

**Estudio de caso de una familia disfuncional como factor de riesgo del trastorno
depresivo en una mujer víctima de maltrato de la ciudad de Quito.**

Nombre y Apellido de Autores:

Henry Pacheco

Paola Navarro

Docente:

Mgs. Natalia Vizcaíno U.

Módulo:

Proyecto MPS

Institución:

Universidad De Las Américas

Año:

2024

Estudio de caso de una familia disfuncional como factor de riesgo del trastorno depresivo en una mujer víctima de maltrato de la ciudad de Quito.

Resumen

Este estudio de caso se realizó con el objetivo de analizar la correlación de la disfuncionalidad de una familia nuclear como un factor de riesgo del trastorno depresivo en una mujer del área urbana en la ciudad de Quito, la metodología de estudio fue de tipo mixta: cuantitativa y cualitativa, los reactivos psicológicos utilizados en el área cuantitativa fueron: El APGAR familiar, Inventario de Ansiedad de Beck y el Cuestionario de depresión de Zung. El abordaje psicoterapéutico fue desde la teoría humanista con corriente gestáltica, que se llevó en 8 sesiones hasta el momento del estudio, con una proyección de alcanzar 20 sesiones. La paciente que sigue el tratamiento psicoterapéutico es una mujer de 37 años quien acude a consulta debido a que presenta disfuncionalidad familiar aparentemente generada por su pareja, es probable que esto desarrollara en ella sintomatología depresiva. En la entrevista clínica se presume de disfunción familiar, sintomatología depresiva y ansiosa, datos que se corroboran con los reactivos psicológicos aplicados, identificando: grave disfunción familiar, ansiedad moderada y moderadamente deprimido, posterior a ello en la fase intermedia (sesión 8) se realizó una reevaluación en la cual se obtuvo los resultados de: grave disfunción familiar, ansiedad muy baja y ligeramente deprimido, además, cualitativamente se evidencia aumento de la funcionalidad en enfrentar sus desafíos en la cotidianeidad y mejoría en el autoconcepto.

Palabras claves: Depresión, familia disfuncional, estudio de caso, mujer.

Abstract

This case study was conducted with the objective of analyzing the correlation of dysfunctionality in a nuclear family as a risk factor for depressive disorder in a woman from the urban area in the city of Quito, the study methodology was of mixed type: quantitative and qualitative, the psychological reagents used in the quantitative area were: The Family APGAR, Beck Anxiety Inventory and the Zung Depression Questionnaire. The psychotherapeutic approach was from the humanistic theory with gestalt current, which was carried out in 8 sessions up to the moment of the study, with a projection of reaching 20 sessions. The patient undergoing psychotherapeutic treatment is a 37-year-old woman who comes for consultation because she presents family dysfunction apparently generated by her partner, which probably developed depressive symptoms in her. In the clinical interview, family dysfunction is presumed, depressive and anxious symptomatology, data that are corroborated with the psychological reagents applied, identifying: severe family dysfunction, moderate anxiety and moderately depressed, after that in the intermediate phase (session 8) a reevaluation was performed in which the results were obtained: severe family dysfunction, very low anxiety and slightly depressed, in addition, qualitatively there is evidence of increased functionality in facing their daily challenges and improvement in self-concept.

Key words: depression, dysfunctional family, case study, woman.

Objetivo General:

Analizar mediante un estudio de caso la correlación de la disfuncionalidad de una familia nuclear como un factor de riesgo del trastorno depresivo en una mujer del área urbana en la ciudad de Quito.

La problemática de salud mental de la actualidad

Una familia funcional es un grupo de individuos que mantienen relaciones saludables y eficaces, caracterizadas por la comunicación abierta, el apoyo emocional y el respeto mutuo. Las características de una familia funcional incluyen: Comunicación efectiva, roles claros y flexibles, apoyo emocional, respeto mutuo, resiliencia y adaptabilidad, límites saludables, tiempo de calidad juntos, fomento de la independencia. Una familia funcional no es perfecta, pero tiene la capacidad de abordar los problemas de manera constructiva y de mantener un ambiente de amor y apoyo que facilita el bienestar de todos sus miembros, además de respetar a cada miembro de la familia (Reyes Narváez y Oyola Canto, 2022).

