

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Facultad de Humanidades

Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



“Estudio de caso: Paciente de 25 años con Trastorno Depresivo Persistente y su relación con su historial familiar, atendida en el Centro de Asistencia Social -CAS-”

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Zayda Marcela Elizondo Ramírez

Guatemala, septiembre 2018

“Estudio de caso: Paciente de 25 años con Trastorno Depresivo Persistente y su relación con su historial familiar, atendida en el Centro de Asistencia Social -CAS-”

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Zayda Marcela Elizondo Ramírez

Licda. Claudia Eugenia Calderón Sic (Asesor)

Licda. Glendy Jeanette Pérez Nisthal (Revisor)

Guatemala, septiembre 2018

Autoridades Universidad Panamericana

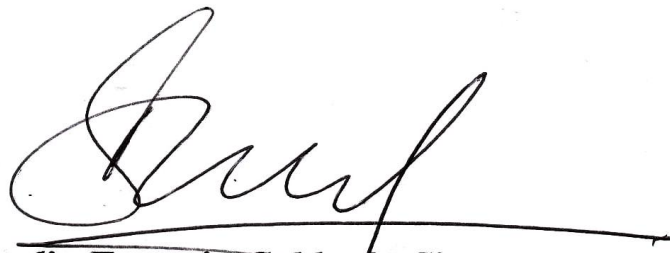
Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretaria General	EMBA. Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultad de Humanidades

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

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

En virtud de que el Informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Estudio de caso: Paciente de 25 años con Trastorno Depresivo Persistente y su relación con su historial familiar, atendida en el Centro de Asistencia Social -CAS-”**. Presentada por la estudiante: **Zayda Marcela Elizondo Ramírez**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



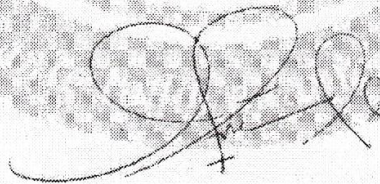
Licda. Claudia Eugenia Calderón Sic

Asesora

Licda. Claudia Eugenia Calderón Sic
Psicóloga Clínica
Colegiado 7192

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala once de junio de 2018.

En virtud de que la Sistemática de Práctica profesional dirigida con el tema: "Estudio de caso: Paciente de 25 años con Trastorno Depresivo Persistente y su relación con su historial familiar, atendida en el Centro de Asistencia Social -CAS-". Presentada por la estudiante: Zayda Marcela Elizondo Ramírez, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Conserjería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



Licda. Glendy J. Pérez Nisthal
Revisora



UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS
PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de septiembre del 2018 _____

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema **"Estudio de Caso: Paciente de 25 años con Trastorno Depresivo Persistente y su relación con su historial Familiar. Atendida en el Centro de Asistencia Social -CAS-"**, presentado por el (la) estudiante **Zayda Marcela Elizondo Ramírez** reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico de La Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.



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

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

Contenido

Resumen		i
Introducción		ii
Capítulo 1	Marco de Referencia	
1.1	Antecedentes	1
1.2	Descripción	1
1.3	Ubicación	1
1.4	Organización	2
1.5	Organigrama	2
1.6	Visión	3
1.7	Misión	3
1.8	Programas establecidos	3
1.9	Justificación de la Investigación	3
Capítulo 2	Marco Teórico	
2.1	Trastorno depresivo persistente	4
2.1.1	Teorías explicativas	4
2.1.2	Principales síntomas	6
2.1.3	Bases biológicas	7
2.1.4	Diagnóstico	8
2.1.5	Pronostico	9
2.1.6	Tratamiento indicado	10
2.2	Familia	12
2.2.1	Dinámica familiar	12
2.2.2	Patrones de crianza	13
Capítulo 3	Marco Metodológico	
3.1	Planteamiento del problema	15

3.2	Pregunta de investigación	15
3.3	Objetivo General	15
3.4	Objetivos Específicos	16
3.5	Alcances y límites	16
3.6	Método	17
Capítulo 4	Presentación de Resultados	
4.1	Sistematización de Estudios de Caso	21
4.2	Análisis de Resultados	35
	Conclusiones	40
	Recomendaciones	41
	Referencias	42
	Lista de Imágenes	
Imagen No. 1	Organigrama	2
Imagen No. 2	Genograma	25
Imagen No. 3	Resultados cuantitativos 16PF	29
	Lista de Tablas	
Tabla No. 1	Pruebas e instrumentos aplicados	26
Tabla No. 2	WHODAS 2.0 resultados cuantitativos	28
Tabla No. 3	Resultados cuantitativos CAQ	30
Tabla No. 4	Presentación del plan terapéutico	34
Tabla No. 5	Tabla de variable	45

Resumen

Se expone a continuación el estudio de caso realizado 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, campus Los Álamos como parte del proceso de práctica, la cual se realizó en el Centro de Asistencia Social (CAS), con ubicación en 7^a. Avenida 3-17 zona 9, edificio Buonafina, tercer nivel Ciudad de Guatemala, con un tiempo de duración aproximado de diez meses, de enero a noviembre del año 2017.

El capítulo 1, se presenta el Marco de Referencia el que incluye amplia información del centro de práctica, desde los antecedentes, ubicación, visión, misión, programas establecidos, finalmente se describe la justificación de esta investigación.

El capítulo 2, Marco teórico que muestra la base teórica de manera detallada y precisa sobre la investigación referente a la temática: Trastorno depresivo persistente y su historial familiar.

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

Capítulo 4, se muestra la presentación de resultados, se finalizó con el resultado del análisis del caso de estudio, describiendo todos los generales del paciente para llegar a las conclusiones, recomendaciones y anexo.

Introducción

El trastorno depresivo persistente se comprende como una psicopatología cuya principal característica es la constante presencia de un estado de ánimo depresivo, que se presenta como algo normal en la vida de la persona, quien se acostumbra al sentimiento de tristeza del día a día y a la monotonía de su diario vivir. Aunque los síntomas no son graves al grado que incapacita a una persona son significativos ya que pueden impedir que realice una vida normal.

La familia es la primera organización o grupo al cual un ser humano pertenece al nacer, por lo tanto juega un papel relevante y fundamental no solamente en la sociedad, sino en la salud mental de los integrantes de la misma. En la actualidad se han formado variados modelos familiares que cambia al tradicional, estos cambios afectan todo el sistema familiar.

Una historia familiar depresiva, podría ocasionar la formación de un patrón de conductual para otro miembro de la familia, además los factores biológicos juegan un papel importante en la etiología del trastorno depresivo persistente. El resto de los familiares son la principal influencia y red social de apoyo inmediata para el individuo que padece dicho trastorno.

El desarrollo del estudio de caso se llevó a cabo de la siguiente forma: Se realizó pregunta de investigación, misma que derivó la investigación sobre el impacto que generó la historia familiar a la paciente del caso de estudio, dando como resultado el objetivo general evaluando el impacto que generó la condición de la paciente en todas sus áreas.

El trabajo de práctica profesional dirigida se abordó a una paciente que presentaba una gama amplia de sintomatología hipotímica, la paciente acudió a consulta ya que fue referida por una amiga al Centro de Asistencia Social. El proceso psicodiagnóstico se llevó a cabo con toda la ética necesaria atendiéndosele en diversas oportunidades para poder darle el seguimiento necesario y concluir con éxito.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

El Centro de Asistencia Social (CAS), surge en el año 2015 como proyección social ante la necesidad de guiar y apoyar en el proceso de la Práctica Profesional Dirigida a los estudiantes de Psicología Clínica, o bien como responsabilidad social universitaria, con el fin de procurar un impacto estructural, a través de un servicio responsable y de alto nivel. Esta proyección social en la cual los estudiantes tengan la oportunidad de contribuir con personas que no cuentan con los recursos económicos para obtener el servicio y mejorar su salud integral.

1.2 Descripción

El Centro de asistencia social (CAS) abre sus puertas a practicantes de la facultad de Ciencias psicológicas de la Universidad Panamericana, para brindar apoyo psicosocial y emocional a niños, adolescentes y adultos. Siendo CAS una oportunidad de contribuir con personas que no cuentan con los recursos económicos para obtener el servicio y mejorar su salud integral, cumple con la finalidad de incrementar los valores académicos en la formación de los estudiantes, tales como: supervisión directa y personalizada para el desarrollo de diversas etapas prácticas que la misma carrera requiere, con el objetivo de dar seguimiento puntual, oportuno y adecuado a los casos que se atienden por parte de los estudiantes de la carrera de psicología.

1.3 Ubicación

El Centro de asistencia social (CAS) se encuentra ubicado en la 7ma. Avenida 3-17 zona 9. Edificio Buonafina en el tercer nivel. Los horarios de atención son de lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm y sábados de 8:00 am a 2:00 pm.

