

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



**Estudio de Caso de mujer de 65 años con trastorno depresivo persistente
atendida en Centro de Esperanza Familiar Buckner, en el municipio de
Jocotenango, Antigua Guatemala**
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Hilce Priscila Zebadua Estrada

Guatemala, junio 2017

**Estudio de Caso de mujer de 65 años con trastorno depresivo persistente
atendida en Centro de Esperanza Familiar Buckner, en el municipio de
Jocotenango, Antigua Guatemala**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Hilce Priscila Zebadua Estrada

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

Licda. Marina Chavarría (**Revisora**)

Guatemala, junio 2017

Autoridades Universidad Panamericana

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

Autoridades Facultad de Humanidades

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

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

Sistematización de Práctica Profesional Dirigida

FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: *Hilce Priscila Zebadua Estrada*

Estudiante de la **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación

DICTAMEN: Mes de enero 2017

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

1. La solicitud hecha para realizar la **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida** está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante: *Hilce Priscila Zebadua Estrada*, recibe la aprobación para realizar su **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida**.



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



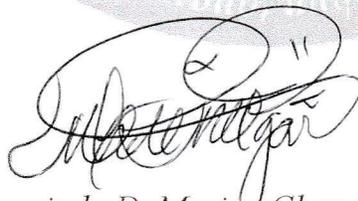
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala seis de enero del dos mil diez y siete.

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Estudio de Caso de mujer de 65 años con trastorno depresivo persistente atendida en Centro de Esperanza Familiar Buckner, en el municipio de Jocotenango, Antigua Guatemala". Presentada por la estudiante **Hilce Priscila Zebadua Estrada**, 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.


MSc. Anabella Cerezo Alecio
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes junio del año 2017.

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Estudio de Caso de mujer de 65 años con trastorno depresivo persistente atendida en Centro de Esperanza Familiar Buckner, en el municipio de Jocotenango, Antigua Guatemala”**. Presentado por el (la) estudiante: **Hilce Priscila Zebadúa Estrada**, 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.



Licenciada D. Marina Chavarría A.
Revisora



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida con el tema "Estudio de Caso de mujer de 65 años con trastorno depresivo persistente atendida en Centro de Esperanza Familiar Buckner, en el municipio de Jocotenango, Antigua Guatemala", presentado por: Hilce Priscila Zebadua Estrada, previo a optar grado académico de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida.

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

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

Contenido

Resumen		i
Introducción		ii
Capítulo 1 Marco de Referencia		
1.1	Antecedentes	1
1.2	Descripción	2
1.3	Ubicación	2
1.4	Estructura de la Organización	3
1.5	Organigrama	4
1.6	Visión	4
1.7	Misión	5
1.8	Programas establecidos	5
1.9	Justificación de la Investigación	5
Capítulo 2 Marco Teórico		
2.1	Definición del Trastorno Depresivo Persistente	6
2.2	Definición de Ansiedad	10
2.3	Las emociones	12
2.4	El proceso emocional	13
2.5	Efectos de la depresión sobre las relaciones interpersonales y de pareja	14
Capítulo 3 Marco Metodológico		
3.1	Planteamiento del problema	15
3.1.1	Problemática del caso de estudio	15
3.2	Pregunta de investigación	17
3.3	Objetivo General	17
3.4	Objetivos Específicos	18

3.5	Alcances y Límites	18
3.6	Metodología	19
Capítulo 4 Presentación de Resultados		
4.1	Sistematización del estudio de caso	21
4.1.1	Motivo de Consulta	21
4.1.2	Historia del problema actual	21
4.1.3	Historia Clínica	22
4.1.4	Historia Familiar	25
4.1.5	Examen del estado mental	26
4.1.6	Resultados de las pruebas	27
4.1.7	Impresión Diagnóstica	30
4.1.8	Evaluación DSM5	31
4.1.9	Recomendaciones	32
4.1.10	Plan Terapéutico	32
4.2	Análisis de Resultados	32
Conclusiones		35
Referencias		36
Anexos		37
Lista de Imágenes		
	Imagen No. 1 Ubicación de Centro de Esperanza Familiar Buckner	3
	Imagen No. 2 Organigrama	4
	Imagen No. 3 Genograma	25
Lista de Cuadros		
	Cuadro No. 1 Pruebas e instrumentos aplicados	27
	Cuadro No. 2 CAQ Resultados Cuantitativos	29
	Cuadro No. 3 Resultados de Test Whodas 2.0	30

Resumen

En el presente informe se presenta el estudio de caso que se realizó como parte de la práctica profesional dirigida del quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería social de la Universidad Panamericana sede central zona 16 la cual se llevó a cabo en el centro de esperanza familiar Buckner ubicado en el municipio de Jocotenango Antigua Guatemala, con un tiempo aproximado 9 meses durante mes de febrero a noviembre del año 2,016.

En el capítulo 1, Marco de Referencia se realiza una descripción estructurada y detallada de los antecedentes de la institución, ubicación, organización, visión, misión y programas establecidos.

En el capítulo 2, Marco Teórico se presenta toda la base teórica del presente informe de forma detallada sobre la investigación de como afecto el trastorno depresivo persistente a la mujer de 65 años basados en diferentes autores.

En el capítulo 3, Marco Metodológico, se plasma de una manera específica el planteamiento del problema, problemática del caso de estudio, pregunta de investigación, objetivos, alcances y límites de la institución. Al igual la metodología que se utilizó en el caso de estudio; en la cual se ejecutó un estudio cualitativo descriptivo, donde se tomó como sujeto de estudio a una de las pacientes para proceso terapéutico.

También se describe al paciente por medio del proceso psicodiagnóstico a través de las pruebas aplicadas para lograr establecer un diagnóstico acertado, posteriormente se llevó a cabo el plan terapéutico basado en las características y necesidades presentadas por la paciente del caso de estudio.

En el capítulo 4, Presentación de resultados, se despliega la sistematización del estudio de caso, información relevante de la paciente, la cual incluye datos generales, motivo de consulta, historia del problema, entre otros; así como conclusiones y recomendaciones del análisis de resultados.

Introducción

La depresión puede describirse como el estado en las que las personas se sienten tristes, melancólicos, abatidos o desesperanzados. Todos los seres humanos hemos sentido estos estados en algún periodo de nuestra vida, ya sea por tiempos cortos o largos, lo cual afecta el estado anímico en los que predominan la tristeza, ira, desesperanza, abatimiento o frustración que interfieren en nuestro desenvolvimiento en la vida diaria durante un tiempo el cual puede variar entre semanas, o más.

Los tipos principales de depresión abarcan: el trastorno depresivo mayor, sucede cuando los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria por semanas, o períodos más largos de tiempo. El trastorno depresivo persistente, se trata de un estado de ánimo depresivo que tiene al menos 2 años de duración, a lo largo de ese periodo de tiempo puede tener momentos de depresión mayor junto con épocas en las que los síntomas son menos graves.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

La organización Buckner surge en Texas, Estados Unidos en 1879 por el Dr. Robert Cooke "padre" Buckner, inicia con la fundación de un Orfanato en Dallas después de ver las necesidades de los niños huérfanos. Inicia con seis niños y en 1910 el orfanato atiende a 600 niños, con el apoyo de la Convención General Bautista de Texas. La profunda compasión del Padre Buckner para el desesperado e impotente, sirvió como la fuerza impulsora detrás de su ministerio.

Constantemente buscó formas innovadoras para entregar los ministerios sociales y la combinación de sus creencias teológicas con una conciencia social progresiva. Actualmente Buckner Internacional es dirigido por el Dr. Albert L. Reyes siendo el sexto presidente desde su fundación en 1879. Buckner es una organización sin fines de lucro orientada a servir a familias, niños, niñas y adolescentes en estado de vulnerabilidad.

Buckner, Centro de esperanza familiar es una institución que se enfoca en mejorar las vidas de familias vulnerables a través de diferentes programas impartidos, como lo son programas comunitarios, programas de educación familiar para la vida; entre ellas CONALFA, que se imparte en el municipio de Jocotenango, escuela para padres, enseñanza del idioma inglés, habilidades laborales certificadas (cocina, repostería, etc.) , capacitación tecnológica, computación, y capacitación comunitaria para la vida (cocina, repostería, bordados entre otras).