Se entiende como familia disfuncional aquella que no es capaz de cumplir con las necesidades básicas de sus miembros, siendo los padres los responsables de esta función. En el Ecuador esta estadística afecta a más de la mitad de la población.

Acorde a datos estadísticos obtenidos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2017, en Ecuador existe un 65% de familias disfuncionales, lo cual desencadena en diversos problemas, entre sus principales consecuencias resaltan: depresión, inseguridad, ansiedad, baja autoestima, problemas de personalidad, estados de culpa, trastornos de la conducta, baja autoestima, y otras (INEC, 2017).

La familia puede ser un factor protector si es funcional, al contrario, si se trata de una familia disfuncional podría considerarse un factor de riesgo en la vida de la persona, dentro de las diversas problemáticas de las familias disfuncionales resalta entre otras características el consumo de sustancias, mismo que deteriora las relaciones interpersonales, en este caso en el primer espacio de socialización que sería la familia (Irles, 2001).

Además de ello, un factor que limita la mejoría de la dinámica familiar es la deficiencia de políticas públicas que faciliten la promoción en el área de salud mental alrededor de los derechos de la familia, así mismo, a pesar de los esfuerzos para mejorar la atención de la salud mental en Ecuador en los últimos años, el acceso a servicios de salud mental de calidad sigue siendo limitado en muchas áreas del país. Hay una escasez de recursos y profesionales capacitados en salud mental (INEC, 2017).

Los datos previamente expuestos reflejan que los miembros de las familias disfuncionales pueden desarrollar depresión, al respecto, el Ministerio de Salud Pública, menciona que las mujeres en comparación con los hombres presentan tres veces más incidencia en el desarrollo de sintomatología depresiva en contraste con el sexo masculino. En ese año, hubo 50.379 personas con diagnóstico presuntivo y definitivo por depresión; 36.631 corresponden a mujeres y 13.748 a hombres (Ministerio de Salud Pública, 2024).

Según datos estadísticos del INEC, indica que la depresión es uno de los trastornos mentales más comunes en el Ecuador. Factores como el estrés, la pobreza, la violencia doméstica, la falta de acceso a servicios de salud mental adecuados y el estigma asociado con los trastornos mentales pueden contribuir a su prevalencia. La depresión puede afectar

negativamente la calidad de vida de las personas, su funcionamiento social y laboral, y en casos extremos, puede llevar al suicidio (INEC, 2017).

Existen diversos tipos de depresión y pueden llegar a afectar la funcionalidad de la persona, la mayoría pueden compartir la siguiente sintomatología: profundo sentimiento de tristeza, apatía, disminución en interés en actividades que antes generaban disfrute.

Por su parte la mayor incidencia de depresión en el sexo femenino puede deberse a diferentes factores como: factores biológicos (hormonales y genéticos), ansiedad preexistente, estilos de socialización, acontecimientos vitales traumáticos y condición social y de roles (Gaviria A, 2009).

Sumado a la problemática antes expuesta existe un fuerte estigma asociado con los trastornos mentales en Ecuador, lo que dificulta que las personas busquen ayuda y apoyo. El estigma puede llevar a la discriminación y al aislamiento social de las personas que padecen trastornos mentales, lo que agrava aún más su sufrimiento y dificulta su recuperación.

Justificación teórica

La presente investigación propone analizar por medio de un estudio de caso la correlación entre una familia disfuncional y el desarrollo de un trastorno depresivo, es así como basados en las estadísticas del Ecuador se ha encontrado altos índices de familias disfuncionales.

Dentro de los factores de riesgo de un entorno disfuncional, se menciona la depresión, y alrededor de este trastorno se encuentra una alta incidencia en el sexo femenino, lo cual denota la importancia de ahondar en esta problemática (INEC, 2017).

Este estudio pretende analizar si el caso descrito cumple con lo propuesto teóricamente, es decir, la correlación de una familia disfuncional, como un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno depresivo. Lo cual a posteriores investigaciones permitirá generar mejores estrategias terapéuticas, en el ámbito de investigaciones se podría profundizar con una muestra más amplia.

Investigar la disfuncionalidad familiar y la depresión en Ecuador es importante debido a que son problemas de salud pública que afectan a más de la mitad de las personas en esta población (65% según datos del INEC). Además, permite identificar los factores de riesgo y los desafíos específicos que enfrenta la población ecuatoriana en este ámbito, lo que puede contribuir a mejorar la atención y el apoyo a quienes lo necesitan.

