrumento un cuestionario con los indicadores de la variable imagen corporal para valorar el nivel de autopercepción y auto concepto, así como la aceptación y satisfacción que poseen las mujeres de la muestra con respecto a su imagen corporal.

Se trabajó con 20 pacientes mujeres que reciben tratamiento psicológico en la Unidad Popular de Servicios Psicológicos de la Universidad San Carlos de Guatemala. Los datos obtenidos mostraron una correspondencia que corrobora la hipótesis de que una autoestima con un nivel positivo propicia la satisfacción y auto aceptación de la Imagen Corporal en mujeres.

Uno de los factores etiológicos de la obesidad lo constituye la personalidad. Según un estudio publicado por la Asociación Americana de Psicología, las personas obesas con alto neuroticismo y baja conciencia (personalidad tipo A) tienen alta probabilidad de pasar por ciclos de pérdida y ganancia de peso durante toda su vida. La impulsividad es considerada el predictor más fuerte del sobrepeso, por lo tanto, suele ser necesario que para mantener un peso saludable se siga una dieta balanceada y un programa de actividad física constante, lo cual implica compromiso y moderación, algo generalmente difícil para individuos altamente impulsivos. (Sutin et al., 2011; cit. en Tamayo Lopera & Restrepo, 2014).

Esto indica que las personas con obesidad mórbida muestran miedos e inseguridad personal y como resultado pérdida de autoestima, desórdenes alimenticios por la distorsión de la imagen corporal, impotencia, perturbación emocional, así como tristeza, infelicidad y depresión.

Se considera que las personas con obesidad mórbida son psicológicamente diferentes, debido a que está asociada con consecuencias psicosociales debilitantes, como depresión, ansiedad y baja autoestima. Que, a su vez, estas consecuencias psicosociales de la obesidad determinan patrones de comportamiento y modelos de personalidad, que tienen una influencia sobre la ingesta calórica y el gasto de energía y, en consecuencia, sobre la ganancia de peso.

Para enlazarse con lo anterior, la persona puede presentar un cuadro de depresión, por lo que algunas personas tratan de compensar el cuadro clínico, la comida para aliviarla, es decir en dicha situación de estrés agudo la persona libera una hormona llamado cortisol, que incrementa el apetito. Por consiguiente, La autoestima también se debe reforzar por el apoyo social, de manera que mientras más extensa sea la red de apoyo social, mejor autoestima mantiene la persona.

2.6.1 Sobrealimentación inducida por la ansiedad

Los comedores emocionales presentan un patrón de restricción-sobrealimentación característico. Usualmente, los estados emocionales negativos, especialmente la ansiedad, favorecen la aparición de estas conductas alimentarias. La relación entre emociones y alimentación no es simple: por un lado, los estados emocionales y de ánimo pueden influir la conducta alimenticia, por otro lado, la alimentación puede modificar las emociones y estados de ánimo (Gibson, 2006, (p.53-61).

De este modo, la influencia de la emoción sobre la alimentación incluye la desinhibición o restricción alimenticia, mientras que el alimento tiene un efecto de modulación sobre los estados afectivos. Las emociones negativas han sido frecuentemente analizadas como contextos afectivos en los cuales observar la sobrealimentación de la persona con patología alimentaria. Del repertorio emocional negativo, existe evidencia al menos para la rabia, la tristeza, el miedo y la ansiedad.

Es interesante notar que, a diferencia de lo esperado inicialmente, el efecto de esas emociones en la alimentación está mediado por variables cognitivas, cuyo impacto se observa particularmente en la ansiedad. Schotte Et al. (1992). Con acontecimientos estresantes y de trastornos de adaptación como inductores emocionales, encontraron que l emocionales aumentaban su ingesta cuando

experimentaban temor, rabia y ansiedad. Sin embargo, el incremento de alimento en estas personas fue mayor durante la ansiedad. (pp. 798-800)

Los trastornos alimentarios que suelen hacer su aparición durante esos años pueden estar motivados por la desvalorización del propio cuerpo causado por las burlas de sus compañeros, o bien por un entorno familiar que se vuelve perjudicial. Es decir que es una persona con dificultad de vincularse socialmente a pesar de que tiene mucho miedo y que no se puede desempeñar con fluidez, entonces, esta patología alimentaria se transforma en una manera de esconder dificultades sociales y procesos de adaptación.

Estas personas piensan más de lo que sienten, y son esclavas de sus propias organizaciones, porque es su manera de sentir que tienen control sobre algo. Cabe resaltar que los factores predisponentes como individuales, psicosociales y socioculturales; se refieren a aquellos que, combinados con diferente fuerza, favorecen la aparición de la enfermedad.

Para detallar los componentes antes mencionados se comprende de la siguiente manera a entenderse como factores de riesgo y Schotte et al. (1992) indica:

- Individuales: experiencias de abuso sexual, la insatisfacción con la figura y el peso corporal, algunos cambios traumáticos en la vida como un duelo, la pérdida de una relación importante, el divorcio de los padres, mudanzas.
- Psicosociales: presencia de trastornos afectivos, baja autoestima, rasgo de personalidad que requieran la necesidad de la búsqueda de aprobación, la dificultad para expresar sentimientos, la evasión de los conflictos, el pensamiento inflexible, perfeccionismo.
- Socioculturales: ideas culturales de belleza, las actitudes de la familia hacia el peso corporal, la falta de definición de límites, la rigidez y la confusión de roles en la familia asociada a la disfuncionalidad familiar, el maltrato emocional, críticas o burlas con

respecto al peso y la figura, restricciones a actividades que enfatizan el bajo peso. (p. 798-800)

2.7 Teoría de la desesperanza

Esta suposición plantea la existencia del estilo atribución, esto es, atribuir a sí mismo, inferir negativamente sobre las causas, consecuencias sobre sucesos vitales negativos, por lo que aquellas personas que poseen estos estilos tienen mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos (Abramson, Alloy, Metalsky, Joiner & Sandín, 1997). Esto refiere la vulnerabilidad a nivel cognitivo que puede desarrollar síntomas depresivos y surgen cuando la persona experimenta sucesos vitales negativos, (pp.358-372).

El estilo atribucional está compuesto por tres dimensiones, que en conjunto o separadas se activan cuando la persona se encuentra atravesando un evento negativo o positivo, tratando de dar explicación a dicho evento, estas son: estables-inestables, globales-específicas, internas-externas Manrique, (2003) plantean que la vulnerabilidad cognitiva está constituida por tres patrones inferenciales desadaptativos, (pp.43-62):

- 1) Tendencia a inferir que los factores estables (probabilidad de persistir durante el tiempo) por ejemplo, “siempre me pasa esto” y globales (probabilidad de afectar a muchas áreas de la vida) “toda mi vida es un fracaso” causan los sucesos negativos.
- 2) Tendencia a inferir que los sucesos negativos presentes conducirán a eventos negativos futuros.
- 3) Tendencia a inferir características negativas sobre sí mismo/a cuando ocurren sucesos negativos.