También cuenta con programas de intervención familiar, como lo son el manejo de casos, en las cuales se lleva a cabo una evaluación de familias necesitadas a través de un estudio socioeconómico, el cual permite conocer las carencias tanto materiales como espirituales, y de esta manera se elabora un plan de tratamiento para que puedan presentar cambios positivos.

CEF se enfoca en mejorar las vidas de familias vulnerables a través de diferentes programas, como lo son , programas de salud de jornadas varias (dentales, oftalmológicas, desparasitación y Papanicolaou; servicios médicos (atención medica en clínica, brindando medicina general); educación en salud preventiva, programas de ayuda comunitaria, apoyo y asistencia; asistencia familiar (es todo que se les brinda a las familias, como alimentos, zapatos, útiles escolares); así como también el enriquecimiento que está integrado por talleres y grupos de misiones que visitan los centros, impartiendo talleres de gimnasia, guitarra, actividades para niños, como lo son las manualidades, coros, entre otros.

1.2 Descripción

La práctica profesional dirigida se llevó a cabo en institución Buckner, ubicado en el municipio de Jocotenango del departamento de Sacatepéquez Antigua Guatemala. Durante el ejercicio profesional la institución asigno diferentes casos clínicos para el apoyo psicológico de personas y miembros de diferentes familias para lograr un bienestar emocional en sus vidas. La Fecha de práctica de Psicología Clínica se inició a finales del mes de febrero 2016, realizándose todos los días lunes y jueves hasta el mes de noviembre de 2016.

1.3 Ubicación

La práctica se llevó a cabo en la siguiente dirección: 8 calle 2-00 col. Los llanos Jocotenango, Antigua Guatemala

Imagen No. 1

Ubicación de centro de esperanza familiar Buckner Jocotenango, Antigua Guatemala



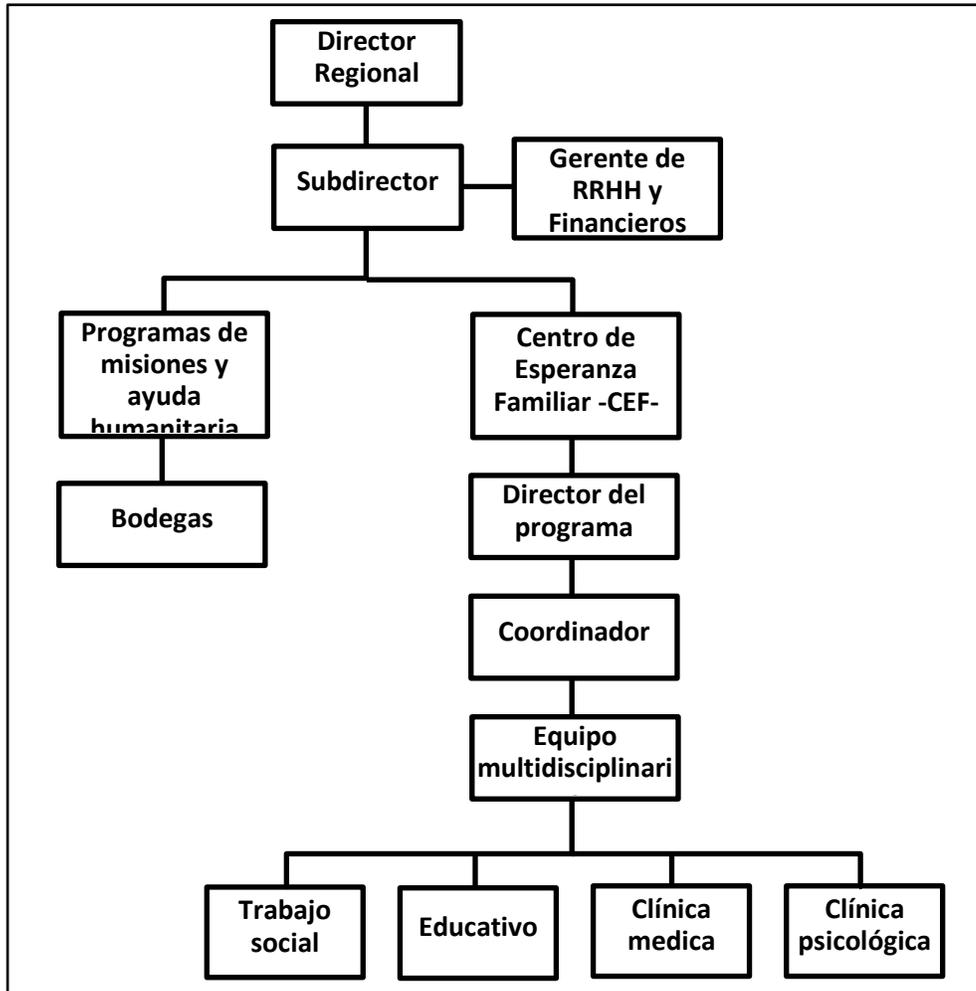
Fuente: Google, 2016.

1.4 Estructura de la Organización

Es una organización no gubernamental apoyada por donaciones de organizaciones empresariales, individuales, iglesias bautistas y universidades norteamericanas. Buckner internacional es un ministerio global dedicado a la transformación y la restauración de la vida a la que sirve. Es una organización centrada en Cristo, que entrega ministerio redentor de los más vulnerables desde el principio hasta el final de la vida.

1.5 Organigrama

Imagen No. 2
Centro de esperanza familiar, Buckner Guatemala



Fuente: Buckner Guatemala (2,016).

1.6 Visión

Ser una institución pionera en protección, prevención, fortalecimiento familiar, y desarrollo integral que promueva los derechos de niñas, niños, adolescentes y familias en Guatemala en estado de vulnerabilidad.

1.7 Misión

A través de programas de protección, prevención y desarrollo integral, que se basan en la solidaridad y liderazgo positivo. Buckner Guatemala facilita las herramientas a niñas, niños, adolescentes y familias con el fin de restituir y promover sus derechos mejorar su calidad de vida.

1.8 Programas establecidos

Se brinda terapias psicológicas y consejería familiar de forma gratuita a las familias o personas que lo soliciten y otros programas tales como:

- Programas comunitarios
- Capacitación tecnológica en computación
- Educación familiar para la vida
- Intervención familiar
- Programas de salud
- Programas de ayuda comunitaria, apoyo, y asistencia familiar

1.9 Justificación de la Investigación

El motivo del estudio de caso es para optar el título de licenciatura en Psicología y Consejería Social en la Universidad Panamericana. Para esta investigación fue necesario efectuar una práctica profesional dirigida en el 5to año de estudios de la carrera, la cual se llevó a cabo en el Centro de Esperanza Familiar Buckner Jocotenango, con una duración de ocho meses, la cual dio inicio el 22 de febrero al 17 de noviembre del 2,016.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Definición del Trastorno depresivo Persistente

La organización mundial de la Salud, OMS describe la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, falta de concentración, y cansancio.

Según Lemus (1997) ha propuesto que la depresión unipolar desde la perspectiva clínica es un trastorno homogéneo, pero etiológicamente es heterogéneo. La depresión es un problema de múltiples facetas caracterizado por un amplio número de síntomas que pueden, o no, estar presentes en cada paciente en particular. No todas las depresiones obedecen a las mismas causas. Por ello, en la actualidad hay un amplio número de teorías que intentan explicar la etiología de la depresión.

Según el manual de diagnóstico DSM5 los trastornos depresivos son los que presentan una desregularización de los estados del ánimo, y los presenta en división de 9:

- Trastorno de desregularización disruptiva del estado de ánimo
- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno depresivo persistente (Distimia)
- Trastorno disforicopremestrua
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica
- Trastorno depresivo especificado
- Trastorno depresivo no especificado

El trastorno distímico, también llamado Distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con este padecimiento también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. Estas incluyen: depresión psicótica, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios. Depresión posparto, la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz.

Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar.

Según (Beck 1979), los errores que se producen en el procesamiento de la información de las personas deprimidas, son un reflejo de la actividad de los esquemas cognitivos disfuncionales, que como ya indicamos anteriormente toman la forma de creencias centrales o asunciones silenciosas. Los esquemas son teorías o hipótesis simples que dirigen el proceso por medio del cual una persona organiza y estructura la información sobre el mundo (Freeman y Oster, 1997), determinan qué situaciones son consideradas como importantes para el sujeto y qué aspectos de la experiencia son importantes para la toma de decisiones (Freeman y Oster, 1997).