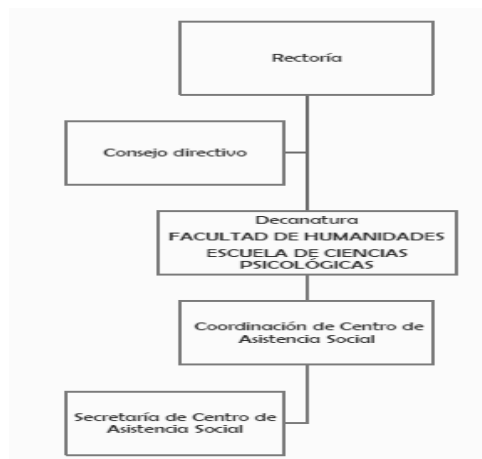
1.4 Organización

Como autoridad máxima se encuentra el rector de la Universidad Panamericana, el consejo directivo quienes se encargan de tomar decisiones y solución de problemas. Decanatura cumple con la función de velar por la Facultad de Humanidades a su cargo, tomando decisiones y guiando a los coordinadores de la misma. El centro de asistencia social cuenta con dos licenciadas en psicología clínica como coordinadoras, cuya función además de dirigir CAS, es ser coterapeutas de los practicantes de dicha institución.

Dos personas más cumplen con la función de secretarías, organizando las citas de cada terapeuta practicante y brindando la información y atención necesaria a los usuarios. El centro cuenta con un conserje que se encarga del mantenimiento del lugar, una persona como agente de seguridad que anota la hora de entrada y salida de cada uno de los practicantes y resguardar su integridad física.

1.5 Organigrama

Imagen No. 1
Organigrama



Fuente: Centro de Asistencia Social, septiembre 2017

1.6 Visión

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

1.7 Misión

CAS tiene como 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 y mejorar así su calidad de vida.

1.8 Programas establecidos

El centro es una institución fundada específicamente para practicantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Panamericana, brindando atención psicológica a niños, adolescentes y adultos, además de contar con una escuela para padres que se realiza durante un mes, una sesión por semana, una vez al año.

1.9 Justificación de la Investigación

El rol de todo profesional en salud mental es guiar y transformar vidas de personas cuya salud integral se ve amenazada por pensamientos y conductas que alteran la percepción de la vida, ocasionando un desorden de ideas en la persona; siendo así el trastorno depresivo persistente una amenaza y provocando impedimentos significativos en las actividades que realiza día a día. Por lo tanto, en este trastorno, la familia juega un papel determinante, pues es la fuente principal de apoyo.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Trastorno depresivo persistente

Anteriormente conocido como Distimia, Asociación Americana de Psiquiatría (2014) sostiene: “es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y los adolescentes” (p.169). Dicho trastorno ocasiona ciertas deficiencias en desenvolvimiento de la persona que lo padece.

El trastorno depresivo persistente produce varios efectos que interfieren en las actividades cotidianas, y están presentes continuamente la mayoría de días. Sarason & Sarason (2006) afirman:

“Debido a que éste es de tan larga duración, a veces se le ha considerado a la Distimia como un trastorno de la personalidad. Sin embargo, la mayoría de los investigadores la incluyen en el grupo de trastornos del estado de ánimo y creen que está biológicamente relacionada con la depresión”. (p. 337)

2.1.1 Teorías explicativas

Son varias las teorías influyentes en el trastorno de depresión, según la teoría cognitivo-conductual que es una de las más influyentes, plantea que la depresión consiste en una alteración de la percepción y cognición del mundo, por lo tanto, también su accionar, y la mejor forma de abordar a los pacientes con dicho trastorno se basa en trabajar con sus pensamientos para que estos alteren las acciones del paciente.

Uno de los principales exponentes para abordar los trastornos depresivos fue Albert Ellis con la terapia cognitiva-conductual, Beck, Rush, Shaw y Emery (2010) afirman

Ellis relaciona el estímulo ambiental o Activador (A) con las Consecuencias emocionales (C) a través de la Creencia interviniente (Cr). Así, el objetivo de su Terapia Racional Emotiva consiste en hacer que el paciente tome conciencia de sus creencias irracionales y de las consecuencias emocionales inadecuadas de éstas. La Terapia Racional Emotiva pretende modificar éstas creencias irracionales.

El enfoque cognitivo-conductual ha sido una terapia que ha dado mayores y mejores resultados para abordar el trastorno depresivo persistente y la depresión.

Rosselló y Bernal (2007) afirman que la terapia Cognitiva-Conductual está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos. Para trabajar con los sentimientos de la depresión, este modelo plantea la importancia de identificar cuáles son los pensamientos y acciones que influyen en el estado de ánimo para aprender a tener un mayor control sobre los sentimientos.

Aron Beck interesado por el tratamiento de la depresión, desarrolló un modelo para el tratamiento de la depresión en general, pero posteriormente se extendió a otros trastornos. Beck et al. (2010) afirman que: El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: 1) la tríada cognitiva, 2) los esquemas, y 3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

La tríada cognitiva contiene tres supuestos básicos, Beck et al. (2010) sostienen

El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, *a causa* de estos defectos, es un inútil, carece de valor. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad. El segundo componente de la tríada cognitiva se

centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro.

Otra escuela psicológica importante es la Conductista, la cual se centra en lograr un cambio de conductas para un mejor estado de ánimo. Feldman (2014) sostiene: “las tensiones de la vida generan una reducción en los reforzadores positivos. En consecuencia, las personas empiezan a retraerse, lo cual solo reduce aún más los reforzadores positivos de lado sus necesidades y evitando todo tipo de manifestación de sus sentimientos”. (p. 478)

2.1.2 Principales síntomas

El trastorno depresivo persistente involucra una serie de síntomas manifestados por el sujeto que brindan una señal de alerta, para prestar la adecuada atención de un profesional de la salud.

Es uno de los trastornos que más afecta e incapacita al individuo, dadas las manifestaciones de síntomas que están presentes y son recurrentes en la persona. Algunos de los síntomas más frecuentes y relevantes, según Sarason & Sarason (2006) determinan: “melancolía, no disfruta las cosas, sin sentido del humor, pesimista, baja autoestima, tendencia a estar ensimismado, sentimientos de culpa” (p.338).

Estos síntomas son una clara muestra que el sujeto está experimentando sentimientos y sensaciones inadecuadas que necesitan atención clínica, por lo tanto, es importante que se logren identificar para proceder con la intervención de un profesional en salud mental y si fuera necesario la medicación en el paciente.

Una sana autoestima es importante para la salud mental de todo individuo, en el caso de personas que padecen el trastorno depresivo persistente, tienen un pobre autoconcepto y baja valía personal, por ello es importante definirla, Branden (2011) afirma:

“La autoestima es una necesidad muy importante para el humano. Es básica y efectúa una contribución esencial al proceso de la vida; es indispensable para el desarrollo normal y

sano; tiene valor de supervivencia. El no tener una autoestima positiva impide nuestro crecimiento psicológico. Cuando se posee actúa como el sistema inmunológico de la conciencia, dándole resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración. Cuando es baja, disminuye la resistencia frente a las adversidades de la vida”. (p.34)

Es por eso la importancia de mantener una sana autoestima en las personas con trastorno depresivo persistente, para lograr que afronten y superen los distintos conflictos de la vida en su día a día.

La sintomatología del trastorno depresivo persistente puede ser fácilmente observada e identificada con el fin de buscar las soluciones para el sujeto quien los manifiesta, sin embargo en varias ocasiones suelen ser interpretados como síntomas de un estado de ánimo decaído por causas situacionales, que ocasiona dificultades para buscar la ayuda adecuada para el individuo que lo padece.

2.1.3 Bases biológicas

Es complejo dar una conclusión definitiva sobre la etiología del trastorno depresivo persistente, dado que involucra el área biológica, social y psicológica. “Hasta ahora se han identificado algunos marcadores genéticos potenciales para los trastornos del ánimo en ciertos cromosomas, pero no se ha logrado distinguir algún patrón específico o certero para la Distimia” (Jiménez, Gallardo, Villaseñor y González 2012, p.213) por lo tanto es difícil confirmar como un historial familiar tenga influencia genética en el paciente que padece dicho trastorno.

Diversos estudios han sido realizados con el fin de sustentar con pruebas científicas, la influencia biológica involucrada en la depresión, es por esto que varios personajes a lo largo de la historia han investigado y continúan haciéndolo creando hipótesis para confirmar o descartar el hecho, ante esta situación Wicks-Nelson y Allen (1997) afirman: “la influencia genética opera sobre factores de la personalidad y del temperamento tales como la emocionalidad y la sociabilidad, que afectan a toda la gama de la sintomatología depresiva”(p.150) sin embargo hay una serie de

variables que participan en el desarrollo del trastorno depresivo persistente como el entorno en el cual se desenvuelve el paciente.

2.1.4 Diagnóstico

Para diagnosticar a un paciente con el trastorno depresivo persistente se deben tomar en cuenta los criterios diagnósticos establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) sostiene:

Trastorno depresivo persistente 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, un 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.

En el DSM-5 se muestra los respectivos especificadores para el trastorno depresivos persistente, las cuales se basan en las características e inicio de dicho trastorno.