Por tanto, la vulnerabilidad cognitiva es un tipo de predisposición a la depresión, la cual incrementa su probabilidad de presentar síntomas depresivos, pero se necesitan otras variables para que se

desarrollen estos síntomas depresivos. Algunas variables y/o patrones disfuncionales de apego en la infancia pueden estar relacionados con una vulnerabilidad para la depresión.

Es decir, cuando no se alcanza el logro existencial se origina una frustración que se asociaría a la desesperanza caracterizada por la duda sobre el sentido de la vida; por un vacío existencial que se manifestaría en un estado de tedio, percepción de falta de control sobre la propia vida y ausencia de metas vitales. Por lo tanto, la calidad de la relación o la intensidad consistente del vínculo afectivo determinará la capacidad para establecer vínculos normales a la largo de su vida.

La desesperanza por causa existencial puede comportar riesgos depresivos y en ocasiones suicida, más en sujetos cuyas condiciones personales de salud física, social y económica son favorables, que cuando tales condiciones no son tan buenas pero que sí se experimenta el logro mismo de sentido (Frankl, 2015). Como resultado de ello se puede afirmar que la falta de sentido de la vida da lugar a una frustración existencial en la que se desespera. (p.112).

Entre el vacío existencial y la desesperanza, por tanto, existiría una relación estrecha; ambas remiten a un estado de ánimo y motivación y de sentimientos y de expectativas sobre el futuro caracterizado por la apatía, el cansancio, la falta de ilusión, la sensación de inutilidad de la vida, el fatalismo y la desorientación existencial. La desesperanza, por su parte, está relacionada en el modelo desarrollado por A. T. Beck (1998) y sus colaboradores, con sentimientos y cogniciones negativas acerca de uno mismo, del mundo y del futuro, correlacionando significativamente con ideaciones y tendencias suicidas: a mayor nivel de desesperanza, mayor frecuencia e intensidad de ideaciones suicidas y mayor probabilidad, por tanto, de materializar una conducta suicida. (pp.23-26).

La desesperanza operaría a modo de variable moduladora entre la depresión y la conducta suicida, por cuanto forma parte de las distorsiones cognitivas características de personas con depresión y con ideaciones suicidas.

2.8 Ansiedad

Citando a Mineka (2004), describe la ansiedad como una manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que se califica como emoción. Es un mecanismo humano de adaptación al medio y ayuda a superar ciertas exigencias de la vida. (pp. 377-412).

Se puede considerar a la ansiedad como una defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico y psicológico. Esto refiere que la mayoría nos ponemos ansiosos en circunstancias que ocasionan nerviosismo. Aunque los términos miedo y ansiedad se usan por lo común de manera intercambiable, los psicólogos hacen una distinción entre ellos en un contexto clínico. Miedo se refiere a una respuesta de alarma innata, casi con una base biológica, ante una situación peligrosa o que amenaza la vida.

La ansiedad, en contraste, es más orientada al futuro y global, refiriéndose al estado en que el individuo se muestra aprensivo, tenso y preocupado de manera desmesurada acerca de la posibilidad de que algo terrible suceda. Por tanto, Halgin (2009) define como:

“Una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de controlabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos”. (p.160).

La ansiedad tiene componentes cognitivos y afectivos. Cuando está ansioso, tiene una sensación de que algo terrible sucederá y que es impotente para cambiarlo. Comienza a enfocarse en sus preocupaciones internas mientras experimenta síntomas de hipervigilancia, respecto a la posibilidad de peligro o amenaza. Este estado se vuelve una fuente de preocupación clínica cuando alcanza un nivel tan intenso que interfiere con la capacidad para funcionar en la vida diaria, ya que la persona entra en un estado desadaptativo caracterizado por reacciones físicas y psicológicas intensas e irracionales.

La persona con trastorno de ansiedad está incapacitada por sentimientos de miedos y preocupaciones que se pueden volver crónicos e intensos, sensaciones tan fuertes que son incapaces de funcionar en forma cotidiana. La ansiedad es desagradable y les impide disfrutar muchas situaciones ordinarias, pero, además tratan de evitar situaciones que las hacen sentir ansiosas. Como resultado, pueden perder oportunidades para disfrutar o actuar mejor para sus propios fines.

El miedo, la ansiedad y la preocupación, sin embargo, no son dominio exclusivo del desastre y de otras experiencias que conlleven riesgo vital. En la mayoría de los casos la ansiedad se desarrolla en el contexto de presiones, demandas y estrés fluctuante de la vida cotidiana. Es decir que la ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo.

Es evidente en las crisis de angustia y en los brotes agudos de ansiedad que las personas manifiestan en situaciones específicas la ansiedad, por otra parte, la CIE 10 (1992), comenta que los trastornos neuróticos o de situaciones estresantes, es un grupo general que en ellos son frecuentes las mezclas de síntomas (la coexistencia de angustia y depresión es, con mucho, la más frecuente). Que describe un estado más duradero de la amenaza o la “aprensión ansiosa” que incluye otros factores cognitivos además del miedo como la aversión percibida, lo incontrolable, la incertidumbre, la vulnerabilidad (indefensión) y la incapacidad para obtener los resultados esperados. (p. 212).

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

Usuaría refiere, “Antigua patología de depresión post parto” “Proceso de separación”. SIC.

La usuaria se presentó al Centro de Asistencia Social, para lograr el cambio necesario y convivir plenamente en el diario vivir, además de afinar la relación de pareja.

Inició con información acerca de la compleja relación sentimental y vínculo amoroso con la pareja. Comentó que había estado separada del conviviente aproximadamente un año, pero el esposo continuó viviendo en la casa. La relación insegura ha generado en la usuaria malestares de origen emocional, y psicológicos tales como tristeza, soledad y hasta cierto repudio por el cónyuge debido a que en una en una ocasión éste le comentó que tuvo una “aventura” con otra mujer.

La usuaria comentó que había tenido una infancia difícil y que ha vivido en una familia disfuncional además informó que el padrastro abusó psicológicamente de ella durante el tiempo que vivió con él, señalando que era una mujer inútil con la frase “me quedaría como una maceta, sin hacer nada”, compartió la usuaria con llanto. Adicional con las actitudes permisivas que la madre tomaba hacia la usuaria de permitir que el padrastro la violentara de esa manera.