Ejemplos de estas creencias son: “Yo no puedo ser feliz si la mayoría de la gente que conozco no me admira, si yo fracaso en mi trabajo, entonces yo soy un fracaso como persona”. Por tanto, los esquemas son estructuras cognitivas que subyacen a la vulnerabilidad depresiva, a través de las cuales se procesan los acontecimientos del medio y la disfuncionalidad de los mismos causa

errores en el procesamiento de información. A su vez, estas distorsiones cognitivas facilitan que se mantengan los esquemas disfuncionales, produciéndose finalmente la depresión (el paciente depresivo espera fracaso, rechazo e insatisfacción, y percibe que la mayoría de las experiencias confirman sus expectativas negativas).

Un artículo publicado en DM medicina refiere que algunas causas de la depresión pueden ser de origen bioquímico ya que las personas deprimidas muestran niveles altos de la hormona cortisol y de varios agentes químicos que actúan en el cerebro, como lo son los neurotransmisores, dopamina y noradrenalina. Estos niveles pueden estar elevados por motivos hereditarios.

“El trastorno depresivo persistente se caracteriza por un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, aunque de menor gravedad que el trastorno depresivo mayor, que es manifestado por la persona, u observado por los demás, durante al menos 2 años.” (Ortiz- Tallo, 2013, p.49). Además de la manifestación del estado de ánimo depresivo se pueden observar otros síntomas como lo son:

- Pérdida del apetito o sobre alimentación
- Insomnio o Hipersomnia
- Sentimiento de desesperanza
- Baja autoestima
- Falta de concentración
- Dificultad para la toma de decisiones

Para realizar el diagnóstico del trastorno depresivo persistente se requiere que de 2 o más síntomas de los mencionados anteriormente y haberlos experimentado al menos durante más de 2 meses interrumpidamente.

¿Qué causa la depresión?

El resultado de diferentes interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos es la depresión. Quienes han pasado por situaciones vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, también, empeorar la situación vital de la persona afectada.

No existe una causa única conocida de la depresión. Más bien, esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos. Investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Las tecnologías para obtener imágenes del cerebro, tales como las imágenes por resonancia magnética, han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente del de quienes no la padecen.

Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito, y comportamiento parecen no funcionar con normalidad. Interfieren los neurotransmisores, sustancias químicas que las células en el cerebro utilizan para comunicarse y que no parecen estar en equilibrio; lo cual no revela las causas de la depresión.

Algunos tipos de depresión tienden a transmitirse de generación en generación, lo que sugiere una relación genética. Sin embargo, la depresión también puede presentarse en personas sin antecedentes familiares de depresión. La investigación genética indica que el riesgo de desarrollar depresión es consecuencia de la influencia de múltiples genes que actúan junto con factores ambientales u otros. Además, los traumas, la pérdida de un ser querido, una relación dificultosa, o cualquier situación estresante puede provocar un episodio de depresión. Episodios de depresión subsiguientes pueden ocurrir con o sin una provocación evidente.

2.2 Ansiedad

Según Total, (1999), propone que es una respuesta emocional o patrón de respuestas (triple sistema de respuestas) que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto (respuestas anticipatorias), tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc, que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes.

El termino ansiedad se puede referir en el medio como un estado de ánimo transitorio de tensión, el miedo o peligro, el deseo intenso, una respuesta fisiológica ante situaciones de estrés, y estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad).

Tanto la ansiedad como el miedo tienen manifestaciones parecidas, en ambos casos se aprecian pensamientos de peligro, sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras; por eso, algunos autores utilizan indistintamente un término u otro Cambell y Thyer, (1987); además, ambos se consideran mecanismos evolucionados de adaptación que potencian la supervivencia de nuestra especie Thyer, (1987).

Ansiedad y angustia de acuerdo a las raíces lingüísticas y a su uso idiomático tienen un mismo significado: Ansiedad se deriva del latín "anxietas", que significa "estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo" y angustia procede del latín "angustia", "angor", que incluye significados como "Angostura, dificultad, aflicción, congoja, temor opresivo sin causa precisa, estrechez del lugar o del tiempo. Según indica el Diccionario de la Real Academia Española.

Fernández Abascar, (1997), argumenta que la ansiedad va a ser una emoción, el estrés es un proceso adaptativo que genera emociones, pero en sí mismo no es una emoción. La ansiedad se desencadena ante situaciones muy específicas, mientras que el estrés se desencadena ante

cualquier cambio que cambie las rutinas cotidianas. La emoción posee unos efectos subjetivos o sentimientos específicos de la misma, mientras que el estrés no. El estrés se desarrolla desde una perspectiva ambientalista y sobre el supuesto de especificidad situacional, mientras que la ansiedad surge del ámbito intrapsíquico, de determinantes internos y estables.

Síntomas Motores

- Temblor, contracciones o sensación de agitación.
- Tensión o dolorimiento de los músculos.
- Inquietud.
- Fatiga

Síntomas de hiperactividad

- Dificultad para respirar o sensación de ahogo.
- Palpitaciones o taquicardia.
- Sudoración o manos frías y húmedas.
- Boca seca.
- Mareos o sensación de inestabilidad.
- Náuseas, diarrea u otras molestias abdominales.
- Sofocos o escalofríos.
- Dificultad para deglutir o sensación de "nudo en la garganta".

Síntomas de Hipervigilancia

- Sensación de que va a suceder algo.
- Respuesta de alarma exagerada.
- Dificultad para concentrarse o "mente en blanco".
- Irritabilidad.

2.3 Las emociones

Investigadores como Palmero, Fernández-Abascal, Martínez-Sánchez y Chóliz, (2002), exponen que la investigación básica sobre las emociones aún no proporciona una base firme donde apoyar muchos de los resultados parciales que continuamente provee la investigación, y afirman que, por sorprendente que parezca, actualmente se carece de una definición y hasta de un concepto de emoción que sea

- Un proceso complejo, multidimensional, en el que están integradas respuestas de tipo neuro-fisiológico, motor y cognitivo.
- En los seres humanos emoción y cognición están integrados. Ser solamente racionales nos niega el acceso a una fuente compleja de conocimiento emocional, que informa adaptativamente a la acción y contribuye a la resolución de problemas y a la toma de decisiones. Las emociones son indispensables para la toma de decisiones porque orientan en la dirección adecuada.
- Nuestro bagaje emocional tiene un extraordinario valor de supervivencia y esta importancia se ve confirmada por el hecho de que las emociones han terminado integrándose en el sistema nervioso en forma de tendencias innatas y automáticas (Goleman, 2001).
- En un sentido real, todos tenemos dos mentes, una mente que piensa y otra que siente, y estas dos formas de conocimiento interactúan para construir nuestra vida mental. La mente racional es la modalidad de comprensión de la que solemos ser más conscientes, nos permite poder reflexionar. El otro tipo de conocimiento, más impulsivo y más poderoso -aunque a veces ilógico- es la mente emocional (Goleman, 2001).
- Existe una razón para que seamos emocionales. Nuestras emociones son parte de nuestra inteligencia. Es necesario resolver la división entre emocional y racional, dando un nuevo paso evolutivo cultural. (Greenberg, 2000).
- Las emociones son importantes para el ejercicio de la razón. El cerebro emocional se halla tan implicado en el razonamiento como lo está el cerebro pensante. La emoción guía

nuestras decisiones instante tras instante, trabajando mano a mano con la mente racional y capacitando, o incapacitando, al pensamiento mismo.

Evans (2002) sostiene, incluso, que un ser que careciera de emociones no sólo sería menos inteligente, sino que también sería menos racional, lo cual propone que en una emoción se dan los siguientes elementos:

- Una situación o estímulo que reúne ciertas características, o cierto potencial, para generar tal emoción.
- Un sujeto capaz de percibir esa situación, procesarla correctamente y reaccionar ante ella.
- El significado que el sujeto concede a dicha situación, lo que permite etiquetar una emoción, en función del dominio del lenguaje con términos como alegría, tristeza, enfado, entre otros.
- La experiencia emocional que el sujeto siente ante esa situación.
- La reacción corporal o fisiológica: respuestas involuntarias: cambios en el ritmo cardíaco o respiratorio, aumento de sudoración, cambios en la tensión muscular, sudoración, sequedad en la boca, presión sanguínea.
- La expresión motora-observable: expresiones faciales de alegría, ira, miedo, entre otras; tono y volumen de voz, movimientos del cuerpo, sonrisa, llanto y otros.