2.1.5 Pronóstico

Es importante considerar que debido a que el trastorno depresivo persistente es crónico, hay posibilidades que algunos pacientes no tengan una recuperación total ya que cada persona es diferente, por lo tanto en algunas se verá una recuperación completa mientras que a otras solamente les proporcionara técnicas para mantenerlo bajo control; es por eso que la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) sostiene que los factores temperamentales que predicen un pronóstico a largo plazo es el nivel elevado de neuroticismo o afectividad negativa, la mayor gravedad de los síntomas, un peor funcionamiento global y la presencia de trastornos de ansiedad o de conducta.

Además, los factores ambientales en la infancia como la pérdida de los padres y su separación. Genéticos y fisiológicos de los cuales no se tienen diferencias claras entre el desarrollo, el curso y la historia familiar de la enfermedad del trastorno distímico y del trastorno depresivo mayor crónico. Entonces es probable que los pacientes con trastorno depresivo persistente tengan un mayor número de familiares de primer grado con dicho trastorno que los pacientes que padecen depresión mayor.

2.1.6 Tratamiento indicado

Cada paciente es único, por lo tanto, no se abordará la Distimia de igual manera con todos, en algunos casos lo mejor es un tratamiento multidisciplinario, donde en conjunto diferentes profesionales de la salud ayudan al paciente para una pronta recuperación.

Los tratamientos más utilizados para el trastorno depresivo persistente son farmacológicos, en donde un psiquiatra es el indicado para extender una receta con antidepresivos, Organización Panamericana de la Salud (2010) determina que los antidepresivos son eficaces en aproximadamente 60% de los pacientes, aunque más de 30% responden a un placebo. Los antidepresivos pueden tardar de 6 a 8 semanas en ejercer su efecto terapéutico completo.

De acuerdo con el mecanismo de acción, los antidepresivos se clasifican en varios tipos: antidepresivos tricíclicos y relacionados, inhibidores de la monoaminooxidasa, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y otros antidepresivos. La interrupción del tratamiento debe ser gradual, disminuyendo progresivamente la dosis durante un período de 2 a 3 meses. La suspensión repentina de los antidepresivos puede causar efectos de rebote.

La psicoterapia puede acompañar el tratamiento con medicamentos para lograr mayores y mejores resultados en el paciente. Algunas técnicas que se utilizan en psicoterapia según National Institute of Mental Health (2001) afirma:

Las terapias a corto plazo (de 10 a 20 semanas) han sido muy eficaces para tratar varios tipos de depresión. Las terapias de “conversación” ayudan a los pacientes a entender y aprender a resolver sus problemas mediante una charla con el terapeuta. Las terapias de “conducta” enseñan a los pacientes nuevos comportamientos para llevar una vida mejor y les ayudan a “desaprender” patrones de conducta dañinos. La investigación ha mostrado que dos psicoterapias a corto plazo, la interpersonal y la cognitiva-conductual, son útiles para algunas formas de depresión. La terapia interpersonal se enfoca en cambiar las relaciones interpersonales que causan o intensifican la depresión. La terapia cognitiva-

conductual se concentra en cambiar los patrones negativos de pensamiento y la reacción o comportamiento que pueden contribuir a la depresión. (p. 18)

Aaron Beck es uno de los psicólogos con mayor influencia en la corriente cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno depresivo persistente, quien en su teoría cognitiva señala “los individuos deprimidos por lo general se perciben como perdedores, y siempre se culpan de que todo les sale mal. Al enfocarse en el lado negativo de las situaciones se sienten ineptos e incapaces de actuar en forma constructiva”. (Feldman, 2014, p.478)

Los pensamientos son los que guían las acciones de una persona, y en el caso de quienes tienen trastorno depresivo persistente los pensamientos e ideas que genera cobra mayor importancia, Beck es quien crea la triada cognitiva con el fin de establecer la percepción que la persona depresiva tiene, Vásquez, Muños y Becoña (2000) determinan que tres suposiciones teóricas son relevantes en las intervenciones de la terapia cognitiva. La principal suposición es que la conducta y el afecto del individuo deprimido están determinados por la forma en cómo ve el mundo.

La segunda suposición que las cogniciones (pensamientos, creencias, fantasías, imágenes, etc.) pueden ser auto observadas por el cliente y comunicadas. La identificación y la autoobservación de las cogniciones pueden requerir entrenamiento, asumiendo que estas cogniciones son o pueden llegar a ser conscientes. En tercer lugar, la modificación de las cogniciones conducirá a cambios en el afecto y en la conducta.

Por lo tanto, trabajar en psicoterapia los pensamientos del paciente con trastorno depresivo persistente es esencial para lograr cambios en su actitud y relaciones interpersonales. La modificación de pensamientos inadecuados, orientan un mal autoconcepto y poca seguridad, al refutarlos se logra una cognición adecuada para cambiar los sentimientos de depresión.

2.2 Familia

Desde siempre la familia es conocida como una parte fundamental en la sociedad, siendo la misma donde el ser humano crece y se desarrolla durante su vida, Dell'oro, Paz, Dell'oro y Favereau (2012) determinan: “La familia es, después de todo, la primera “organización” de la cual somos activos participantes como personas, y el espacio donde aprendemos a desarrollar vínculos de calidad que luego aplicamos en empresas e instituciones para construir una sociedad mejor” (p. 9). Por ello es importante el buen desenvolvimiento del humano dentro de la familia.

La familia es el primer entorno que conoce el ser humano y en el cual se empieza a desarrollar, es a ahí donde se forma gran parte de la personalidad, los miembros son una fuente de inspiración e imitación para los otros, las conductas realizadas dentro de la familia tienen un valor significativo. Intebi (2009) sostiene: “El imaginario social la representa como una institución casi sin contradicciones ni mayores conflictos, cuyos integrantes se preocupan por el cuidado, el bienestar y la protección de sí mismos y de los demás de manera fluida y armónica” (p. 47) para conseguir que esto se propicie en las familias cada integrante debe desempeñar un rol y una función específica para lograr una estructura familiar sólida y adecuada.

2.2.1 Dinámica familiar

Dentro de las familias dependiendo cuan numerosas sean, existen diferentes caracteres y personalidades, los cuales al estar conviviendo todos los días surgen tensiones y conflictos entre los miembros, Viveros y Vergara (2014) afirma: “De acuerdo a como sean las características particulares de la dinámica familiar aparecen los conflictos, los mecanismos para afrontarlos y las singularidades con las que cada uno de sus integrantes analiza e interactúa”. (p. 6)

La funcionalidad de las familias depende de la capacidad de adaptación y formas de resolver conflictos e imponer normas y reglas con sus respectivas consecuencias, aspectos sumamente necesarios para que la familia se acomode y aprendan juntos a afrontar las distintas situaciones

que ocurren a lo largo de la vida. Dell'oro et al., (2012) sostienen: “familia y felicidad necesariamente van unidos y se entrelazan. Una familia que teje vínculos profundos entre sus miembros, que promueve el desarrollo personal y que se abre a los demás, es una familia que cultiva la verdadera pedagogía de la felicidad” (p. 94) Además es importante que la relación entre los integrantes sea armoniosa y saludable para lograr un vínculo afectuoso con el cual puedan integrarse al mundo.

2.2.2 Patrones de crianza

Los patrones de crianza son las pautas o reglas que se llevarán a cabo para corregir a los hijos, cada familia es libre de decidir qué pautas o normas se utilizarán, así como las consecuencias producto de faltar a las mismas; en varios casos el patrón autoritario, rígido e inflexible, se basa en el castigo como medio para educar, someter e imponer algo en los miembros de la familia con el fin de conseguir obediencia.

López (2005) determina qué patrones de crianza que legitiman el castigo, es caracterizado por desconocer el derecho de los hijos para que ellos se expresen o sientan, dando como resultado conflictos a nivel familia, comportamientos rebeldes con tendencia al incumplimiento de las reglas impuestas a nivel de sistema familiar. En la mayoría de los casos los patrones de crianza son heredados de generación en generación formando una cadena, estos patrones no son definitivos, pueden modificarse dependiendo de cada familia.

La familia hoy en día es conocida por quienes la integran, estableciendo distintos tipos, Osorio y Álvarez (2004) afirman

- Familia extensa, está constituida por más de dos generaciones en el hogar de los abuelos.
- Familia nuclear íntegra, son matrimonios casados en primeras nupcias y con hijos biológicos.

- Familia nuclear ampliada. Familias en que se incluye a otras personas, que pueden tener algún tipo de vínculo consanguíneo (madre, tíos, sobrinos) no tener vínculo de consanguinidad alguno, como es en el caso de las empleadas domésticas, o alguna persona que esté de visita en casa.
- Familia monoparental. Es aquella en que un solo cónyuge esta con la responsabilidad total de la crianza y convivencia de los hijos.
- Familia reconstituida. Es una familia en la que dos personas deciden tener una relación formal de pareja y forman una nueva familia, pero como requisito al menos uno de ellos incorpora un hijo de una relación anterior.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

La familia es comprendida en todas sus formas como la base y núcleo de la sociedad, y una gran influencia en la misma dado que es la encargada de formar ciudadanos que aportan y se enfrentan a la sociedad, de forma consciente o inconsciente, influyendo en el individuo que crece en ese núcleo y entorno. Por lo tanto siendo la familia una base fundamental en todo sentido para la sociedad, es importante lograr que sea igual de indispensable la salud mental, como la salud física, para que con las futuras generaciones existan planes de prevención o bien se planteen estrategias de tratamiento.