Indicó que después de esa etapa, inició con los estudios universitarios, conoció al conviviente y padre de los hijos y contrajeron matrimonio. M. indicó que fue gestante de un aborto tipo embrionario, lo cual le provocó aflicción y tristeza por no lograr el embarazo deseado, continuó diciendo, que en esos momentos decidió consultar con profesionales de salud mental, lo cual llegaron a la conclusión que había desarrollado depresión postparto. Comenta que por cultura y decisión propia ella se casó, lo cual, el priorizar esta determinación va más allá de lo personal, el realizar o hacer una familia es de suma importancia en la vida, por consiguiente, de esas circunstancias dejó de estudiar. Por lo que se encontraba decepcionada por la decisión tomada. Fue

de suma importancia mencionar que cualquier decisión o mandato que el esposo ejerza, solo él puede permitir. Situaciones que han generado preocupación hacia la usuaria. Además, comentó que no tiene ningún otro familiar por si toma la decisión de separarse. “Me da miedo irme de la casa porque no tengo a nadie y ningún otro lugar para vivir con mis hijos”. Refirió en estado angustioso la usuaria.

Comentó que las consecuencias de la disciplina erróneamente aplicada durante el crecimiento, es decir en la niñez de la usuaria, han ocasionado de alguna manera inseguridad para iniciar proyectos y así generar ingresos monetarios y tener sustento e independencia económica.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es el motivo por el cual mujer de 32 años padece de duelo no resuelto con trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad?

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo general

Evaluar los factores que provocaron el estado de ánimo distímico en mujer de 32 años.

3.3.2 Objetivos específicos

- Identificar las causas del estado depresivo persistente (distimia).
- Determinar características del estilo de crianza familiar.
- Conocer los efectos depresivos que tienen mayor relevancia en la vida de la mujer de 32 años.

3.4 Alcances

El alcance de la investigación es conocer la percepción errónea o distorsionada sobre los pensamientos de la paciente, tomando en consideración desde el punto vista del estado depresivo persistente. El cual ha sido el estado disfuncional de la persona. Así también como las creencias irracionales sobre familia y matrimonio además de la imagen corporal.

En la investigación se evaluó a una usuaria del CAS, de la Universidad Panamericana, en la ciudad de Guatemala, que asistió para recuperar el sentido de la vida y darle valor e importancia a la continuidad de la relación familiar y de pareja, por lo que los datos no son extrapolables a otros establecimientos con diferentes características y no se pueden generalizar a toda la población.

3.5 Límites

Una limitante fue al inicio del proceso en que la usuaria manifestó falta de confianza, apertura, sentimientos de vergüenza por la diferencia entre la usuaria y el terapeuta; además de limitar el criterio, veracidad en las respuestas en cuanto a las entrevistas y test aplicados. Cabe mencionar la percepción de victimizarse, sensación provocada de la usuaria al terapeuta practicante, factor que influyó el sesgo en la recopilación de datos.

Por último, cabe mencionar que otros elementos que fueron condicionantes, fue las restricciones de los horarios y disponibilidad tanto del Centro de práctica como el de la usuaria, que se presentó como limitante en el factor tiempo.

3.6 Metodología

El sujeto de estudio se conformó por una persona individual de género femenino de 32 años, que asistió al Centro de Asistencia Social zona 9 de la ciudad de Guatemala, de la Universidad Panamericana, con el fin de obtener asistencia psicológica. El proceso psicoterapéutico se dividió

en tres partes; entrevista, aplicación de pruebas psicológicas (proceso de evaluación) y tratamiento terapéutico.

Este proceso pretende además de evaluar la problemática presente, las variables que pudieron determinar el origen de estas, y a su vez los diversos factores que pueden mantenerlas. Así mismo, permite identificar los objetivos de tratamiento, que requieren una evaluación previa del caso y facilitará el cumplimiento de estos.

En este caso único, se ocuparon diversas técnicas para el proceso evaluativo, que permitieron identificar, distintos factores que facilitaron la explicación del perfil cognitivo-emocional y dinámicas tanto familiar y social, además de la conceptualización del caso.

De acuerdo con esta información se aplicó el proceso de evaluación por medio de las siguientes pruebas; test persona bajo la lluvia, test árbol, test familia, E.S.F.A. escala de ansiedad y depresión de Beck, escala de ajuste marital, Whodas. Seguidamente de la aplicación de pruebas, se elaboró la devolución de resultados de la cual se entregó un informe verbal. Posterior la ejecución de la elaboración del plan terapéutico.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización del estudio de caso

4.1.1 Datos generales

Iniciales:	M.V.N.
Sexo:	Femenino
Fecha de nacimiento:	20/02/1987
Edad:	32
Escolaridad:	Bachiller en CC.LL.
Estado civil:	Separada
Profesión:	Ama de casa
Dirección (zona):	z.7
Referido por:	página web
Fecha de inicio del proceso terapéutico:	23/03/2019 (se ausenta por motivos personales) 23/05/2019 (reanuda atención)

4.1.2 Motivo de consulta

Usuaría refiere, “Antigua patología de depresión post parto” “Proceso de separación”. SIC.

4.1.3 Historia del problema actual

Usuaría femenina se presentó al Centro de Asistencia, para lograr el cambio necesario y convivir plenamente en el diario vivir, además de afinar la relación de pareja.

Inició con información acerca de la mala relación sentimental y vínculo amoroso. Comentó que desde enero a la fecha del presente año ha estado separada con la pareja, pero la persona continuó viviendo en la casa. La relación inestable ha generado en la usuaria malestar emocional, tales como

tristeza soledad y hasta cierto repudio con la pareja ya que en una ocasión este le comentó que tuvo una aventura con otra mujer.

Continuó diciendo que tuvo una infancia difícil, comentó que vivió en una familia disfuncional y con padrastro que durante el tiempo que vivió con él, el señor abusó psicológicamente de ella y señaló que era una mujer inútil “me quedaría como una maceta, sin hacer nada”, indicó la usuaria con llanto. Adicional con las actitudes permisivas que la madre tomaba hacia la usuaria de permitir que el padrastro violentara de esa manera.

Indicó que después de esa etapa, inició con los estudios universitarios, conoció al padre actual de los hijos y decidieron casarse. M. indicó que fue gestante de un aborto tipo anembrionario, lo cual le provoca desconsuelo y tristeza por no lograr el embarazo deseado, continuó diciendo, que en esos momentos decide consultar con profesionales de salud mental, lo cual llegaron a la conclusión que había desarrollado depresión postparto.

Comentó que por cultura y decisión propia ella se casó, el priorizar esta determinación va más allá de lo personal, el realizar o hacer una familia es de suma importancia en la vida, lo cual la priorización de las circunstancias hace desertar de la educación. Por lo tanto, se lamentó y decepcionó de haber tomado tal determinación.