2.4 El proceso emocional

La investigación sobre el cerebro emocional tiene sus antecedentes en las investigaciones de Sperry y MacLean.

Roger Sperry, fue el investigador que ganó el Premio Nobel de Medicina en 1981 al descubrir que el hemisferio derecho de nuestro cerebro contribuye a la inteligencia tanto como lo hace el hemisferio izquierdo.

Por su parte, Paul MacLean, (1949), estableció que la totalidad del cerebro está conformada por tres estructuras diferentes: el sistema neocortical, el sistema límbico y el sistema reptil. Estos sistemas, según MacLean, son física y químicamente diferentes, pero están entrelazados en uno solo que denominó cerebro triuno. Las emociones se localizan, de acuerdo con esta teoría, en el sistema límbico. El sistema límbico, también llamado cerebro emocional, asocia diferentes partes del sistema cerebral (amígdala, hipotálamo, hipocampo y tálamo) con las emociones.

Según Goleman, (2001), explica que la amígdala en los seres humanos es una estructura relativamente grande en comparación con la de los primates. Existen en realidad dos amígdalas que forman parte de un conglomerado de estructuras interconectadas organizadas en forma de almendra. Se hallan encima del tallo encefálico, cerca de la base del anillo límbico, ligeramente desplazadas hacia adelante. El hipocampo y la amígdala fueron dos piezas claves del primitivo “cerebro olfativo” que, a lo largo del proceso evolutivo, terminó dando origen al córtex y posteriormente al neocórtex.

La amígdala está especializada en las cuestiones emocionales y en la actualidad se entiende que es una estructura límbica muy ligada a los procesos de aprendizaje y memoria. La amígdala compone una especie de depósito de la memoria emocional y, en consecuencia, también se puede considerar como un depósito de significado.

2.5 Efectos de la depresión sobre las relaciones interpersonales y de pareja

Según Safran y Segal, (1994), desde una perspectiva interpersonal, la autoestima de un individuo y su sentido básico de seguridad en el mundo son una función del sentido que tiene de su posibilidad de entablar relaciones. Este es el proceso que se halla entorpecido en las personas que padecen ansiedad social. La desconfianza, tanto en sí mismo como en las personas de su entorno, es la moneda corriente y se verifica en las restricciones en la vida cotidiana.

La depresión provoca efectos perjudiciales en distintos ámbitos de la vida de la persona. Sus síntomas (que incluyen la tristeza, la falta de interés por las cosas, el cansancio y la irritabilidad) lógicamente afectan a la relación de pareja.

En muchos casos, esta relación resulta trascendental en el curso de la depresión. Una buena relación con la pareja es básica para una persona deprimida, porque cuando nuestro ánimo está decaído necesitamos más cariño, apoyo y comprensión que nunca, aunque no siempre nos demos cuenta de ello.

Quienes padecen la depresión tienden a encerrarse en sí mismos. Además, se sienten sin fuerzas para llevar a cabo su trabajo o tareas cotidianas y sin ganas para relacionarse con la gente. La pareja puede empezar a pensar que está molestando o que no está llevando bien la relación.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

La depresión es una enfermedad grave y común que nos afecta física y mentalmente en nuestro modo de sentir y de pensar. La depresión nos puede provocar deseos de alejarnos de nuestra familia, amigos, trabajo; Puede además causarnos ansiedad, alteraciones del sueño, del apetito, falta de interés o placer en realizar diferentes actividades, afectando el funcionamiento de las personas que lo padecen.

A continuación, se presenta la problemática de una paciente con trastorno depresivo persistente (Distimia), a quien por motivos de confidencialidad llamaremos “Linda”.

3.1.1 Problemática del caso de estudio

El trastorno de depresión persistente ha sido el objeto de estudio para esta investigación. El caso abordado en psicoterapia fue el caso de una mujer de 65 años de edad, en el cual se evidenciaron síntomas de cambio del humor, dificultad para realizar actividades de la vida diaria, y en su cuidado personal. El trastorno depresivo persistente afectó diversas áreas de su vida, dificultando las relaciones interpersonales y familiares; se observó que la ansiedad que acompañaba el trastorno contribuyó al desequilibrio emocional en cuanto al control de sus emociones, pensamientos y sentimientos.

Linda indicó que los síntomas afectaron su vida diaria, experimentó cansancio, no tenía ganas de atender su negocio, lo cual no quería dejar de hacer ya que no le gustaba pedir a su esposo. Se sentía triste, enojada lo cual le afectó en su forma de ser y actuar con su esposo e hijas ya que peleaban constantemente y no se controlaba al decirles algo, manifestó que era tanto el enojo en

ocasiones que ya no aguanta más y quería que su hija se fuera de la casa pero no quería perder a sus nietos ya que vivían con ella.

Se sentía triste, tenía sentimientos de desesperanza, también refirió haber presentado desgano, no le daban ganas de hacer nada, pasaba hasta 15 días sin bañarse, y presentaba dificultad para realizar actividades de la vida diaria.

La paciente manifestó que no quería ni levantarse de la cama, pero debía de realizar la limpieza de su casa y estar pendiente de sus nietos ya que su hija trabajaba y ella es la que debía cuidarlos y ver todo lo relacionado a ellos. Refirió que la relación con su pareja a veces estaba bien y a veces mal, ya que él se quejaba de lo económico y que ya no podía seguir manteniendo a su hija e hijos, lo cual causaba conflictos; Linda refirió que en muchas ocasiones la trataba mal y se llegó a la agresión verbal en varias ocasiones.

La paciente refirió que no tenía una vida social activa, únicamente salía con su esposo a ver partidos de futbol y a actividades que ofrece la institución en la que se le atendía, como lo es la escuela de padres que asistía una vez al mes y a un curso de chocolate el cual deseaba aprender para tener ingresos extras, en varias ocasiones Linda decía a su esposo que tenía que salir, él se molestaba y cuestionaba a gritos que a qué iba a la calle y para que quería salir, lo cual le hacía sentir mal y enojada lo que provocaba que ella lo tratara mal y reaccionara de forma inadecuada.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cómo afecto el trastorno depresivo persistente en el desenvolvimiento de todos los ámbitos de la vida de la paciente de estudio de caso?

3.3 Objetivo General

Determinar cómo le afecto a la paciente de estudio de caso el desenvolvimiento en todos los ámbitos de su vida el trastorno depresivo persistente.

3.4 Objetivos Específicos

- Evaluar como afecto la depresión a la paciente en su equilibrio emocional y físico en su vida diaria.
- Determinar como la ansiedad le afecto a la paciente en el desenvolvimiento y actividades de la vida diaria.
- Evaluar como las relaciones interpersonales fueron afectadas por el trastorno depresivo persistente.
- Determinar cómo el trastorno depresivo persistente afecto los sentimientos, pensamientos y emociones de la paciente.

3.5 Alcances y Límites

Alcances

- Durante el proceso de la práctica profesional dirigida, se logró establecer alianza terapéutica con los pacientes lo cual creó apertura y cooperación en la terapia.
- Se logró que las personas atendidas en terapia disminuyeran los síntomas de desequilibrio emocional, elevando su autoestima y el reconocimiento de los recursos personales con los que contaban para lograr una mejor calidad de vida.
- Se fortaleció en los pacientes el área emocional y espiritual, buscando estrategias adecuadas para cada persona, cumpliendo la misión institucional.

Límites

- La impuntualidad de las personas, debido a esto hacía que las sesiones se redujeran en tiempo algunas veces solo a 15 minutos, lo cual limitaba el avance terapéutico.
- Era difícil el mantener la atención y concentración de los pacientes ya que fuera de las clínicas psicológicas se llevaban a cabo otras actividades, las cuales eran motivo de distracción en el momento de terapia.

- La ausencia de compromiso con su proceso terapéutico hizo que en algunos casos no se pudiera evolucionar como se esperaba.
- La atención con los niños y adolescentes se tornó difícil porque estudiaban en la jornada matutina y en algunas ocasiones no se les daba el permiso para asistir a terapia o tenían compromisos en la escuela.

3.6 Metodología

La presente investigación se llevó a cabo mediante el método cualitativo, el cual se enfoca a comprender fenómenos en relación la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación al contexto que se encuentran, por medio de la recolección de datos a través de las distintas herramientas como la observación, entrevista, e historias que la paciente refería de situaciones o acontecimientos problemáticos.