Es importante informarse sobre las distintas alteraciones mentales existentes, como el trastorno depresivo persistente, su etiología que en este caso existen bases biológicas y hereditarias para dicho trastorno lo cual involucra información de generaciones; al igual que la sintomatología, para poder identificar la enfermedad mental y así contar con el tratamiento adecuado, con el fin de proporcionar tanto al sujeto, como a los familiares soluciones factibles y benéficas para ambas partes. En algunos casos los pacientes diagnosticados no cuentan con un historial clínico familiar, lo que dificulta que se pueda diagnosticar o bien que se le brinde un tratamiento adecuado.

3.2 Pregunta de investigación

¿Qué impacto provocó la historia familiar para el desarrollo del trastorno depresivo persistente?

3.3 Objetivo General

Evaluar el impacto que provocó la historia familiar para el desarrollo del trastorno depresivo persistente a la paciente del caso de estudio.

3.4 Objetivos Específicos

- Determinar el tipo de sintomatología que le causa el deterioro a la paciente.
- Indagar sobre la dinámica familiar de la paciente
- Establecer un plan terapéutico asertivo para contrarrestar la patología del paciente.
- Identificar pensamientos inadecuados, determinando causas que generan tristeza y desesperanza en la joven del caso.
- Medir el incremento de la autoestima y seguridad en la paciente con la finalidad de cambiar su autoconcepto.

3.5 Alcances y límites

Alcances

Entre los alcances evidenciados durante el proceso de intervención en la Práctica Profesional Dirigida de Psicología Clínica, se menciona el afianzar e incrementar los fundamentos teóricos, así como adquirir nuevos conocimientos y alcances a nivel académico y personal.

Se observaron cambios y logros significativos en los distintos pacientes atendidos en el Centro de Asistencia Social, especialmente el caso de D. a quien se le proporciona la ayuda necesaria durante el proceso terapéutico de forma asertiva, funcional y objetiva, logrando mejores relaciones interpersonales, aumento de autoestima y cambio de pensamientos.

Límites

De igual forma se evidencian distintas dificultades en el Centro de Asistencia Social, entre las cuales destaca el no haber cubículos adaptados a la intervención con niños. Así como los cubículos ruidosos o pequeños que en ocasiones no fomentaban la comodidad del paciente.

Otra limitante en el establecimiento en mención, fue la lejanía de la institución, además de la falta de parqueo en el lugar para beneficio tanto de los practicantes como de los pacientes. De igual forma el abandono del proceso terapéutico de algunos pacientes o las frecuentes ausencias de los mismos que provocaron retrasos en la implementación del plan terapéutico.

3.6 Metodología

La investigación se realizó por medio del método cualitativo, siendo parte de la asignatura Sistematización de Práctica Profesional Dirigida, del quinto año, de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social. Dicha investigación cualitativa es fundamentada en el estudio de caso, en donde la paciente es referida por una amiga por manifestar interés y voluntad en recibir ayuda por medio de una terapia psicológica, D. quien recientemente había perdido a su padre de forma inesperada manifiesta conductas y pensamientos desadaptativos además de un notable desinterés por las relaciones interpersonales.

El caso de estudio corresponde a una persona de 25 años de edad, quien acude a terapia en busca de ayuda refiriendo cansancio general, físico y emocional.

La paciente fue atendida durante 30 sesiones, utilizando técnicas del modelo cognitivo conductual, como detención del pensamiento, psicoeducación, reestructuración cognitiva, entre otros. La paciente manifestó interés y voluntad en trabajar para obtener resultados positivos del proceso terapéutico.

Test de la figura humana

Manifiesta sentimiento de inadecuación, tendencia al retraimiento, inseguridad. Auto dirigido, adaptada, centrada en sí misma, utiliza la fantasía como mecanismo compensatorio, predominio intelectual sobre los aspectos instintivos. Evasión de las relaciones interpersonales para vivirlas en forma conflictiva, relaciones interpersonales caracterizadas por superficialidad cautela y

hostilidad. Negación, dolor profundo, culpabilidad en relación a la agresión oral. Falta de estabilidad o miedo a la realidad, inestabilidad.

El objetivo de dicho test proyectivo es la interpretación del dibujo debe tener en cuenta el desarrollo evolutivo de madurez mental, características de personalidad, e indicadores que denoten necesidades inconscientes. El test de la figura humana es una técnica valiosa para evaluar a niños, precisamente porque puede ser empleado como un test de maduración, aunque por la misma razón se utiliza en adultos.

Test del árbol

Los resultados denotan energía, mando o brutalidad. Preocupación de ser clara, señal de resistencia, orgullo, vanidad o deseo de superación del sentimiento de inferioridad. Menor movilidad psicológica (menos vivacidad) y aun hasta física (obesidad), sociabilidad, contacto fuerte. Imaginación, compensación afectiva, auto centralización, narcisismo, concentración, comunicabilidad reducida o sociabilidad reducida. Eventualmente armonía, plenitud interior y firmeza, reposo, artificialidad.

El test del árbol tiene por objetivo evocar asociaciones relacionadas con el papel que desarrolla en la vida y con su aptitud para obtener satisfacción de su medio ambiente en general. El dibujo de un árbol presenta la distribución de estas tres estructuras de diferentes maneras, y en ocasiones una de ellas no aparece, en estos casos lo más frecuente es que lo ausente sea la raíz.

El árbol crece hacia arriba en busca de luz y aire y también crece hacia abajo donde reina la oscuridad. La raíz es su punto de apoyo y su fuente de vida, representa la vida subterránea, indica los rasgos menos reconocibles del carácter, se sitúa en el límite de la vida consciente e inconsciente. El tronco forma la parte media que mantiene el equilibrio entre la derecha y la izquierda, es el soporte de la copa, es el elemento más invariable del esqueleto del árbol.

Resultados cualitativos Whodas 2.0

Se toman como referencia los datos recopilados por medio de la aplicación e interpretación de dicho cuestionario, dando como resultado un porcentaje significativo en el área de participación en la sociedad. La paciente refiere preferir estar sola en sus tiempos libres que salir con amigos, en su trabajo solo habla con los compañeros lo necesario o porque el jefe se lo pide. Se observa la inseguridad y poca valía personal en la usuaria que dificulta el mantener buenas y saludables relaciones interpersonales.

Es una medida de 36 ítems que evalúa la discapacidad en los adultos de 18 o más años de edad. Evalúa la discapacidad en seis dominios, entre los que están la comprensión y la comunicación, la capacidad para moverse en su alrededor (entorno), el cuidado personal, la capacidad de relacionarse con otras personas, las actividades de la vida diaria (p. ej., los quehaceres de casa, el trabajo/escuela), y la participación en la sociedad.

Resultados cualitativos 16PF

Refleja ser una persona poco práctica, abstracta, orientada a las ideas, pasivas. Frecuentemente inundada por sentimientos de culpa y remordimiento en su conciencia. Indica tendencias depresivas, sumisión, desconfianza, indecisión, y tendencia a pensar que los demás no se interesan por él. Emocionalmente madura, mentalmente independiente, sin sensibilidad artística, poco afectada por las fantasías, práctica, lógica, autosuficiente y responsable. Abiertas, espontáneas, que tienden a contar de buena gana detalles de su vida a otras personas. En las relaciones de pareja resulta problemático que uno y otro miembro tenga puntuaciones extremas y opuestas en esta dimensión.

El Objetivo del Inventario 16 PF es medir la estructura de personalidad en 16 factores y se obtiene, además, un conjunto de factores de segundo orden que complementan la estructura de personalidad que pretende describir este instrumento.

Resultados cualitativos CAQ

Se evidencia reocupación por la salud, los desarreglos y las funciones corporales. Insatisfecha de la vida, acoge pensamientos autodestructivos, busca excitación, acepta riesgos, intenta lo nuevo. Evita con tactos interpersonales, no se halla conforable con los demás, con impulsos repentinos o incontrolados, se aleja de la realidad. Tímida, pierde su aplomo con pensamientos de inferioridad.

Es depresiva en el sentido de que le preocupa alteración de las funciones de su cuerpo, escala principal como factor secundario de depresión. Depresión, se centra en los pensamientos de autodestrucción, los sujetos afirman estar “hartos y a disgusto con la vida” “les parece ya vacía, sin sentido ni propósito”.

Fue diseñado para analizar conductas psicopatológicas, como complemento clínico del test factorial 16PF. Los estudios realizados con este instrumento se centran, básicamente, en el análisis psicométrico y factorial del test, tomando como referencia la población normal adulta y adolescente.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización de Estudio de Caso

I. Datos generales

Nombre: D. M.