Fue de suma importancia mencionar que la usuaria vive en la casa que la pareja, por ende, la usuaria comentó que cualquier decisión o mandato, solo él puede permitir. Situaciones que han generado preocupación hacia la usuaria. Además, comentó que no tiene algún otro familiar por si toma la decisión de separarse. “Me da miedo irme de la casa porque no tengo a nadie y ningún otro lugar para vivir con mis hijos”. Refirió en estado angustioso la usuaria.

Comentó que las consecuencias de estos tratos aplicados durante el crecimiento han ocasionado de alguna manera inseguridad para iniciar proyectos y así generar ingresos monetarios y tener sustento e independencia económica.

4.1.4 Historia clínica

La usuaria comentó que existieron condiciones peligrosas o de alto riesgo durante el embarazo, problemas emocionales de la madre, durante este. El mismo fue de 9 meses, y el parto se realizó por medio de cesárea.

La usuaria refiere que el embarazo fue deseado y planeado según información que le pudo proporcionar la madre, no refiere ninguna enfermedad relevante durante la etapa de la niñez. Comentó que existió daño emocional por el abandono del padre durante esta etapa, alrededor de 5 años aproximadamente, tiempo en que también existió violencia intrafamiliar.

No refirió más información en la evolución neuro psíquica de ella, debido a la insuficiente información recibida de parte de la progenitora. Comentó tuvo momentos de depresión y recuerdos de los padres ausentes por no acudir, atender o prestaran atención a la misma usuaria.

Comentó que durante le época escolar no manifestó tristeza ni temores al asistir a la escuela, la edad que inició la educación fue a los 2 – 5 años en pre kínder, e indicó que no presentó inconveniente en adquirir conocimientos, algunos problemas de crear relaciones y amistades dentro del recinto educativo.

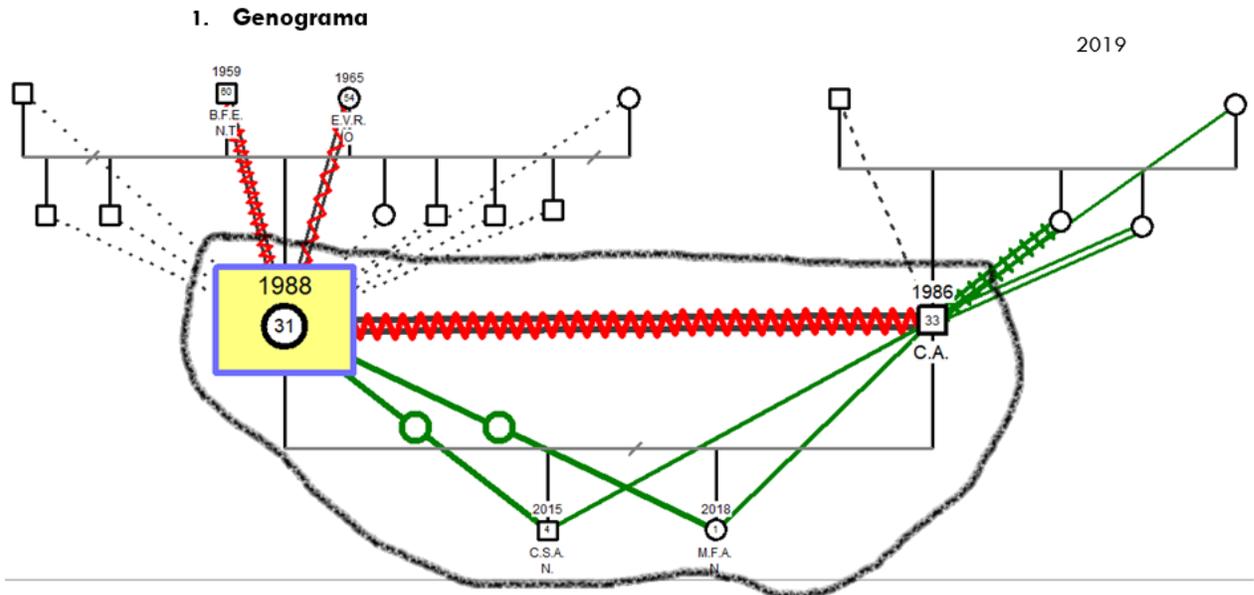
Posee buenas relaciones interpersonales, sin embargo, en ocasiones indicó perder el control de emociones y se comporta de manera una manera nerviosa, por el mal manejo del estrés, adicional de la dificultad de crear confianza. Reconoció tener respeto ante la autoridad. Se relaciona con pocos amigos y amigas.

Mencionó que aproximadamente a los 20 años inicia la vida sexual, como también el primer vínculo emocional. No refirió tener problemas con la justicia y carece de antecedentes penales. La usuaria inició experiencia laboral a los 25 años y tres años después queda desempleada y se dedica a ser ama de casa.

En eventos patológicos no refiere más información.

4.1.5 Historia familiar

Imagen 2
Genograma



Fuente: elaboración propia, marzo, 2019.

4.1.6 Estructura y antecedentes familiares

El genograma en observación es integrado por ambos padres, de 60 el padre y la madre 54 años, seis hermanastros, la usuaria indica no tener mayor afinidad con ninguno de los hermanastros. En la imagen muestra predominio de relaciones ausentes-apático, la dinámica familiar es conflictiva y es lo que refiere la usuaria, que el ambiente dentro del hogar y con los demás integrantes de esta familia es conflictiva y escasa comunicación asertiva.

La usuaria comenta que a grandes rasgos ha tenido dificultades dentro del desarrollo tanto emocional como psicológico, indica que no ha tenido buenas relaciones con los hermanastros ha percibido rechazo y por ende abandono de los padres. Así mismo indica que los padres de la usuaria están separados actualmente, y la madre de la usuaria vive en el extranjero. La vivienda es funcional en buen estado y condiciones para vivir. El grado académico de la usuaria es técnica en visitas médicas y la pareja, es Administrador de Empresas.

4.1.7 Examen del estado mental

En la primera sesión de rapport, encuadre terapéutico y lectura del consentimiento informado la paciente femenina de aspecto endomorfo, usuaria en atención terapéutica, estatura aproximada de 1.65 metros aproximadamente, contextura gruesa, se presenta ligeramente desalineada y de aseo personal adecuado, postura ansiosa y nerviosa denotando una expresión facial de preocupación con combinación de soledad y tristeza de actitud sumisa frente al entrevistador, colaboradora y atenta frente a preguntas del comportamiento, referencia familiar, social y académica de ella, de lenguaje coherente, y variabilidad en la fluidez. Usuaria se encuentra consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, memoria conservada en corto y largo plazo y percepción adecuada. Posee un estado de ánimo depresivo con actitud pesimista, en ocasiones de angustia; de ideas irracionales de temperamento flemático y melancólico. Instruida.