Caso de estudio

Los datos de la paciente y su familia han sido cambiados, con el fin de garantizar su integridad y confidencialidad. Siendo el nombre Carmen y demás nombres totalmente ficticios. El abordaje del presente caso se siguió mediante un enfoque teórico de la corriente Humanista.

Carmen es una mujer de 37 años, residente en la ciudad de Quito, de ocupación comerciante, quien mantiene una relación de unión libre desde hace 6 años, en la cual se procreó sin planificación previa a dos hijas de actualmente 4 y 5 años. Su pareja presentó consumo de alcohol frecuente desde el inicio de la relación, llegando en estado etílico a agredir verbal y psicológicamente a Carmen, además de ello, en algunas ocasiones, las agresiones han sido en presencia de sus dos hijas; adicionalmente, siente distanciamiento emocional y objetivos de vida distintos con su pareja, por tal motivo se presume que ha empezado a desarrollar un cuadro depresivo y actualmente mantiene los siguientes síntomas: sentimientos de tristeza acompañado

de llanto, estados de soledad, desmotivación en sus actividades diarias, problemas para conciliar el sueño y desesperanza.

Motivo de consulta: acude a consulta debido a que su esposo está descuidando su hogar, no da importancia a sus hijas y a ella tampoco, además, su pareja es violento contra ella

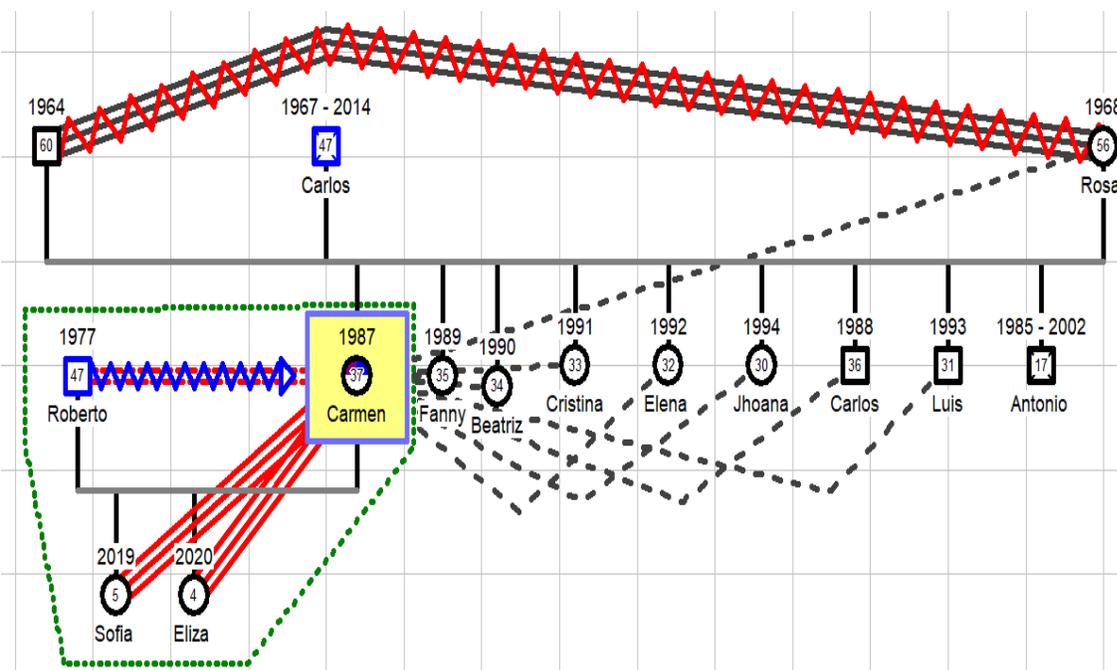
Queja: solicita apoyo psicológico para ella y su pareja por la difícil situación familiar que están atravesando, en procesos individuales.

Demanda explícita: busca mejoría en la dinámica familiar.

Demanda implícita: Ella quiere encontrarse consigo misma, a través de validar sus propias emociones y alcanzar la autorrealización.