Sexo: femenino

Fecha de nacimiento: 13/08/1992

Edad: 24 años

Estado Civil: soltera

Escolaridad: nivel medio

Profesión: Bachiller en computación

Ocupación y lugar de trabajo: asistente de aduanas.

Religión: cree en Dios

Dirección: Ciudad de Guatemala

Teléfonos: XXX

Referido por: P.R.

Fecha de inicio del proceso terapéutico: 25-2-2017

II. Motivo de consulta

La paciente refiere: “Cansada” (SIC). La paciente refiere que ha sentido mucha tristeza desde que era pequeña sin saber la razón (catarsis durante el relato).

III. Historia del problema actual

La usuaria comenta “todo me parece gris, todo es aburrido” (SIC), la paciente recuerda que desde

pequeña se mantenía muy triste, pero no se acuerda si tenía una razón. Cuando tenía 6 o 7 años pensaba que tomándose todo el blíster de aspirinitas para niños se podía morir. Por una cicatriz en la nariz recibió burlas en la escuela y la mayoría de niños le dejó de hablar por una compañerita que no la quería, no les permitía hablarle, desde entonces su autoestima es baja.

El padre de la usuaria falleció en diciembre del 2016, refiere que aún no entiende como pudo pasar. Actualmente tiene problemas para relacionarse con otras personas, su círculo de amigos es pequeño, y en el trabajo el jefe le pide que tenga más comunicación con sus compañeros, pero ella se muestra ansiosa y le sudan las manos cuando tiene que conocer o hablarle a una persona. Se muerde las uñas desde niña, entre los 14 y 15 años se cortaba el antebrazo, refiere que dejó de hacerlo porque le daba vergüenza. Hace un año que ha estado intentando dejar de fumar, pero fuma 10 cigarros o más en un día cuando se siente estresada o ansiosa.

IV. Historia clínica

Historia prenatal

El embarazo no tuvo ninguna complicación, los padres estaban juntos.

Nacimiento

Su nacimiento fue normal, sin dificultades en el parto ni durante sus primeros meses de vida, todo transcurrió con normalidad.

Evolución neuropsíquica

La usuaria refiere que según lo que le cuenta su mamá nunca tuvo problemas para aprender a ir al baño, controló esfínteres a los dos años de manera diurna y nocturna. Camino de un año, y no presentó dificultad en el sueño.

Evolución de lenguaje

La usuaria refiere no tener información de esta etapa, sin embargo, no cree haber tenido algún inconveniente.

Desarrollo escolar

Su adaptación en la escuela fue buena, refiere que siempre le gustaba ir a estudiar, era muy aplicada y dedicada en sus tareas y tenía un rendimiento académico aceptable. Una compañerita cuando cursaba el segundo de primaria, según indica la paciente, marcó su vida de forma negativa porque logró manipular a sus demás compañeros para que no le hablaran ni jugaran con ella, lo cual no pudo resolver en ese momento.

Desarrollo social

La paciente refiere que ha tenido pocas amistades en su vida, porque no se siente cómoda conociendo o hablando con nuevas personas, en especial con compañeros de trabajo, comenta que siente nervios y le comienzan a sudar las manos. Por otra parte los amigos que tiene son muy importantes para ella y procura dedicarles tiempo aunque prefiere estar sola.

Adolescencia

En esta etapa por unos meses se cortaba el antebrazo con hojas de afeitar, y por vergüenza a que alguien la descubriera porque “sabía que era muy estúpido” (SIC) se abstuvo de hacerlo. Tuvo un conflicto con sus sentimientos hacia los hombres y mujeres, y a los 15 años empieza una relación de noviazgo con una amiga y compañera de clases llamada G.

Adulthood

Su primer trabajo fue en un “call center” del cual renunció porque su jefe inmediato la

discriminaba al enterarse de sus preferencias sexuales, por lo que el ambiente laboral se volvió tenso y no se llevaba adecuadamente con el jefe. Actualmente trabaja como asistente de aduanas en BBC, su jefe le ha pedido un cambio en su arreglo personal, ha solicitado además que mejore su problema con las uñas, es decir que la presentación de sus manos sea mejor evitando el hábito de comérselas y en relación con sus compañeros le pide que se comunique más ya que es poco sociable.

Historia psicosexual y vida marital

La usuaria ha tenido una relación de noviazgo que duro 5 años con G., refiere que únicamente con ella ha tenido relaciones sexuales. Nadie supo de su relación hasta que terminaron y se lo contó a su mamá, la paciente comenta tener confusión sobre su orientación sexual porque no está segura que solo quiera tener relación con mujeres, sin embargo no se atreve a iniciar una relación pues siente desconfianza hacia los hombres.

Historia médica

La paciente refiere padecer de intensos dolores de cabeza, llegando a presentar migrañas y a veces toma hasta 4 aspirinas en el día por el dolor sin que ésta le pueda aliviar dicho dolor. A los 10 años aproximadamente recuerda que la medicaban fuertemente, entre la medicina que tomaba estaba el Cibral para los vértigos.

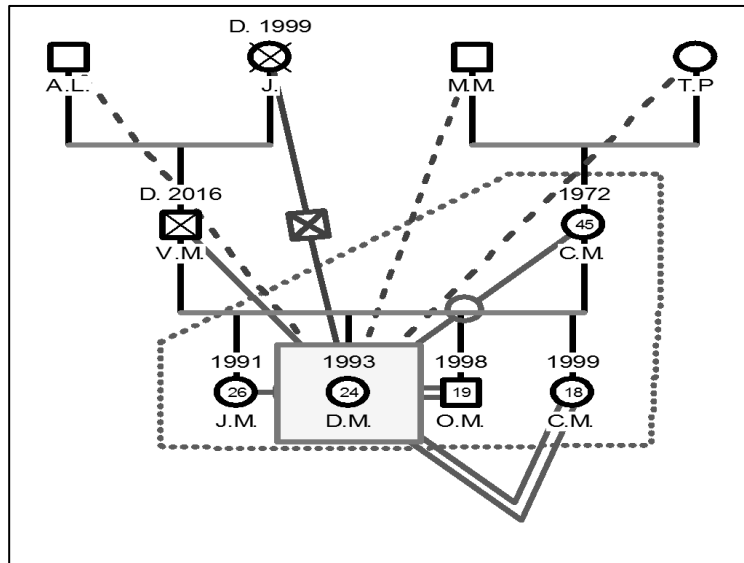
Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores

Según refiere la paciente, se ha informado por medio de otros parientes de que su abuela paterna se suicidó cuando su padre tenía 12 años, lo cual trajo muchos inconvenientes a su padre quien fue alcohólico.

V. Historia familiar

Imagen No. 2

Genograma



Fuente: Elaboración propia, marzo 2017.

Estructura familiar

Su familia está integrada por madre, dos hermanas y un hermano. Aunque tienen una buena relación con toda la familia las personas que más la apoyan y están pendientes de ella es su madre y su hermana mayor la cual está casada y tiene dos niños. La paciente aporta económicamente en el hogar al igual que sus hermanos, la madre tiene una tienda de abarrotes, siendo su nivel socioeconómico medio.

Antecedentes familiares

La paciente tiene una buena relación con su madre y hermanos, en especial con su hermana mayor. Su padre murió en diciembre del año pasado por un golpe en la cabeza al estar ebrio, ya había sido diagnosticado de cirrosis sin embargo no seguía las recomendaciones del médico.

Especificar cualquier antecedente familiar relacionado con problemas mentales

Suicidio de la abuela paterna, el padre fue alcohólico.

VI. Examen del estado mental

La paciente se presenta con un atuendo informal, zapatos rotos y sucios, la ropa que utiliza es más grande, orientada en tiempo, persona y lugar. Atención, concentración, habla fluida, es atenta y utiliza palabras apropiadas. Manifiesta sus temores y frustración al no poder relacionarse con otras personas, es pesimista, con una afectividad triste. Su actitud para con ella misma es descuido y autoestima baja.

VII. Resultado de pruebas

Durante las pruebas la paciente se muestra con una conducta colaboradora, cómoda y dispuesta a realizar lo que se le solicitaba en cada una de ellas, aunque en las pruebas proyectivas demuestra un poco de resistencia ante el momento de dibujar, las realiza haciendo su mejor esfuerzo. En las pruebas psicométricas la paciente muestra mayor interés y ganas de realizar dichas pruebas, aunque admite que son largas y aburridas por tantas preguntas le interesaba el resultado que obtendría de las mismas.

Tabla No. 1
Pruebas e instrumentos aplicados

Pruebas e instrumentos aplicados	Fecha de aplicación
1. Test de la figura humana	18-3-17
2. Test del árbol	25-3-17
3. WHODAS 2.0	1-4-17
4. 16PF	8-4-17
5. CAQ	22-4-17

Fuente: Elaboración propia, abril 2017.