La usuaria con el respectivo tratamiento aplicado durante las 20 sesiones experimenta y percibe cambios clínicos significativos, estos fueron relacionados con el arreglo e higiene apropiados, haciendo contacto visual constante, cooperadora, abierta, concentrada, atenta, confiada y amable, denota estar orientada en persona, lugar y tiempo, demostrando prestar atención y estar concentrada durante la sesión. Con actitud de empoderamiento y rasgos de empatía por el aprendizaje de los que se ha apropiado.

4.1.8 Resultados de las pruebas

Tabla 1
Pruebas e instrumentos aplicados

Pruebas e instrumentos	Fecha de aplicación
Test Persona Bajo La Lluvia	08/06/2019
Test Árbol	15/06/2019
Test Familia	22/06/2019
E.S.F.A.	13/07/2019
Escala De Ansiedad Y Depresión Beck	27/07/2019
Escala De Ajuste Marital	10/08/2019
Whodas	17/08/2019

Fuente: elaboración propia, 2019.

4.1.8.1 Test persona bajo la lluvia

Se contempla valorar el nivel de protección que se tiene como persona individual, la usuaria, tal motivo se le solicita dibujar la persona bajo la lluvia.

Según protocolo y la posición de la figura esta se ubica bien en el espacio. Persona que representa el pasado, enfatizando lo maternal y replegarse con pesimismo, con tendencia a la depresión y en ocasiones desaliento con pensamientos traumáticos. Los análisis razonan rasgos de personalidad eufórica, de alegría y de espíritu noble. De comportamiento maniaco-depresivos y de escaso criterio. El dibujo se percibe con líneas de ansiedad e inseguridad que puede asociarse con problemas respiratorios. De afecto sensible y rasgos femeninos marcados con sentido estético.

Persona que tiene adaptabilidad y muestra tener armonía que puede generar excitabilidad con facilidad. Sin embargo, la usuaria se percibe bajo amenaza y presión lo que le causa estrés por el entorno y la falta de libertad para actuar y resolver riesgos. Esto indica que la persona se mantiene con visión del pasado acompañado con conflictos sin resolver y con los de la madre. También indica que la usuaria posee cierto grado de inmadurez emocional y tendencia a la negación de la situación, además de continuar con la dependencia maternal. De pensamiento sádica y agresiva-pasiva.

4.1.8.2 Test del árbol

Con la finalidad de complementar el análisis de la usuaria, se solicita el dibujo del árbol. Con el objetivo de conocer e interpretar la funcionalidad del individuo.

Durante el estudio de calificación del dibujo se focaliza con lo espiritual ético y religioso. Con estados energéticos de mando y brutalidad y en ocasiones violencia de contacto fuerte, esto refleja sentimientos de orgullo, vanidad con conflictos de sentimientos de inferioridad. También se asocia con la percepción corporal (obesidad).

Denota infantilidad y obstinación infantil e incongruencia en la compensación afectiva. Surge la percepción que tiene la tendencia de estar en contacto con el miedo y a la fantasía de pensamientos mágicos.

4.1.8.3 Test de la familia

Con la intención de analizar y detallar la idea que la usuaria tenga acerca del concepto de la familia se le solicita el dibujo. Misma que plasma la familia kinestésica Decisión que toma, por el gusto de tener actividades al aire libre.

Según el dibujo y con criterio del protocolo, refiere delicadeza de sentimientos, timidez e inhibición de los instintos, sin embargo, ante situaciones que generen alerta o de peligro la usuaria tiende a replegarse o también otras que generen irritabilidad y mal manejo de emociones. Tiende a vivir a con ideales e imaginativo, aunque se rigen por reglas.

La usuaria manifiesta, según el dibujo, sentimientos de inferioridad, inseguridad, timidez y el ambiente como amenazante que pueden desarrollar rasgos depresivos. Esto indica resistencia a evadir realidades. Presenta también deficiencia en las relaciones interpersonales, ya que refiere aislarse socialmente y no tener habilidades para enfrentar el mundo, Existe tendencia a la psico somatización. Esto indica la inmadurez e impulsividad de controles internos tales como las emociones.

4.1.8.4 Escala de satisfacción familiar E.S.F.A.

Dentro del proceso personal de la usuaria se contempla el análisis de la familia. Motivo de la aplicación de esta escala y aportar información a través de la percepción de la persona.

Cuadro No. 1

Resultado cuantitativo:

Centiles	10	20	30	40	50	60	70	80	90
Mujeres	81	100	117	125	129	133	138	145	150
Hombres	94	106	114	122	129	135	138	141	150

Fuente: elaboración propia, 2019.

PD total 111
Centil 25

Resultado cualitativo:

Esta escala sugiere que las ponderaciones por encima del centil 70, indica satisfacción familiar baja. En algunos con niveles de centiles 80-90 o superiores, claramente indica que las interacciones con la familia resultan más gratificantes y el sujeto encuentra las relaciones positivas.

Tal como es evidente con la usuaria, en que el resultado sugiere el desagrado y se desenvuelve en un clima familiar hostil que perturba la estancia y el bienestar personal. Se debe considerar las afecciones personales que manifiesta la usuaria acerca de las relaciones familiares disfuncionales, esto quiere decir que podría estar indicando problemas de separación-individuación como fuente de su insatisfacción familiar, además del problema de comunicación intrafamiliar.

4.1.8.5 Batería de ansiedad y depresión de Beck

Por motivos de inestabilidad combinado con los desajustes emocionales y de humor se considera la siguiente evaluación.

Se considera estado de ansiedad y depresión cuando la persona obtiene ponderación de más de 16 puntos. La usuaria manifiesta rasgos ansiosos y episodios depresivos debido a que los resultados concluyen mediante las ponderaciones 17 puntos y 20 puntos respectivamente.

4.1.8.6 Escala de ajuste marital (EAM)

Se recomendó evaluar y analizar generalidades de la comunicación y dinámicas dentro de la esfera matrimonial de la usuaria. Y los resultados son los siguientes.

En el análisis de la escala, esta considera la ponderación mayor a 35 puntos sugiere a la persona “muy infeliz”. Dado que la usuaria en las elecciones que tomo, los resultados se obtuvieron 41pts. En la primera serie, posterior la sumatoria de la otra parte ponderó 35pts.

Con este resultado se considera que la usuaria, percibe la necesidad de rectificar la decisión de la toma del matrimonio, adicional se evidencia y concreta la inestabilidad emocional que posee con la pareja.

4.1.8.7 Whodas 2.0

Como requisito del centro de práctica se aplica la presente prueba, además de evaluar oportunamente el desempeño social y personal de la usuaria.