La investigación cualitativa se realizó en el estudio de caso, como un requisito del curso de sistematización de práctica de 5to.año de la carrera de la licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social; la paciente acude a Centro de esperanza familiar Buckner refiriendo necesitar apoyo y asistencia psicológica.

Procedimiento

La investigación se basó en el estudio de caso de la paciente llamada Linda cual se llevó a cabo en el Centro de Esperanza Familiar Buckner.

El caso de estudio se realizó por medio del proceso terapéutico, el cual al inicio se llevó a cabo el establecimiento del rapport, la entrevista inicial, examen del estado mental e historia clínica. Luego se realizó el psicodiagnóstico en donde se utilizó la observación, entrevista, y pruebas psicológicas, las cuales proporcionaron resultados de síntomas de preocupación, tristeza, sentimientos de desesperanza, falta de energía, dificultades en el hogar y en las relaciones interpersonales.

Para el proceso se empleó: Test de la Figura Humana, Test del Árbol, Test de la Familia, Test de Beck Depresión, CAQ, y Whodas.

Los resultados de la batería de test aplicados permitieron constatar que la paciente estaba afectada psicológicamente presentando emociones y conductas negativas como: control inadecuado de emociones, enojo, agresividad, tristeza, baja autoestima, ansiedad, entre otros. Por lo que se concluyó con el diagnóstico de Trastorno depresivo persistente (Distimia) ya que cumplía con los criterios de diagnóstico establecidos en el manual de diagnóstico DSM 5.

Según lo observado en los resultados obtenidos y a las necesidades de la paciente se elaboró un plan terapéutico basado en la Terapia Cognitiva Conductual y Gestalt, lo cual contribuyó a que la paciente pudiera tener contacto con su interior y situaciones inconclusas con el fin de resolver conflictos del pasado, como también la identificación de pensamientos negativos y creencias irracionales que contribuían al desequilibrio emocional, alternando con ejercicios y proporcionándole herramientas para lograr la relajación en momentos de tensión y ansiedad.

El proceso terapéutico se llevó a cabo con éxito ya que la paciente mostró en todo momento una actitud responsable y de compromiso con su proceso terapéutico, llevando a cabo las tareas, ejercicios y recomendaciones que se le proponían para lograr los objetivos establecidos.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización de los estudios de caso

Datos generales

Nombre:	“Linda”
Sexo:	Femenino
Fecha de nacimiento:	marzo de 1,951
Edad:	65 años
Estado civil:	Casada
Escolaridad:	3ero básico
Ocupación:	Comerciante
Lugar de trabajo:	Particular
Religión:	Católica
Dirección:	Antigua Guatemala
Fecha de inicio del proceso terapéutico:	25-02-2016

4.1.1 Motivo de consulta

La paciente refiere “quiero cambiar mi forma de ser, actuar y responder cuando estoy enojada, siento mucha preocupación por mi enfermedad, también tengo muchos problemas con mi esposo, siento que no me comprende y a veces me hiere y lastima mucho “.

4.1.2 Historia del problema actual

Inicio en el 2012, unos años después de la muerte de su hijo la cual le hizo sentir mal y le costó superar. Manifiesta la paciente que ha experimentado cambios en su vida como lo es el humor y forma de ser.

Manifiesta que se enojaba con mucha facilidad y no podía controlarse, también ha experimentado cansancio, tensión y preocupación por su salud desde entonces.

Estresores o factores precipitantes

Ha tenido problemas económicos, comenta que, al pedir ayuda a su esposo, él le trataba mal y se enojaba con facilidad. En la actualidad su esposo no tiene trabajo fijo, tiene ingresos solo de trabajos que realiza eventualmente de carpintería por lo que únicamente reciben ingresos de ganancias de la tienda, lo cual es poco y no cubre todos los gastos, por lo que ella se enoja ya que su esposo cree que con eso es suficiente, pero tiene gastos del hogar y de alimentación de todos los miembros de su familia incluyendo a sus nietos.

Refiere tener una mala relación con su hija, ya que ella le trata mal; en varias ocasiones ha dicho a ella que por su culpa le va a dar un derrame o paro cardíaco; el esposo al escuchar todo esto le ha dicho a Linda que sus nietos no son sus hijos y que deje que ella haga su vida y sea responsable, lo que causa más discusiones, y la hace sentir mal, ya que piensa que nadie piensa en ella y en su salud.

4.1.3 Historia Clínica

Historia prenatal

La paciente refiere que su mamá le ha comentado que fue un embarazo deseado, no hubo ninguna complicación durante ni antes del embarazo. Ambos padres estaban juntos en su nacimiento y era un ambiente familiar bueno y sin problemas.

Nacimiento

Comenta que no hubo complicaciones, su parto fue natural, el ambiente familiar fue de amor y felicidad.

Evolución Neurolingüística

La paciente refiere que su mamá le ha comentado que al año y medio caminó, y que gateó y fue un desarrollo adecuado. No le costó el dejar de usar pañal y el control de esfínteres desde la edad de 3 años.

Evolución del lenguaje

La paciente comentó que sus primeras palabras las dijo a los 2 años, no tuvo problemas con la pronunciación ni para poder expresarse desde que era una niña.

Desenvolvimiento escolar

Inició sus estudios a la edad de 5 años ya que antes no había kínder, únicamente estuvo en párvulos y luego la cambiaron a otra escuela para iniciar la primaria. Comenta que fue una buena alumna, tranquila, le gustaba estudiar y tenía un rendimiento adecuado en los estudios; no tuvo problemas en la convivencia con los profesores y compañeros, era amigable y en ocasiones tenía que defenderse de por lo que era un poco peleonera. Comenta que se peleó con una compañerita y le pegó ya que le había tratado mal y se burló de ella, lo que hizo que casi la expulsaran de la escuela; pero que no tuvo más problemas ni con los compañeros ni maestros, se portaba bien y obedecía. Únicamente curso hasta el grado de 3ero básico ya que ella quería estudiar la carrera de maestra de educación para el hogar, pero su mamá no quiso y por eso ya no siguió sus estudios.

Desenvolvimiento social

La paciente refiere que siempre tuvo muchas amistades, no tuvo conflicto con nadie, ni con sus padres o maestros, se divertía y la pasaba bien con sus amigos, también realizaba otras actividades de deporte como el fútbol y basquetbol.

Adolescencia

Comenta que recuerda que su adolescencia fue muy bonita, no tuvo conflictos en la escuela ni con sus padres, no fue rebelde pero no le gustaba que le pusieran hacer oficios del hogar, le

gustaba salir con sus amigas al parque, nunca bebió alcohol hasta la edad de 18 años; en ocasiones salía sin pedir permiso, comenta que fue muy enamorada y tuvo varios novios.

Adulterez

Refiere que inició a trabajar a los 27 años de edad, ya que nunca había trabajado anteriormente, su primer trabajo fue en una venta de cemento, pero le pagaban poco y decidió buscar otro empleo, por lo que se cambió a una cooperativa en la cual duro 2 años. Su relación con los jefes y compañeros fue buena, pero le hacía sentir mal los tratos que le daban en ocasiones por no llegar a la meta que pedían. Desde que se casó comenta que ya no trabajó, solamente atendiendo su tienda, formó su hogar y se dedicó a sus hijos. Comenta nunca haber tenido violencia doméstica en su relación ni abuso en su vida. Ni haber tenido ningún problema legal.

Historia médica

La paciente refiere que a la edad de 20 años se quebró la mano a causa que un carro la atropello y tuvieron que llevarla al hospital pero que eso no le causo mayor molestia y comenta que en esa edad nada le preocupaba. A la edad de 35 años tuvo una operación de vesícula, se sentía preocupada ya que la herida no sanaba ni cerraba. Manifiesta que no ha padecido enfermedades, únicamente dolores por tensión nerviosa y actualmente que le diagnosticaron esclerosis sistémica lo cual le causa dolores físicos y mucha preocupación al no saber si puede empeorar, comenta que cuando se siente mal no sabe qué hacer, pierde la tranquilidad se estresa y causa mucha ansiedad.