Test de la figura humana

Sentimiento de inadecuación, tendencia al retraimiento, inseguridad. Auto dirigido, adaptada, centrada en sí misma, utiliza la fantasía como mecanismo compensatorio, predominio intelectual sobre los aspectos instintivos. Evasión de las relaciones interpersonales para vivirlas en forma conflictiva, relaciones interpersonales caracterizadas por superficialidad cautela y hostilidad.

No quiere ver, dolor profundo, culpabilidad en relación a la agresión oral. Conducta más guiada por lo instintivo que por lo intelectual, falta de poder, persona con dificultad de contacto, sentimiento de culpa en relación a actividades manipuladoras. Falta de estabilidad o miedo a la realidad, inestabilidad.

Test del árbol

Denota energía, mando o brutalidad. Preocupación de ser claro, señal de resistencia, orgullo, vanidad o deseo de superación del sentimiento de inferioridad. Menor movilidad psicológica (menos vivacidad) y aun hasta física (obesidad), sociabilidad, contacto fuerte. Imaginación, compensación afectiva, auto centralización, narcisismo, concentración, comunicabilidad reducida o sociabilidad reducida. Eventualmente armonía, plenitud interior y firmeza. Reposo, artificialidad.

Resultados cualitativos WHODAS 2.0

Se toman como referencia los datos recopilados por medio de la aplicación e interpretación de dicho cuestionario, dando como resultado un porcentaje significativo en el área de participación en la sociedad. La paciente refiere preferir estar sola en sus tiempos libres que salir con amigos, en su trabajo solo habla con los compañeros lo necesario o porque el jefe se lo pide. Se observa la inseguridad y poca valía personal en la usuaria que dificulta el mantener buenas y saludables relaciones interpersonales.

Tabla No. 2
WHODAS 2.0 resultados cuantitativos

Comprensión y comunicación	42 %
Capacidad para moverse a su alrededor	17%
Cuidado personal	19%
Relaciones con otras personas	33%
Actividades diarias	44%
Participación en la sociedad	58%

Fuente: Elaboración propia, abril 2017.

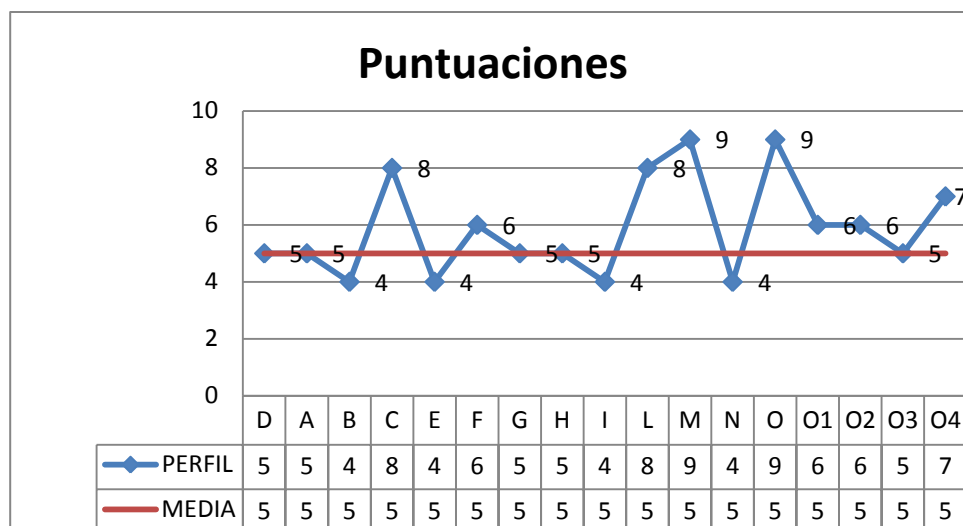
Resultados cualitativos 16PF

M=abstracción: esta escala constituye una medida del sentido práctico. Describen a personas poco prácticas, abstractas, orientadas a las ideas, pasivas. O=aprensión: persona que es frecuentemente inundada por sentimientos de culpa y remordimiento en su conciencia. Indica tendencias depresivas. Bajas puntuaciones en dominancia E indican sumisión, desconfianza, indecisión, y tendencia a pensar que los demás no se interesan por él.

Puntaje bajo en sensibilidad I describe una persona emocionalmente madura, mentalmente independiente, sin sensibilidad artística, poco afectado por las fantasías, práctico, lógico, autosuficiente y responsable.

Una puntuación baja privacidad N se relaciona con personas abiertas, espontáneas, que tienden a contar de buena gana detalles de su vida a otras personas. En las relaciones de pareja es evidente que resulta problemático que uno y otro miembro tenga puntuaciones extremas y opuestas en esta dimensión.

Imagen No. 3
Resultados cuantitativos 16PF



Fuente: Elaboración propia, abril 2017.

Resultados cualitativos CAQ

Preocupada por la salud, los desarreglos y las funciones corporales. Insatisfecha de la vida, acoge pensamientos autodestructivos, busca excitación, acepta riesgos, intenta lo nuevo. Evita contactos interpersonales, no se halla confortable con los demás, con impulsos repentinos o incontrolados, se aleja de la realidad. Tímida, pierde su aplomo con pensamientos de inferioridad.

Mayor puntaje D1-10, D2-10, D7-10

Es depresiva en el sentido de que le preocupa alteración de las funciones de su cuerpo, escala principal como factor secundario de depresión. Depresión, se centra en los pensamientos de autodestrucción, los sujetos afirman estar “hartos y a disgusto con la vida” “les parece ya vacía, sin sentido ni propósito”. Apatía, se caracteriza por rasgos: la sensación de que la vida es “bastante absurda y sin sentido”, tiende a evitar el trato con los demás, se siente “a gusto cuando está sola sin los demás”.

Tabla No. 3
Resultados cuantitativos CAQ

Esc	PD	DE
D1	11	10
D2	19	10
D3	14	8
D4	12	8
D5	17	9
D6	15	8
D7	17	10
Pa	5	6
Pp	11	4
Sc	11	9
As	12	6
Ps	12	9

Fuente: Elaboración propia, abril 2017

VIII. Impresión Diagnóstica

De acuerdo a la observación realizada y la indagación, la paciente manifiesta desanimo, desesperanza y escasas relaciones interpersonales. Muestra una personalidad depresiva, así como los antecedentes de suicidio en su familia, alcoholismo y pensamientos negativos en la paciente y falta de motivación en la vida. Es importante tomar en consideración un diagnóstico depresivo persiste según los criterios diagnósticos del DSM-V.

IX. Diagnostico según DSM-V

300.4 (F34.1) Trastorno depresivo persistente (Distimia) (168)

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

- poca energía o fatiga
- baja autoestima
- sentimientos de desesperanza

C. Durante el periodo de dos años de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

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

X. Conclusiones

- Según la condición de la paciente, se observa que mantiene constantes ideas y pensamiento autodestructivos.
- Muestra una constante fatiga y no tiene ánimos de realizar actividades con amigos y familia, lo cual afecta su desenvolvimiento social y repercute en sus áreas de desarrollo personal, laboral, económico etc.
- La paciente posee sentimientos y pensamientos de inseguridad y desvalorización personal lo cual la hace vulnerable a decisiones que ponen en riesgo su integridad física, mental y emocional.

XI. Recomendaciones

Se recomienda que la paciente inicie un proceso terapéutico basado en la corriente cognitivo-conductual, con el fin de modificar los pensamientos negativos que influyen en su perspectiva de la vida y por lo tanto en sus acciones. Es importante trabajar con la valoración personal de la paciente para aumentar su seguridad. Fomentar actividades agradables y relaciones interpersonales que puedan influir en su estado de ánimo.

XII. Plan terapéutico

Al tomar en cuenta las necesidades que manifestaba la paciente, se realiza un plan de tratamiento adecuado basado en la corriente cognitiva-conductual, haciendo uso de distintas técnicas. Esta teoría está basada en los aportes del psiquiatra americano Aaron Beck, sobre la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos, la persona depresiva exhibe un proceso de información inadecuado o especie de visión distorsionada, que da como resultado una visión negativa inconsistente de él, el mundo y el futuro.

La teoría propone además que todo este pensamiento negativo causa que una persona desarrolle un repertorio de hábitos mentales llamados “esquemas” o “pensamientos automáticos negativos” que saltan a la acción y refuerzan el pensamiento negativo. Es una forma de psicoterapia diseñada para ayudar a la gente con depresión a cambiar su forma de pensar, a mejorar su estado de ánimo y alterar su conducta.

Además, sostiene que si se logra entender cómo los pensamientos y acciones afectan los sentimientos, se puede aprender a tener un mayor control sobre los mismos y a sentirse mejor. Se realiza para identificar las creencias y las actitudes distorsionadas acerca del evento precipitante y de sí mismo.

Los fundamentos teóricos conductuales que sirvieron de base para el desarrollo de la TCC fueron: la reflexología y las leyes del condicionamiento clásico, el conexionismo de Thorndike, el

conductismo de Watson y la contribución de Skinner y el análisis experimental de la conducta. Parte que las cogniciones son elementos causales de la conducta manifiesta, la conducta o acción y sus consecuencias determina la cognición y el afecto; además de su afirmación esencial de que “como tú piensas, tú sientes y actúas”.