Cuadro No. 2

COMPRENSIÓN Y COMUNICACIÓN	43%	No muestra discapacidad
CAPACIDAD PARA MOVERSE EN SU ALREDEDOR (ENTORNO)	24%	No muestra discapacidad
CUIDADO PERSONAL	25%	No muestra discapacidad
RELACIONES CON OTRAS PERSONAS	52%	Existe evidencia de discapacidad
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	56%	Existe evidencia de discapacidad
PARTICIPACIÓN EN SOCIEDAD	43%	No muestra discapacidad

Fuente: elaboración propia, 2019.

Para la interpretación cualitativa, la usuaria presenta discapacidad en algunas áreas del cuestionario, por lo cual se debe considerar prestar atención clínica. Se contempla las esferas en las que se debe valorar de atención, tales como las relaciones con otras personas y actividades de la vida diaria. Estas dos ponen de manifiesto los valores de referencia de puntaje con mayor evidencia de limitantes lo cual se asocia a la problemática de la usuaria. Se atribuye el malestar a los ítems mencionado porque son los conflictos que pueden determinar el comportamiento que actualmente presenta la persona. Adicional tomar en cuenta sobre las otras esferas que comprende la tabla, por el resultado que se acerca al rango obtenido.

4.1.9 Impresión diagnóstica

M.N. femenina de 32 años, madre de dos hijos con tendencia a ser aprensiva con ellos, hija de una unión disfuncional, con hermanastros de parte del padre, los padres están separados, la paciente vive con la pareja. Comentó que es producto de embarazo no planificado ni deseado y de gestación de 9 meses, no refiere más información acerca del crecimiento de la niñez, aunque indicó ser abusada verbal y psicológicamente por el padrastro dañando progresivamente la autoestima y la escasa protección emocional de la madre hacia la usuaria. Se presenta, con sentimientos de soledad y rasgos e ideas depresivas de carácter negativa, introvertida, insegura, afectiva, colaboradora, luciendo en ocasiones con tristeza y desesperanza.

De acuerdo con la entrevista con la usuaria, observación de la conducta y expresado dentro de la clínica, se considera los siguientes hallazgos: M.N. presenta cuadros clínicos de atención y desajustes psicológicos que interfieren el área social, académico, personal y familiar, áreas que engloban la capacidad de la individuo crecer y ser funcional integralmente. Presenta dificultades en relacionarse con la pareja debido a que confirma abuso verbal de parte de la pareja, adicional engaño sentimental. Anteriormente comentó que un grupo de médicos adicionales a la terapeuta privados que en su momento visitó, llegaron a la conclusión y al diagnóstico de depresión postparto por embarazo embrionario, situación y proceso anímico que se puede considerar en la proyección dentro de las pruebas aplicadas tales como la escala familiar y escala de Beck. Escalas que según puntuación requiere atención referente a la afección clínica.

El contenido de los pensamientos asociados a la culpabilidad y que generalmente presenta sentimientos de inutilidad, de no ser digna de vivir o de ser incapaz de hacer frente al dolor de la depresión. Así mismo muestra que al experimentar durante la infancia que se derivan en el estilo de crianza, debido al estado de esa etapa tuvo conflictos emocionales con el padrastro, sentimiento e ideas distorsionadas referentes al cuidado y amor hacia ella. Este estado de ánimo y características que mantenía por más de 2 años, la hacen acudir a consulta.

4.1.10 Evaluación según DSM- 5

300.4 (F34.1) Trastorno depresivo persistente (distimia)

- A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente 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.
- B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:
 - 1. Sobrealimentación.
 - 2. Poca energía o fatiga.
 - 3. Baja autoestima
 - 4. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones
 - 5. Sentimientos de desesperanza.
- C. Durante el periodo de dos años de alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
- E. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Con características atípicas:

- A. Reactividad del estado de ánimo (es decir, aumento del estado de ánimo en respuesta a sucesos positivos reales o potenciales).
- B. Dos (o más) de las características siguientes:
 - 1. Notable aumento de peso o del apetito.
 - 2. Hipersomnia.
 - 3. Parálisis plúmbea (es decir, sensación de pesadez plúmbea en brazos o piernas).
 - 4. Patrón prolongado de sensibilidad de rechazo interpersonal (no limitado a los episodios de alteración del estado de ánimo) que causa deterioro social o laboral importante.

V61.10 (Z63.8) Relación conflictiva con el cónyuge o la pareja

La calidad de la relación de pareja que va el deterioro funcional en los dominios conductuales, cognitivos o afectivos. Los problemas conductuales se presentan en la resolución de conflictos, abandono y la intromisión excesiva. Los problemas cognitivos se pueden manifestar como atribuciones negativas constantes a las intenciones del otro o rechazo de los comportamientos positivos de la pareja, como también los problemas afectivos pueden ser tristeza, apatía o rabia crónicas contra el otro miembro de la relación.

Maltrato psicológico infantil

El maltrato psicológico infantil consiste en actos no accidentales, verbales o simbólicos, realizados por un progenitor o un cuidador de un niño que provoquen o generen una probabilidad razonable de causar un daño psicológico en el niño. Entre los ejemplos de maltrato psicológico infantil cabe citar amonestar, menospreciar o humillar al niño, amenazarlo, quitarle o hacerle abandonar o decirle que le van a quitar o hacer abandonar a personas o cosas que el niño quiere, recluirlo.

Maltrato psicológico infantil, confirmado

995.51 (T74.32XA) Hallazgo inicial

4.1.11 Recomendaciones terapéuticas para el caso

- Se recomienda que la paciente continúe con el plan terapéutico.
- Se le recomienda acudir a terapias de grupo y/o de parejas para rehabilitar y subsanar la relación del vínculo afectivo de pareja así mismo se recomienda crear redes de apoyo que contribuyan al mejor desenvolvimiento social y mejorar la relación con los padres.
- Así mismo valorar la referencia a especialidad médica psiquiátrica para comprender y fortalecer el abordaje a manera integral.

4.1.12 Plan terapéutico

Tabla 2
Presentación del plan terapéutico

Problema Clínico	Objetivo	Técnicas	Observaciones y duración	Recursos
Trastorno depresivo persistente (distimia)	<p>Reducir la frecuencia y la duración de los pensamientos negativos y modificar actitudes pesimistas.</p> <p>Autocontrol de las emociones negativas: desesperanza, ira, tristeza.</p> <p>Reactivar habilidades y actividades donde se mejore las capacidades físicas, sociales y psicológicas</p>	<p>Detención del pensamiento</p> <p>auto vigilancia. “Me hago responsable”</p> <p>Aquí y ahora</p>	<p>Todo el desarrollo del plan terapéutico 5 sesiones</p>	<p>Se da elegir a la usuaria, proyectos de vida que promuevan la participación con la sociedad</p>
Relación conflictiva con el cónyuge o la pareja	<p>Crear habilidades para expresar sentimientos y pensamientos asertivamente.</p>	<p>Reestructuración cognitiva. Diario de actividades.</p> <p>Dramatización, Entrenamiento en asertividad.</p>	<p>3 sesiones</p>	<p>Asertividad emocional;</p>
	<p>Brindarle herramientas que permitan mediar y resolver conflictos.</p>	<p>Resolución de problemas PNL, dramatización, relajación</p> <p>Role play</p>	<p>2 sesiones.</p> <p>Trasformar las preguntas en afirmaciones</p>	<p>Biblioterapia GANAR-GANAR</p> <p>Ejercicios varios para practicar en casa.</p>

4.2 Análisis de resultados del caso de estudio

Seguidamente de los problemas de estudio y valorando los síntomas y signos presentes de la paciente, se planeó un diseño de tratamiento basado en técnicas de Programación neurolingüística, conductual-cognoscitivo y racional emotivo-conductual con una revisión de bibliografía previa, que permitió realizar un proceso de intervención ajustado a las necesidades de la paciente, que podrían aportar a nuevas investigaciones en cuanto a la patología.