Figura 1

Genograma



Antecedentes

Carmen crece en una familia nuclear, conformada por sus padres y 9 hermanos en total. Su padre presentaba consumo de alcohol y durante sus etapas de desarrollo, niñez y adolescencia presenciaba cómo su papá le agredía físicamente a su madre, por lo cual empezó a presentar temor a su figura paterna y en las noches no podía conciliar el sueño debido a que temía que su papá pudiera llegar alcoholizado y agredir nuevamente a su mamá, ante todo ello, a la edad de 13 años empezó a presentar ideación suicida debido a que ya no soportaba su ambiente familiar. A su vez, la relación con su progenitora era distante debido a que cada que deseaba expresarle cómo se sentía su madre no le daba mayor importancia.

Adicionalmente, indica que a los 15 años aparentemente fue víctima de abuso sexual por parte de un desconocido el cual ella presume que le habría dado un somnífero para abusarla, ante dicho evento decidió guardar silencio y no comentar a sus padres porque el vínculo que mantenía con ellos era deficiente y sentía que minimizaban sus emociones.

A sus 16 años sus padres formaron una nueva relación y su padre viajó a otro país, mientras que su madre al poco tiempo por su nueva relación abandonó a sus hijos, viéndose Carmen obligada a temprana edad a volverse independiente.

Antecedentes médicos:

- Diabetes.
- Pérdida de un riñón debido a un tumor maligno.
- Diagnóstico presuntivo de cáncer.

Ante dichas enfermedades manifiesta no haber recibido en ninguna ocasión el apoyo emocional de su pareja e incluso cuando se encontraba hospitalizada su pareja no la visitó y en una ocasión le habría mencionado “ojalá mejor te mueras”, factor que le ha llevado a sentirse sola y sin motivación para continuar.

Evaluación inicial

Se realizó una entrevista semiestructurada, con el fin de recolectar información relevante, además de ello se aplicó 3 reactivos psicológicos: Apgar Familiar, el cual sirve para identificar el nivel de funcionalidad o disfuncionalidad familiar, Inventario de ansiedad de Beck para identificar sintomatología ansiosa, y el cuestionario de depresión de Zung el cual sirve para medir sintomatología depresiva.

Los reactivos aplicados evalúan:

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global se puede aplicar a uno o varios miembros del sistema familiar. Las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución. Otorga información sobre la satisfacción familiar con cada uno de los componentes funcionales de la dinámica familiar. La información obtenida proporciona datos básicos sobre el nivel de dinámica familiar, dando una idea de qué áreas necesitan una valoración e intervención más detallada y de las fuerzas familiares que pueden utilizarse para solucionar otros problemas familiares (Smilkstein, 1978). Este reactivo psicológico fue aplicado a Carmen.

Validez Concurrente: Los estudios han mostrado que el APGAR familiar se correlaciona con otras medidas de funcionalidad familiar y bienestar psicosocial. Esto sugiere que la herramienta mide aspectos relevantes y comparables de la dinámica familiar.

Validez Predictiva: El APGAR familiar puede predecir problemas en el funcionamiento familiar y está asociado con resultados de salud mental y física en diferentes poblaciones. La capacidad del APGAR para identificar familias disfuncionales y predecir problemas relacionados con el estrés y la salud ha sido bien documentada.

Confiabilidad Test-Retest: El APGAR familiar ha demostrado tener una alta confiabilidad test-retest, lo que significa que los resultados son consistentes cuando se administra en diferentes momentos. Esto es crucial para asegurar que la herramienta proporciona resultados estables a lo largo del tiempo.

Consistencia Interna: El APGAR familiar tiene una buena consistencia interna, con coeficientes alfa de Cronbach que generalmente oscilan entre 0.80 y 0.85. Esto indica que los ítems del test están altamente correlacionados entre sí y miden el mismo constructo subyacente de funcionalidad familiar.

Inventario de Ansiedad de Beck: El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) es un cuestionario diseñado para medir los síntomas de la ansiedad. Es un test de amplia aceptación en la comunidad científica y mide la ansiedad tanto en adultos como en adolescentes (Beck, 1988).

Validez de Constructo: El BAI ha demostrado tener una buena validez de constructo. Esto significa que mide efectivamente el constructo de la ansiedad. Estudios han mostrado que

los puntajes del BAI se correlacionan positivamente con otras medidas de ansiedad y se diferencian adecuadamente de las medidas de depresión.