Todas las conductas se aprenden, se mantienen y se modifican de acuerdo con los mismos principios o leyes generales, como objetivo busca instalar una conducta que el sujeto no tiene o sustituir las que tiene por otras más adecuadas, para producir un cambio conductual observable y medible, directa o indirectamente, en cualquiera de las tres modalidades de respuestas motoras, fisiológicas y cognitivas. Sostiene que las técnicas de relajación es un método que produce cambios en el organismo y es de gran utilidad para el afrontamiento, control y manejo de emoción negativa, como la ira, impulsividad, enfado, dolor, etc.

Perspectiva terapéutica

El modelo cognitivo-conductual plantea es importante identificar cuáles son los pensamientos que influyen en el estado de ánimo para aprender a tener un mayor control sobre los sentimientos y acciones. La terapia se basa en varios supuestos como que los individuos responden a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales, el aprendizaje esta mediado cognitivamente, se pueden cambiar patrones disfuncionales emocionales y conductuales.

En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora. Coloca énfasis en los determinantes actuales del comportamiento, y su objetivo en intervención es instalar una o varias conductas que el sujeto no tiene o sustituir las que tiene por otras más adecuadas. Este modelo reconoce la viabilidad de utilizar los pensamientos, sentimientos y creencias como causales de la conducta en todas o en alguna ocasión; se basa en algunos supuestos como -el aprendizaje esta mediado cognitivamente.

Es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido. El individuo tiene responsabilidad en los

procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos, además se caracteriza por ser una terapia de tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo. La TCC tiene una naturaleza educativa que puede ser más o menos explícita, posee en esencia un carácter auto-evaluador a lo largo de todo el proceso (énfasis en la validación empírica). En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora.

Tiempo estimado para el proceso terapéutica

El tiempo estimado de la terapia es de 4 meses aproximadamente 16 sesiones, teniendo una sesión por semana de 50 minutos cada una.

Tabla No. 4
Presentación del plan terapéutico

Problema Clínico	Objetivo	Técnicas	Observaciones y duración	Recursos
Pensamientos negativos (Depresión)	Identificar y trabajar con los pensamientos y sentimientos que influyen en el estado de ánimo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. termómetro del ánimo. 2. estilos de pensamiento. 3. actividades agradables. 4. detención del pensamiento. 5. realizar metas. 6. aprender como sentirte mejor. 7. manejo saludable 	Se trabajará con el enfoque cognitivo-conductual durante 7 sesiones	<p>Hojas Lapicero Termómetro</p>

		de la realidad.		
Baja autoestima o valía personal	Fortalecer y afianzar la autovaloración.	8. externalizar la baja autoestima. 9. lista de elogios. 10. frente al espejo. 11. psicoeducación. 12. la historia de cada uno.	Se trabajará con el enfoque cognitivo-conductual durante 5 sesiones.	Espejo Hojas Plastilina Material impreso
Falta de identidad sexual	Brindar la información y herramientas necesarias para el autodescubrimiento con fin de definir la identidad.	13. psicoeducación de Identidad sexual 14. me gusta y me disgusta 15. Autodescubrimiento 16. consulta con el sabio que hay dentro de uno mismo	Se trabajará con el enfoque cognitivo-conductual durante 4 sesiones	Información Hojas lapicero

Fuente: Elaboración propia, abril 2017.

4.2 Análisis de Resultados

Tomando como base el objetivo general y objetivos específicos expuestos anteriormente se presentan los siguientes resultados:

Trastorno depresivo persistente

Anteriormente conocido como Distimia, Asociación Americana de Psiquiatría (2014) sostiene: “es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y los adolescentes” (p.169). Dicho trastorno ocasiona ciertas deficiencias en desenvolvimiento de la persona que lo padece.

El trastorno depresivo persistente produce varios efectos que interfieren en las actividades cotidianas, y están presentes continuamente la mayoría de días. Sarason & Sarason (2006) afirman

Debido a que éste es de tan larga duración, a veces se le ha considerado a la Distimia como un trastorno de la personalidad. Sin embargo, la mayoría de los investigadores la incluyen en el grupo de trastornos del estado de ánimo y creen que está biológicamente relacionada con la depresión. (p. 337)

Por medio de la evaluación clínica y aplicación de distintas pruebas a la paciente tanto proyectivas (figura humana y test del árbol), como psicométricas (16PF y CAQ), se pudieron obtener resultados por medio de la interpretación y el análisis de dichas pruebas, y cumpliendo la mayoría de criterios diagnósticos se determina el Trastorno depresivo persistente.

Síntomas del Trastorno depresivo persistente

Es uno de los trastornos que más afecta e incapacita al individuo, dadas las manifestaciones de síntomas que están presentes y son recurrentes en la persona. Algunos de los síntomas más frecuentes y relevantes, según Sarason & Sarason (2006) determinan: “melancolía, no disfruta las cosas, sin sentido del humor, pesimista, baja autoestima, tendencia a estar ensimismado, sentimientos de culpa” (p.338).

Estos síntomas son una clara muestra que el sujeto está experimentando sentimientos y sensaciones inadecuadas que necesitan atención clínica, por lo tanto, es importante que se logren identificar para proceder con la intervención de un profesional en salud mental y si fuera necesario la medicación en el paciente.

A través de la observación, referencias y distintas manifestaciones durante las sesiones y narrativas de la paciente, se detectaron los síntomas que estaba presentando desde años atrás, como: tristeza constante, sentimientos de desesperanza, aislamiento, alteración en el sueño, evitación de relaciones sociales, falta de energía y pensamientos negativos. Dichos síntomas

estaban presentes casi todos los días, interfiriendo en su vida laboral y personal puesto que se aislaba.

Historia familiar

Desde siempre la familia es conocida como una parte fundamental en la sociedad, siendo la misma donde el ser humano crece y se desarrolla durante su vida, Dell'oro, Paz, Dell'oro y Favereau (2012) determinan: “La familia es, después de todo, la primera “organización” de la cual somos activos participantes como personas, y el espacio donde aprendemos a desarrollar vínculos de calidad que luego aplicamos en empresas e instituciones para construir una sociedad mejor” (p. 9), por ello es importante el buen desenvolvimiento del humano dentro de la familia.

Al indagar sobre sus antecedentes familiares en distintas áreas se obtuvo importante información, como el hecho de que la abuela paterna se suicidó cuando el padre tenía 12 años, ignorando la razón del evento.

El padre fue proveedor económicamente y presentó problemas de alcoholismo por muchos años, evidenciando tristeza recurrente y recaídas constantes de alcoholismo, dañando severamente su salud siendo diagnosticado con cirrosis, sin embargo, esa enfermedad no fue la que lo llevó a la muerte, sino un golpe en la cabeza el cual recibió al encontrarse en estado de ebriedad. Toda esta dinámica familiar dejó secuelas en la paciente las cuales se evidencian en su discurso durante las entrevistas.

Plan terapéutico

La psicoterapia puede acompañar el tratamiento con medicamentos para lograr mayores y mejores resultados en el paciente. Algunas técnicas que se utilizan en psicoterapia según National Institute of Mental Health (2001) afirma:

Las terapias a corto plazo (de 10 a 20 semanas) han sido muy eficaces para tratar varios tipos de depresión. Las terapias de “conversación” ayudan a los pacientes a entender y aprender a

resolver sus problemas mediante una charla con el terapeuta. Las terapias de “conducta” enseñan a los pacientes nuevos comportamientos para llevar una vida mejor y les ayudan a “desaprender” patrones de conducta dañinos. La investigación ha mostrado que dos psicoterapias a corto plazo, la interpersonal y la cognitiva-conductual, son útiles para algunas formas de depresión. La terapia interpersonal se enfoca en cambiar las relaciones interpersonales que causan o intensifican la depresión. La terapia cognitiva-conductual se concentra en cambiar los patrones negativos de pensamiento y la reacción o comportamiento que pueden contribuir a la depresión. (p. 18)

Con el diagnóstico determinado y los problemas clínicos establecidos a trabajar en la paciente, se elabora un plan terapéutico que abordó dichos problemas, para ello se eligió el enfoque cognitivo-conductual como teoría que sustentó el caso y la forma de abordarlo. Dicho enfoque es utilizado para refutar pensamientos y así modificar las conductas del paciente por medio de distintas técnicas como la reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, ambas para identificar los pensamientos negativos, lograr un control sobre los mismos y sustituirlos por positivos, un termómetro del ánimo para registrar el avance y mejoría del ánimo y la psicoeducación con el fin de informar a la paciente sobre el trastorno para que pueda manejar la enfermedad.