En el progreso de la investigación, se logró llegar a diversas conclusiones, de acuerdo con la historia, problemática, experiencia y síntomas exteriorizados de la paciente acerca del origen del trastorno, factores de adquisición, predisposición, identificación de las creencias centrales y esquemas de estilos de vida, de las cuales, se explicará el siguiente análisis.

M.V.N., estuvo expuesta a eventos que causaron desajustes emocionales en la niñez, tales como, restricciones de actividades de ocio y entretenimiento, críticas acerca de su aspecto físico, discusiones con ambos padres por el reglamento autoritario del hogar y abuso psicológico dentro del mismo, discusiones con la madre debido a desacuerdos por la relación de pareja, continuar con los patrones de crianza y familiares a futuro, adicional, replicar la inestabilidad-disfuncional familiar que algún día vivió en la etapa de crecimiento, asociado con los problemas en pareja.

El hábito frecuente, estuvo en un medio poco reforzante, el cual invalidaba su concepto y valía, siendo la familia nuclear carente de expresiones de afecto positivo. Por tanto, se confirma con la teoría de Beck; El modelo emotivo-racional cognitivo, el cual ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión. Esta teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos, percepciones negativas (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activos por determinadas circunstancias, detonadas por las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas. Beck, (1967). (pp. 561-571)

Por consiguiente, se considera que una persona que enferma de algún “desorden emocional”, tiende a experimentar reacciones emocionales excesivas o inapropiadas a causa de una vulnerabilidad o deficiencia unida a estrés acumulado. Bajo tales condiciones pueden instalarse valoraciones acompañada de ideas y/o pensamientos irracionales sobre sí mismo y el mundo que anulan o sobrepasan las valoraciones realistas precisas. Los pensamientos irracionales que cada paciente desarrolle con base en aspectos significativos de su vida, éste desarrollará depresión, estado ansioso, o estado paranoide. Beck (1967) (pp.561-571)

En relación con lo anterior, esta teoría se considera al trastorno en el pensamiento conformado por una fijación obligada en la atención ante ciertos estímulos, una constricción de la conciencia, una abstracción selectiva, y una distorsión, Las diferencias en la emoción pueden explicarse por las diferencias en los significados desviados y los contenidos del pensamiento, esto quiere decir que la paciente presentó una serie de distorsiones cognitivas como, filtraje, sobre generalización, y visión catastrófica referente al crecimiento personal, estas, que para Beck, hacen parte de la modalidad depresiva, juntamente con la triada cognitiva de dicho autor.

Y estos fallos sistemáticos que se dan en el pensamiento de la persona deprimida mantienen la creencia del paciente en la validez de los conceptos negativos, tales como: sentimientos de rabia, soledad, y ambivalencia, teniendo pensamientos de auto concepto de “no merezco”, “no me quieren”, “soy horrible, me quedaré como soy”, gestando una creencia central en la paciente de “no merezco nada, no seré nadie”, que a su vez está compuesta por creencias intermedias mostrando actitud como “no me aceptarán”, acompañada por reglas tales como “debo hacer mi mejor esfuerzo”, utilizando estrategias mal adaptativas de escape y retirada, que le permiten evitar el afrontamiento ante estas situaciones que le generan malestar.

Así mismo, la paciente, posee una predisposición psicosocial, de antecedentes de familia disfuncional, como el rechazo del núcleo familiar cercano al que estuvo inmersa. De igual manera, los factores familiares que predisponen el diagnóstico y problemática actual, como los vínculos afectivos ambivalentes y ausentes entre los miembros de la familia, que para Bowlby (1973) hace mención que, las personas y animales poseen instintos de apego, con los cuales buscan crear

vínculos estables con su principal figura afectiva. Bowlby (1973) propone que los seres humanos tienen una tendencia a equilibrar entre la preservación de lo conocido y la búsqueda de novedades. Además de señalar que los patrones de apego persisten en la adultez y puede afectar las relaciones interpersonales, De acuerdo con lo anterior se ha expresado esto diciendo que el apego es un proceso que se expande desde “la cuna hasta la tumba”.

Algunos de los factores que favorecen al mantenimiento de la problemática en M. tales como, el auto concepto negativo, dialogo negativo interno, mecanismos de afrontamiento inadecuado, refuerzan la continuidad de su esquema de desconexión y rechazo; los cuales se evidencian en la paciente las características de abandono/inestabilidad, desconfianza/abuso, privación emocional, imperfección/ vergüenza, y en ocasiones aislamiento social.

Con esto se facilita la ubicación y presencia de los criterios del trastorno depresivo persistente, ya que el objetivo principal, se pretendía, realizar la descripción bajo el respaldo teórico, además, cabe mencionar la importancia de los resultados de los instrumentos aplicados, que en conjunto con el respaldo del DSM 5 y los criterios diagnósticos además de la CIE 10, y el proceso del ejercicio clínico.

Conclusiones

Las causas del trastorno distímico son compleja y multifactorial; involucra mecanismos biopsicosociales. Por otra parte, los estudios, análisis sobre la génesis de desarrollo de las características cognitivas, afectivas y comportamentales, para la manifestación de dicho trastorno; apoyan la idea de que la depresión en el adulto surge de la interacción entre ciertas situaciones estresantes y un factor de predisposición o vulnerabilidad de la personalidad del sujeto, asociados con diversas distorsiones cognitivas frente a sí mismo, el mundo y una visión negativa frente al futuro. Provocando inseguridad y disfuncionalidad de adaptación del individuo en el desarrollo.

La relación con los progenitores es la variable de mayor peso en la formación del argumento de vida de toda persona. Aun cuando el menor de edad cuenta con una madre amorosa y con proyecto de vida, la necesidad de una figura paterna es latente. La ausencia del estilo democrático es evidente lo cual tuvo como resultado el desarrollo del trastorno internalizante como depresión y rasgos ansiosos. Es decir, se manifiesta la carencia más adelante con proyecciones de estilos de crianza menos competentes y negativos en los padres encauzando una familia disfuncional.