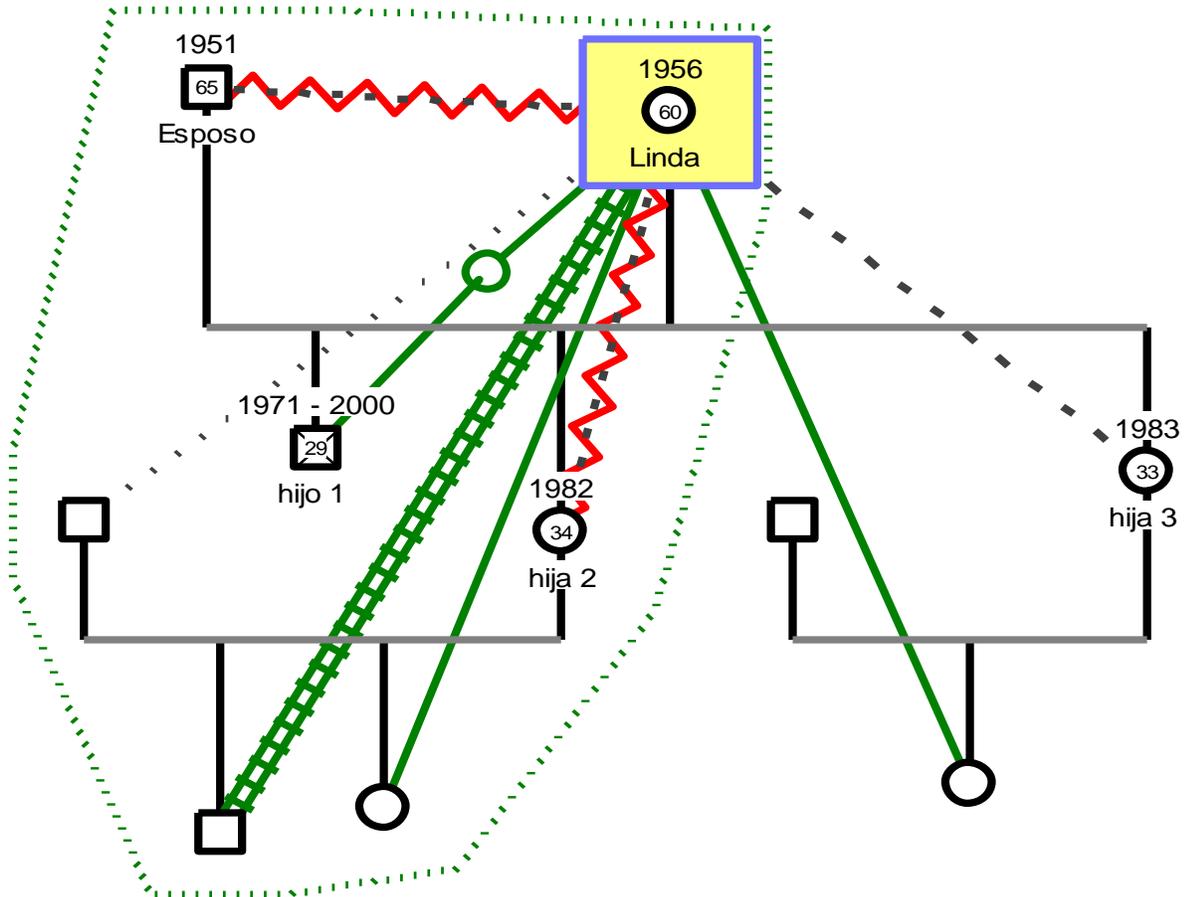
Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores

No refiere ninguno.

4.1.4 Historia familiar

Imagen No. 3

Genograma



Fuente: Elaboración propia

Estructura familiar

La familia de la paciente está constituida por Linda, su esposo de 60 años, su hija mayor de 34 años de edad, su novio y sus hijos de 11 años y 6 años los 2 de diferentes relaciones. Todos los mencionados viven juntos en la misma casa. Linda refiere que su hija de 33 años de edad con su hijo de 5 años y su esposo viven cerca, pero a veces llegan a visitarlos, no comen ni duermen ahí para no molestarlos. Refiere la paciente que en la actualidad su hija no aporta económicamente a casa, Linda y su esposo proveen alimentación a sus nietos ya que su hija no muestra interés y

cuando le pide dice que no tiene, en ocasiones comenta que lleva comida para el novio, pero no para sus hijos, lo que crea conflicto ya que ella reclama que cuide de sus hijos y vea por ellos, pero parece importarle y a causa de esto le ha gritado que se vaya de la casa. La situación económica es baja ya que el esposo no tiene un trabajo fijo y debe que apoyar para todo con las ganancias de la tienda. También comenta que su vivienda no es tan grande pero que si viven cómodamente y tienen lo necesario

Antecedentes familiares

La madre de Linda vive actualmente, tiene 88 años de edad, la paciente refiere tener una relación cercana y de armonía, el padre de Linda murió a la edad de 94 años a causa de un paro cardíaco. La paciente indica que la relación que mantenía con sus hermanos era cordial, teniendo muy buena comunicación. Tuvo dos hermanas gemelas de las cuales una murió al nacer y la otra vivió hasta la edad de 65 años, pero murió a causa de enfermedad de cáncer.

4.1.5 Examen del estado mental

Se observó dificultad en la concentración. Su complexión es gruesa, es morena, tiene leve sobrepeso, su estatura es baja; higiene y arreglo adecuados; mantiene contacto visual, mostrando una postura rígida y en momentos relajada.

Su actitud es cooperadora, abierta y amable, a pesar de ello se le observa tensa, ansiosa. Sus movimientos son congruentes con la situación, no se observa dificultad, aunque si se evidencia movimientos lentos. Muestra expresión facial congruente con el relato, expresiva, habla emocional y con volumen de voz un poco alto y discurso rápido, utiliza palabras apropiadas, pero cambia de tema frecuentemente.

Mantiene atención constante y satisfactoria, aunque por momentos se observa que sus preocupaciones si intervienen en disminuir esta función. Tiene capacidad para concentrarse en el tema, sin embargo, se observa dificultad en algunas ocasiones como ya se mencionó. Orientación

adecuada en tiempo, persona y espacio. Habla incesante, con una expresión precisa. El timbre adecuado, pero cambia de tema frecuentemente. Se le dificulta comprender ciertas palabras y relacionarlos. Puede repetir sin dificultad frases y conceptos.

Su memoria visual, auditiva y remota es adecuada. En el juicio práctico le cuesta tomar decisiones y mostrándose emocional. Su pensamiento es coherente, pero interfieren las preocupaciones en su atención, concentración y sueño. Se muestra congruencia en su afecto y contenido del pensamiento. Se muestra durante la sesión ansiosa, preocupada, triste, enojada al no saber cómo actuar. Pero se muestra también comprometida, flexible ante lo que se le pregunta y se le pide.

4.1.6 Resultados de las pruebas

Cuadro No. 1
Pruebas aplicadas

Pruebas e instrumentos aplicados	Fecha de aplicación
1. Test de la Figura Humana	7-04-2016
2. Test de la familia	14-04-2016
3. Test del árbol	31-03-2016
4. C.A.Q	21-04-2016
5. Test Whodas	19-05-2016

Fuente: Elaboración propia

Test de la Familia

La prueba se observa pulsiones poderosas, audacia, violencia. Muestra ansiedad, y conflictos emocionales, también expansión vital y fácil extroversión, determinación, decisión y asertividad. Así como sentimientos, emoción, y aspectos femeninos.

Podría indicar que son soñadores e idealistas, así como también rasgos de inhibición y guiados por las reglas. Se observa impulsividad, preocupación por rendimiento académico, posible abuso verbal, y preocupación por lo que dicen los demás. Se observa tendencia a la fantasía, no aceptar la realidad, así como también agresividad dirigida hacia el exterior.

Test del Árbol

La prueba proyecta relación con lo espiritual, en el sentido amplio, lo ético- religioso, ideal, conciencia supra individual. Se observa energía, mando, brutalidad, impaciencia. Predominio de la razón, frialdad, imaginación, dulzura.

La prueba indica orgullo, vanidad o deseo de superación del sentimiento de inferioridad; así misma reserva, distancia, difícil adaptación, como también pesadumbre, inhibición, inmovilidad, instintividad y tradicionalismo.

Muestra sentido de debilidad, o delicadeza, tiene analogía con los trazos finos en la escritura y proyecta corrección, capacidad de abstracción y rigidez. La prueba denota traumas íntimos, vulnerabilidad interior e inhibición, así como fantasía, vanidad, narcisismo, entusiasmo y exhibición. También se observa vivacidad, exterioridad, ingenuidad y auto contemplación, ensoñación, gusto por lo efímero y accesorios.