Pensamientos inadecuados

Aaron Beck es uno de los psicólogos con mayor influencia en la corriente cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno depresivo persistente, quien en su teoría cognitiva señala “los individuos deprimidos por lo general se perciben como perdedores, y siempre se culpan de que todo les sale mal. Al enfocarse en el lado negativo de las situaciones se sienten ineptos e incapaces de actuar en forma constructiva”. (Feldman, 2014, p.478)

En el caso de personas que padecen de trastorno depresivo persistente, es importante trabajar en los pensamientos negativos que son constantemente generados, el modificar los pensamientos es una prioridad para lograr cambios positivos en el paciente y que pueda aumentar su estado de

ánimo y confianza en sí mismo. Diferentes técnicas fueron utilizadas tanto para identificar pensamientos, como para modificarlos y así lograr que las conductas también fueran cambiando conforme se progresaba en la terapia.

Autoestima

Una sana autoestima es importante para la salud mental de todo individuo, en el caso de personas que padecen el trastorno depresivo persistente, tienen un pobre autoconcepto y baja valía personal, pero en si como se puede definir la autoestima, Branden (2011) afirma:

La autoestima es una necesidad muy importante para el humano. Es básica y efectúa una contribución esencial al proceso de la vida; es indispensable para el desarrollo normal y sano; tiene valor de supervivencia. El no tener una autoestima positiva impide nuestro crecimiento psicológico. Cuando se posee actúa como el sistema inmunológico de la conciencia, dándole resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración. Cuando es baja, disminuye la resistencia frente a las adversidades de la vida. (p.34)

La baja autoestima y los pensamientos negativos, son síntomas relevantes en el trastorno depresivo persistente, las personas se aíslan y no brindan su opinión, en este caso la paciente manifestaba poca atención en el cuidado y arreglo personal presentándose con ropa dañada, más grande y poco favorable a su figura. Incrementar la autoestima en la paciente complementa la terapia ya que su confianza y seguridad aumentaron y eso permitió que mejoraran sus relaciones interpersonales haciendo que su círculo social fuera más grande y participando en distintas actividades.

Conclusiones

Fue evidente que la historia familiar ha sido determinante y significativa para el desarrollo del trastorno que presentó la paciente, repercutiendo dicha dinámica familiar en su salud mental generando serios problemas conductuales y emocionales.

Los individuos que padecen trastorno depresivo persistente sufren distintas alteraciones las cuales determinan un impacto negativo en las distintas áreas y actividades que realizan. La práctica determina que la baja autoestima, tristeza, desesperanza y alteración en el sueño son algunos de los síntomas más comunes y relevantes de dicho trastorno los cuales fueron los que se identificaron en la paciente.

La historia clínica enfatiza la inapropiada dinámica en la familia de la paciente en mención, mostrando problemas de adicción al alcohol en el padre, historia de depresión en la abuela paterna llegando al suicidio, inapropiada comunicación y problemas de expresión emocional, eventos que son importantes para la comprensión de la dinámica nosológica.

Se elaboró un adecuado plan terapéutico que abordó los distintos problemas clínicos establecidos, y la implementación del mismo determinaron el avance y evolución de la paciente y logra su mejoría y un cambio significativo en su vida.

Como parte del plan terapéutico fue necesario trabajar las cogniciones de la paciente, modificando los pensamientos inadecuados que interferían en la perspectiva y visión sobre su entorno y la vida, por lo tanto, al modificar pensamientos se obtuvieron diferentes actitudes y acciones fortaleciendo diferentes áreas como las relaciones interpersonales y el área laboral.

Al evaluar a la paciente se detectó serios problemas de autoestima, característico de su cuadro patológico, implementando un plan de acción terapéutico para minimizar los hallazgos clínicos en dicha área de la vida de la paciente, logrando incrementar la misma y evidenciando conductas acordes a las de una persona segura y con auto valía positiva.

Recomendaciones

Implementar medidas psicoeducativas en los pacientes y familiares de los mismos, ya que el rol que juegan los miembros de una familia en el proceso terapéutico de los pacientes está estrechamente ligado con el pronóstico del cuadro que aqueja el mismo.

Analizar exhaustivamente a los pacientes para realizar un apropiado historial clínico con el fin de determinar todos los síntomas que presentan para realizar un apropiado diagnóstico y por tanto un abordaje terapéutico.

Trabajar conjuntamente con los familiares de los pacientes, ya que si la dinámica familiar no mejora se convierte en un aspecto negativo para el curso del trastorno que presentan los pacientes, por lo que es recomendable la alianza con los miembros de hogar.

Es importante que los pacientes reciban un adecuado plan de tratamiento que cubra las necesidades y prioridades que manifiesta el afectado, con el fin de lograr cambios significativos por medio del abordaje de un plan terapéutico objetivo y asertivo.

Se sugiere presentar herramientas de soporte alterno al paciente con el fin de eliminar pensamientos negativos que perjudican la salud mental del paciente, dichas herramientas serán puestas en práctica en el momento de finalizar la terapia.

La autoestima es un problema común en pacientes con trastorno depresivo persistente, por lo tanto, es recomendable abordarlo como una prioridad, con el propósito de mejorar y modificar el autoconcepto del paciente, aumentar su confianza y seguridad para un asertivo desenvolvimiento en las diferentes áreas en las que se integra constantemente.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014) *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5ª. ed.). Editorial Panamericana.
- Branden, N. (2011) *El poder de la autoestima*. Barcelona: Espasa Libros.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2010) *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Editorial Desclée de Brower, S.A.
- Dell'oro, C., Paz, M., Dell'oro, M. y Favereau, S. (2012) *Familia y Felicidad, una gran travesía*. Chile: Ograma.
- Feldman, Robert S. (2014) *Psicología con aplicaciones de países de habla hispana*. (10ª. ed.). México: Editorial McGraw-Hill.
- Intebi, Irene V. (2009) *Intervención en casos de maltrato infantil*. Cantabria, España: Dirección General de Políticas Sociales.
- Jiménez, M., Gallardo, G., Villaseñor, T. y González, A. (2012) *La Distimia en el contexto clínico*. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 42, núm. 2, 2013, pp. 212-218
- López de Godoy, X. (2005) *Creencias y patrones de crianza como factores incidentes en las conductas maltratantes en las familias de cinco padres reclusos del establecimiento penitenciario y carcelario de Leticia* (Monografía para optar por el título de especialista en prevención del maltrato infantil) Universidad Javeriana, Bogotá D.C.
- National Institute of Mental Health (2001) *Depresión: Lo que toda mujer debe saber*. Publicación de NIH Núm. 01-4794.

- Organización Panamericana de la Salud (2010) *Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud*. Washington, D.C.
- Osorio, A., y Álvarez Mora, A. (2004) *Introducción a la Salud Familiar* (1ª. ed.) - San José, Costa Rica.
- Roselló, Jeannette (2007) *Manual de Tratamiento para la terapia Cognitiva-Conductual de Depresión*. Puerto Rico.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006) *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. (11ª. ed.). México: Editorial Pearson.
- Vázquez, F. L., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000) *Psicología Conductual*. Vol. 8, N° 3, 2000, pp. 417-449
- Viveros, E. & Vergara, C. (2013) *Familia y dinámica familiar: cartilla dirigida a facilitadores para la aplicación de talleres con familia*. Medellín: Funlam.
- Wicks-Nelson, R., & Israel, A. C. (1997) *Psicopatología del niño y del adolescente*. (3ª. ed.). Madrid: Editorial Prentice Hall.

Anexos

Anexo 1

Tabla de Variable

Nombre completo: Zayda Marcela Elizondo Ramírez

Título: “Estudio de caso: Paciente de 25 años con Trastorno Depresivo Persistente y su relación con su historial familiar, atendida en el Centro de Asistencia Social -CAS-”

Carrera: Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social

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
1. La paciente presentó tristeza profunda desde niña, vacío existencial, pocas relaciones interpersonales, inseguridad, pensamientos negativos sobre su vida, baja autoestima, ideación suicida, cutting y problemas de identidad sexual,	Trastorno depresivo persistente y su historia familiar.	1. Síntomas del trastorno depresivo persistente	¿Qué impacto provocó la historia familiar para el desarrollo del trastorno depresivo persistente?	Evaluar el impacto a nivel personal, que provocó la historia familiar para el desarrollo del trastorno depresivo persistente a la paciente del caso de estudio.	1. Determinar el tipo de sintomatología que le causa el deterioro a la paciente.
2. Padre alcohólico y antecedente de suicidio por parte de la abuela materna.		2. Impacto de la historia familiar			2. Indagar sobre la dinámica familiar de la paciente.
3. Cognitiva conductual		3. Plan terapéutico			3. Establecer un plan terapéutico asertivo para contrarrestar la patología del paciente.
4. Sus pensamientos se basaban en la triada cognitiva característica del cuadro depresivo, siendo pesimista consigo misma, el futuro y el mundo.		4. Pensamientos inadecuados			4. Identificar pensamientos inadecuados, determinando las causas que generan tristeza y desesperanza en la joven del caso.
5. Aspecto personal inapropiado, caracterizado por desalineo, además refería falta de seguridad y confianza.		5. Autoestima			5. Medir el incremento de la autoestima y seguridad en la paciente con la finalidad de cambiar su autoconcepto.

Fuente: elaboración propia, noviembre 2017.