La mayoría de las mujeres víctimas de violencia a menudo se sienten desesperadas, atemorizadas y con baja autoestima a causa de la situación en la que se desenvuelven en su diario vivir. Casi en su totalidad, los problemas psicológicos y existenciales se originan en la niñez. Lo cual provoca impedimento de darle propósito y sentido a la vida. O bien el mal funcionamiento de la estructura familiar causa efectos emocionales negativos en sus miembros y se ve reflejado en la inadecuada adaptación en la sociedad.

Recomendaciones

Cuando el paciente presente rasgos depresivos o de desesperanza, resulta de gran utilidad el detectar personas cercanas al paciente, con los cuales éste pueda entrar en contacto para compartir su sufrimiento y sentirse apoyado, ya que este sentimiento de pertenencia y afecto cataliza en gran medida el mejoramiento del estado anímico del paciente.

Se recomienda que, sin importar la edad de los pacientes, se haga consciencia de su argumento de vida, ya que éste muchas veces es el motor inconsciente de sus patrones destructivos.

Es importante identificar los temores, peligros y necesidades del paciente y poder trabajar cada uno de ellos para el bienestar integral de él mismo. Así contar con un repertorio de técnicas que permite a los terapeutas abordar los problemas presentados por los consultantes desde diferentes perspectivas, utilizándolas como herramientas para la planificación y ejecución de los planes terapéuticos individuales y familiares.

Guatemala debe prestarle una mayor atención al área psicológica de sus pobladores, creando programas gratuitos o de bajo costo, que velen por la salud integral de personas de bajos recursos, con el objetivo de prevenir, así como de atención primaria.

Se recomienda a la Universidad Panamericana, coordinar que la práctica supervisada, provea información esencial en rubros sobre Psicología Preventiva con la finalidad de ser enfocada a abordar temas relacionados con el buen funcionamiento y armonía familiar, así como la prevención de embarazos no deseados. Ya que con esto se pondría un granito de arena en la colaboración a un problema creciente que se da en la sociedad guatemalteca, iniciando por la familia.

Referencias

- Aguilar, M. (2010). *Incidencia de la autoestima en la consolidación de la imagen corporal en mujeres. Tesis inédita*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Association, A. P. (2014). *DSM-5 Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Médica Panamericana, S.A.
- Beck, A. T. (1984). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Diari De Balears.
- Beck, A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastonos de ANSIEDAD*. Bilbao : DESCLÉE DE BROUWER, S.A.
- Bowlby, J. (1986). *Vinculos afectivos: formación desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida. El Apego*. Barcelona: Paidós.
- Calva, M. (27 de marzi de 2004). *Obesidad*. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos15/obesiad/obesidad.shtml>
- Cools., Shotte, D. & McNally, R. (1992). Emotional arousal and overeating in restrained Eaters. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 348-351.
- Frankl, V. (1997). *Teoría y terapia de las neurosis. Iniciación a la logoterapia y el análisis existencial*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E. (1991). *El hombre en búsqueda de sentido*. Barcelona: Herder.

- Gibson, E. (2006). Emotional influences on food choice: Sensory, physiological and psychological pathways. *Physiology & Behavior*, 89, 53-61.
- Goldberg, A. (24 de marzo de 2002). *Secuelas de Obesidad en la Salud*. Obtenido de <http://www.obesidad.net/spanish2002/secuela3.shtml>
- Halgin, R. P. y Whitbourne, S. K. (2009). *Psicología de la anormalidad*. Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos (5a ed.). México: McGrawHill
- Iruarizaga, I., Romero, N., Rubio, M. y Cabreriso, L. (15 de febrero de 2004). *Entrenamiento en control emocional en obesidad mórbida*. Obtenido de Psicología.com: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/62/2358/?++interactivo>
- Kaplan H, Sadock B. (1999). *Duelo, luto y el sentimiento de pérdida*. Madrid: Médica Panamericana. (pp.78-83)
- Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-116.
- Morrison, J. (2015). *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico*. Manual Moderno.
- OMS. (10 de marzo de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de www.oms.org
- Palladino, C. (2004). *Comó desarrollar la autoestima*. Mexico: Iberoamérica.
- Palladino, P. (2007). *Guía para lograr el éxito personal, como desarrollar tu autoestima*. España: Horas y Horas
- RAE. (20 de marzo de 2020). *Real Academia Española*. Obtenido de www.rae.es

Ruiz, Dominguez, Claudia, Benítez, Hernández, María del Mar, Gómez, Rodríguez, Cristobal, Budia, Luque, Asunción . (s.f.).

Ruiz, Dominguez, Claudia, Benítez, Hernández, María del Mar, Gómez, Rodríguez, Cristobal, Budia, Luque, Asunción, Borda, Mas, Mercedes, Avargues, Navarro, María Luisa. (2020 de marzo de 2020). *Deposito de Investigación Universidad de Sevilla*. Obtenido de <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/80622/Pages%20from%20Actas%20VII%20Congreso%20I%2bG%202018-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Salud, O. M. (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor

Sánchez, J. (24 de marzo de 2004). *Ensayo, obesidad y autoestima en psicoterapia Gestalt*. Obtenido de Centro Gestalt de México: <http://www.mundogestalt.com/cgi-bin/index.cgi?action=viewnews&id=133>

UPANA. (2019). *CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL* . Obtenido de <https://www.upana.edu.gt/>

wordreference. (01 de marzo de 2020). *wordrefence*. Obtenido de www.wordreference.com

Anexos

Tabla de variables

Tabla No.3

Plantear la Problemática	(variable de estudio) tema a investigar)	(sub temas de la variable de estudios)	(preguntas de investigación)	(Objetivo general)	(objetivos específicos)	Instrumentos a utilizar	Sujetos de Estudio
Tristeza Mala comunicación y relación en pareja Sentimiento de desesperanza Abuso verbal Infidelidad	Duelo no resuelto en mujer de 32 años diagnóstica con trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad.	Duelo Baja Autoestima Sobrealimentación Desesperanza Ansiedad	¿Cuál es el motivo por el cual mujer de 32 años padece de duelo no resuelto con trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad?	Evaluar los factores que provocaron el estado de ánimo distímico en mujer de 32 años.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar las causas del estado depresivo persistente (distimia). Determinar características del estilo de crianza familiar. Conocer los efectos depresivos que tienen mayor relevancia en la vida de la mujer de 32 años. 	Persona bajo la lluvia Árbol Familia Whodas ESFA Depresión-Beck Test ajuste marital	Px atendida en CAS.