Test de la Familia

Los resultados de la prueba muestran pulsiones poderosas, audacia, violencia, ansiedad, posibles conflictos emocionales. Tendencia a la expansión vital, y fácil extroversión de las tendencias. Ha perdido una parte de su espontaneidad, vive apegado a las reglas y también puede indicar rasgos de carácter obsesivo.

La prueba podría indicar instintos primordiales de conservación de la vida, se puede asociar con depresión, significa lo concreto, lo sólido. Se observa racionalidad. También podría indicar que son personas agresivas, y expansivas ante las presiones del ambiente, inmadurez o controles internos deficientes, así como también preocupación por el rendimiento académico. Se observa omisión de ojos que podría indicar que niegan problemas, no quieren enfrentar al mundo y escapan a la fantasía.

Resultados del Test C.A.Q

Cuadro No. 2
Resultados cuantitativos

ESCALA	PUNTUACIÓN DIRECTA	DECATIPO
D1	15	10
D2	11	10
D3	12	7
D4	11	8
D5	10	8
D6	12	7
D7	10	9
Pa	11	8
Pp	7	2
Sc	7	8
As	12	6
Ps	10	8

Fuente: Elaboración propia

Resultados cualitativos

La prueba muestra que la paciente se preocupa por la salud, los desarreglos y las funciones corporales; así como cierto grado de insatisfacción de la vida, y que acoge sentimientos autodestructivos. Busca la excitación, acepta riesgos e intenta lo nuevo. Muestra tensión, sueños molestos, preocupada por la baja energía para actuar, así como sentimientos de intranquilidad debido a esto. Evita contactos interpersonales ya que no se haya comfortable con los demás, podría indicar que la paciente cree que se le espía, controla o maltrata. Es sensato, evita implicarse en algo ilegal o romper las normas. Le molestan las ideas repetitivas insistentes o hábitos compulsivos. Tiende a ser tímido y en ocasiones pierde su aplomo, con pensamientos de inferioridad.

Resultados de Test Whodas 2.0

Cuadro No.3
Resultados de Test Whodas 2.0

La paciente presentó dificultad en las siguientes áreas:	
D3. Cuidado Personal	31%
D4. Relación con los demás	25%

Fuente: Elaboración propia

4.1.7 Impresión diagnóstica

Se puede evidenciar en las pruebas aplicadas que la paciente muestra ansiedad y conflictos emocionales, sentimientos de dulzura, emoción, es soñadora e idealista; así como también muestra rasgos de impulsividad y preocupación por lo que piensan los demás, no acepta la

realidad, así como también proyecta agresividad dirigida al exterior; vive apegada a las reglas y presenta rasgos de carácter obsesivo.

La paciente refiere que sus síntomas de desgano, falta de apetito y el realizar tareas importantes en casa se le dificulta por su enfermedad. Así como también se evidencia la dificultad de participación en la sociedad; su cuidado personal ha disminuido ya que le cuesta bañarse, comer y relacionarse con los demás. En la relación con su familia muestra distancia emocional entre ella y su esposo; se observa dificultad para el contacto y necesidad de comunicación. En la relación conyugal, específicamente se proyecta aburrimiento, falta de apoyo y comprensión, duda y temores respecto a la misma.

Los resultados de las pruebas con lo observado indican que evita los contactos interpersonales, muestra tensión, y preocupación por baja energía para actuar, así como también inmadurez o controles internos deficientes; Insatisfacción de la vida, acoge pensamientos autodestructivos, preocupación por la salud, los desarreglos y las funciones corporales, tendencia al aislamiento social, negación de los problemas, no querer enfrentarlos y escapar a la fantasía.

También se evidencia ansiedad de la situación que vive en la actualidad, mando, impaciencia, vanidad, difícil adaptación. Refiere sentimientos de desesperanza, timidez y no sentirse bien consigo misma, así como tristeza por no saber qué hacer y no poder tomar decisiones.

4.1.8 Evaluación DSM5

- Trastorno Depresivo persistente (Distimia) (F34.1) 300.4
- Rasgos característicos de ansiedad
- Rasgos de codependencia a la pareja

4.1.9 Recomendaciones

Que la paciente siga asistiendo a su proceso terapéutico que esté basado en técnicas cognitivas conductuales para cambiar el pensamiento y mejorar su calidad de vida, así mismo proporcionarle técnicas de relajación que pueda utilizar en situaciones de ansiedad.

Que el proceso terapéutico también se base en técnicas de Gestalt para poder conectar con emociones pasadas y del presente, reconozca y se haga consciente de sus conflictos internos, cerrar círculos de situaciones pasadas. Con estas técnicas se pretende trabajar la depresión, la ansiedad, la inseguridad que presenta y afecta su vida diaria y familiar.

4.1.10 Plan terapéutico

Se estableció un plan terapéutico acorde a las necesidades de la paciente, el cual estuvo basado en técnicas de la terapia Cognitiva Conductual, se le proporcionó habilidades de enfrentamiento ante eventos estresantes contribuyendo así a que creara sus propios pensamientos de afrontamiento de una forma más asertiva minimizando pensamientos negativos pasados (culpa, resentimiento, entre otros) reconociéndolos y reemplazándolos por otros más positivos. También técnicas de relajación y respiración lo que le ayudó a bajar ansiedad y preocupación.

Alternando se utilizó Terapia Gestalt lo que permitió que la paciente lograra contacto y conocimiento de sus propias emociones, cerró asuntos inconclusos (perdón), siendo consciente de las emociones y sentimientos que contribuían a un desequilibrio emocional.

4.2 Análisis de resultados

De acuerdo con el objetivo general y los objetivos específicos que fueron establecidos se desarrollan los siguientes resultados.

Según Tobal, (1990), propone que es una respuesta emocional o patrón de respuestas (triple sistema de respuestas) que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto (respuestas anticipatorias), tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes.

Las respuestas emocionales que la paciente presento en diferentes situaciones se caracterizan por un alto grado de activación del sistema nervioso, tales como pensamientos, ideas acerca de su pareja y familia lo cual creaba ansiedad y producían comportamientos que le provocaban tensión y malestar.

En los seres humanos la emoción y cognición están integrados. Ser solamente racionales nos niega el acceso a una fuente compleja de conocimiento emocional, que informa adaptativamente a la acción y contribuye a la resolución de problemas y a la toma de decisiones. Las emociones son indispensables para la toma de decisiones porque orientan en la dirección adecuada.

Las emociones juegan un papel fundamental en la vida de la paciente, se pudo evidenciar como el desconocerlas y el no integrarlas de manera adecuada producían una toma de decisiones disfuncional, ya que no era consciente de lo que le provocaba el no controlar emociones como la ira y enojo en diferentes situaciones en el ambiente familiar lo que provocaba en ella desequilibrio emocional.

La depresión provoca efectos perjudiciales en distintos ámbitos de la vida de la persona. Sus síntomas (que incluyen la tristeza, la falta de interés por las cosas, el cansancio y la irritabilidad) lógicamente afectan a la relación de pareja.

En muchos casos, esta relación resulta trascendental en el curso de la depresión. Una buena relación con la pareja es básica para una persona deprimida, porque cuando nuestro ánimo está decaído necesitamos más cariño, apoyo y comprensión, aunque no siempre nos demos cuenta de ello.

La paciente experimentó diferentes síntomas a causa del trastorno de depresión, se pudo evidenciar cambios en su humor, sentimientos de tristeza y desesperanza; lo cual afectó diferentes áreas de su vida, el cansancio e irritabilidad generaban ansiedad al no saber cómo controlar esos síntomas, se producía en ella insatisfacción en el ámbito familiar y relación de pareja; durante esos periodos no se sentía apoyada y manifestaba necesidad de afecto que hacía que su relación no funcionara ya que su esposo no mostraba comprensión hacia ella y al no comunicarse de una forma efectiva y no controlar sus emociones de forma racional afectaban en su comportamiento y convivencia.

Conclusiones

La depresión entre los adultos de edad avanzada puede estar relacionada con un conjunto de factores de estrés que, ante la presencia de los factores de vulnerabilidad depresogénicos, contribuyan a la aparición de estos síntomas. Los diferentes modelos teóricos para explicar los comportamientos asociados a la depresión insisten en la importancia de estos factores de estrés, así como de las respuestas que los familiares.

La ansiedad es una reacción emocional que surge ante las situaciones de alarma, o situaciones ambiguas, o de resultado incierto, y nos prepara para actuar ante ellas. Esta reacción la vivimos generalmente como una experiencia desagradable con la que nos ponemos en alerta ante la posibilidad de obtener un resultado negativo para nuestros intereses.

Las relaciones humanas se ven afectadas por la depresión ya que podemos decir que hay más irritabilidad, por lo tanto, se pueden incrementar los conflictos y los malentendidos, la comunicación puede ser afectada negativamente, se dan dificultades en la escucha y comprensión del otro, porque a menudo estoy tan inmerso en los problemas o noticias que se dan a mi alrededor que no salgo de él y cuesta mucho más entender lo que siente la persona que tengo a mi lado.

Referencias

American Psychiatric Association (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial medica panamericana

Oblitas L (2008). *Psicoterapias Contemporáneas*. Cengage learning editores, S.A

Ortiz-Tallo (2013). *Psicopatología clínica adaptado al DSM-5*. México DF.: Pirámide

Universidad Panamericana (2013). *Manual de estilos para elaborar opciones de egresos*. Guatemala: Universidad Panamericana.

Daniel Borgiaizian, Laura Coccia. (2006). *Epidemia silenciosa del siglo 21*.

Recuperado de <https://ansiedad-social.com/2006/12/21/dificultades-en-la-relaciones-interpersonales-cercanas/>

Rihner Vanesa. (2013). *Depresión*

Recuperado de <http://www.red-psi.org/articulos/depresion/>

Salvador Pertusa Martínez. (2016). *Depresión y sus efectos sobre las relaciones de pareja*

Recuperado de <http://netdoctor.lespanol.com/articulo/depresion-y-relaciones-de-pareja>

Anexos

Anexo 1

Nombre completo: Hilce Priscila Zebadua Estrada

Estudio de caso de mujer de 65 años con trastorno depresivo persistente, atendida en Centro de esperanza familiar Buckner en el municipio de Jocotenango, Antigua Guatemala.

Problemática	Variable de Estudio (Tema a investigar)	Indicadores de la Variable (Sub temas de la variable de estudio)	Pregunta de investigación	Objetivo General	Objetivos específicos
-Preocupación -Sentimientos de desesperanza -Falta de energía para actuar -Sentimientos de intranquilidad -Dificultad para el cuidado personal -Evita contacto con los demás -Inadecuado manejo y control de emociones -Baja autoestima -Codependencia a la pareja	Trastorno depresivo persistente	1.Desequilibrio emocional y físico a causa de la depresión	¿Cómo ha afecto el trastorno depresivo persistente en el desenvolvimiento de todos los ámbitos de la vida de la paciente del caso de estudio?	Determinar cómo le afecto a la paciente de estudio de caso el desenvolvimiento en todos los ámbitos de su vida el trastorno depresivo persistente.	1. Evaluar como afecto la depresión a la paciente en su equilibrio emocional y físico en su vida diaria.
		2.Ansiedad			2. Determinar como la ansiedad le afecto a la paciente en el desenvolvimiento y actividades de la vida diaria
		3.Relaciones interpersonales			3. Evaluar como las relaciones interpersonales fueron afectadas por el trastorno depresivo persistente.
		4.Sentimientos pensamientos y emociones			4. Determinar cómo el trastorno depresivo persistente afecto los sentimientos , pensamientos y emociones de la paciente

EXAMEN MENTAL

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Fecha: _____

1. Conducta y aspecto general:

1.1 Aspecto:

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

1.2 Conducta hacia el evaluador y personal del instituto:

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

Forma en que pasa el día: _____

Observaciones: _____

1.3 Conducta motora:

- _____ Mov. estereotipado
- _____ Mov. lento
- _____ Mov. Rápido
- _____ Aumento de actividad motora
- _____ Disminución de actividad motora

2. Estado de la cognición y del sensorio:

- 2.1 _____ Orientación en persona
- _____ Orientación en lugar
- _____ Orientación en tiempo
- 2.2 _____ Atención
- _____ Concentración
- 2.3 _____ Memoria corto plazo
- _____ Memoria mediano plazo

_____ Memoria largo plazo

2. 4 Inteligencia: _____

3 Discurso:

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

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

_____ Ansiedad _____ Temores _____ Pensamiento morboso

Ideas obsesivas: _____

Compulsiones y rituales: _____

Fobias: _____

Ideas delirantes: _____

Ideas suicidas: _____

Planes a futuro _____

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

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

5 Creencias y experiencias anormales

5.1.1 En relación al ambiente:

____ ilusiones ____ alucinaciones ____ delirios ____ ideas de referencia
____ interpretaciones inadecuadas

5.1.2 En relación al cuerpo: ____ ideas ____ delirios

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

5.2 Experiencias anormales:

5.2.1 Al medio ambiente:

____ alucinaciones auditivas ____ alucinaciones táctiles
____ alucinaciones visuales ____ sentimientos de extrañeza
____ alucinaciones olfatorias ____ perplejidad
____ alucinaciones gustativas ____ sensación de ubicuidad

5.2.2 Al cuerpo:

____ dolores ____ alteraciones en sensibilidad
____ somatizaciones ____ alteraciones en esquema corporal
____ creencias de enfermedad ____ alucinaciones cinestésicas

5.2.3 Al Yo:

____ disociación ____ despersonalización ____ retardo de ideas autónomas
____ bloqueos ____ pensamiento forzado

6. Afectividad:

____ Afecto plano	____ Afecto eutímico	____ Expansión
____ Afecto hipotímico	____ Afecto hipertímico	____ Hiperactividad
____ Embotamiento	____ Labilidad emocional	____ Culpa
____ Depresión	____ Pánico	____ Miedo
____ Elación	____ Hostilidad	____ Ansiedad
____ Enojo	____ Calma	Otros: _____
____ Susplicia	____ Aflicción	Tono afectivo durante la entrevista y situaciones
____ Alegría	____ Perplejidad	en las que se altera:
____ Tristeza	____ Aburrimiento	_____
		____ Congruencia de afecto con discurso

___ Afecto al nivel de intensidad apropiado
___ ¿Expresión de verdaderos sentimientos?

7. Juicio:

Actitud del paciente hacia su situación actual: _____

___ Insight

Enfermedad: mental nerviosa física relac. problema personal

Tipo de ayuda que espera: _____

Origen que atribuye a su problema: _____

Actitudes y expectativas: constructivas destructivas
 realistas irrealistas

8. Sentimientos del entrevistador hacia el paciente:

___ Simpatía	___ Frustración	Dificultad de la entrevista: _____
___ Interés	___ Impaciencia	_____
___ Tristeza	___ Enojo	Observaciones: _____
___ Ansiedad	___ Otro: _____	_____
___ Irritabilidad		_____

9. Personalidad:

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

___ ansioso	___ dirigente	___ seguidor
___ responsable	___ capaz de tomar decisiones	___ amistoso
___ cálido	___ demostrativo	___ reservado
___ frío	___ indiferente	___ competitivo
___ celoso	___ dominante	___ seguro
___ sumiso	___ sensible	___ inseguro
___ suspicaz	___ pendenciero	___ dependiente
___ resentido	___ autoritario	___ independiente
___ agresivo	___ seductor	___ introvertido
___ extrovertido	___ ambivalente: _____	

Capacidad para hacer y mantener relaciones: _____

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

Actitud hacia su propio sexo: _____

9. 2 Actitudes hacia sí mismo:

___ indulgente ___ egocéntrico ___ vano
___ histriónico ___ crítico ___ despectivo
___ preocupado ___ cohibido ___ limpio
___ minucioso ___ escrupuloso ___ negligente
___ descuidado ___ se autovalora
___ Satisfacción consigo mismo

Ambiciones y metas: _____

Actitudes hacia su salud: _____

Actitud hacia éxitos y fracasos: _____

9. 3 Actitudes morales y religiosas:

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

Creencias religiosas que profesa: _____

9. 4 Humor y ánimo:

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

9. 5 Intereses y actividades:

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

9. 6 Fantasías:

___ sueños repetitivos ___ sueños impresionantes ___ sueña despierto

9. 7 Reacción a situaciones críticas:

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

9. 8 Rasgos del carácter:

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

Otro: _____