Validez Concurrente: El BAI muestra una alta correlación con otras escalas de ansiedad, como el Inventario de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger. Esta correlación positiva indica que el BAI mide constructos similares a estas pruebas bien establecidas.

Validez Discriminante: El BAI es capaz de distinguir entre ansiedad y depresión, aunque existe cierta superposición debido a la comorbilidad entre estos trastornos. Sin embargo, se ha diseñado para minimizar la influencia de los síntomas depresivos y centrarse más en los síntomas físicos de la ansiedad.

Confiabilidad Test-Retest: El BAI ha demostrado una alta confiabilidad test-retest, lo que significa que los resultados son consistentes cuando se administra el test en diferentes momentos. Estudios reportan coeficientes de correlación test-retest que varían entre 0.67 y 0.93 en períodos de una semana a varios meses.

Consistencia Interna: El BAI tiene una excelente consistencia interna, con coeficientes alfa de Cronbach generalmente superiores a 0.90. Esto indica que los ítems del test están altamente correlacionados entre sí y miden el mismo constructo subyacente de ansiedad.

Cuestionario de depresión de Zung: La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung en 1965 para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo. La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar qué tan deprimido se encuentra

un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras Zung, WW (1965).

Validez de Constructo: El ZSDS ha demostrado tener una buena validez de constructo, lo que significa que mide efectivamente el constructo de la depresión. Se ha encontrado que los puntajes del ZSDS se correlacionan con otras medidas de depresión, sugiriendo que evalúa adecuadamente los síntomas depresivos.

Validez Concurrente: El ZSDS muestra una alta correlación con otras escalas de depresión reconocidas, como el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D). Esta correlación indica que el ZSDS miden constructos similares a estas pruebas establecidas.

Validez de Criterio: Se ha demostrado que el ZSDS es eficaz para identificar pacientes con depresión clínica cuando se compara con diagnósticos realizados por profesionales de la salud mental. Los estudios han mostrado que el ZSDS tiene una buena capacidad para diferenciar entre individuos con y sin depresión.

Confiabilidad Test-Retest: El ZSDS ha mostrado tener una buena confiabilidad test-retest, lo que significa que los resultados son consistentes cuando se administra el test en diferentes momentos. Estudios reportan coeficientes de correlación test-retest que varían entre 0.73 y 0.92, lo que indica una estabilidad aceptable a lo largo del tiempo.

Consistencia Interna: El ZSDS tiene una aceptable consistencia interna, con coeficientes alfa de Cronbach generalmente superiores a 0.80. Esto indica que los ítems del test están correlacionados entre sí y miden el mismo constructo subyacente de depresión.

Los test antes descritos cuentan con validez dentro del contexto latinoamericano, específicamente en población colombiana.

Resultados:

- **APGAR Familiar:** 1 punto, indica grave disfunción
- **Inventario de Ansiedad de Beck:** 30 puntos, ansiedad moderada
- **Cuestionario depresión Zung:** 60 puntos, moderadamente deprimido

A través de los resultados obtenidos se corroboró la información recolectada en la entrevista psicológica semiestructurada.

Formulación diagnóstica:

- F32.1 Trastorno depresivo moderado. (Existen al menos 6 de los criterios descritos en el manual entre el apartado “B” y “C”) (DSMV, 2014).
- Apartado “B”
 - Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras
 - Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad

- Apartado “C”
 - Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
 - Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada
 - Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
 - Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

-Z63.8 Otros problemas específicos relacionados con el grupo primario de apoyo.

Hipótesis diagnóstica

La paciente vivió disfuncionalidad familiar en su familia de origen, lo cual contribuyó a desarrollar síntomas depresivos como: tristeza, soledad e ideación suicida durante su adolescencia; en la actualidad, con su familia nuclear, nuevamente atraviesa una situación de disfuncionalidad familiar con su pareja, recibiendo desapego emocional, lo que desencadena en un trastorno depresivo; por ende, se presume que la disfuncionalidad familiar se encuentra relacionada con el desarrollo de un trastorno depresivo, que le ha llevado a perder la motivación para ocuparse de su autocuidado y objetivos de vida, impidiendo así cumplir su autorrealización.

Enfoque terapéutico

Se optó por el enfoque humanista debido a que permite un adecuado manejo de la sintomatología depresiva, y permite crear un entorno terapéutico de apoyo, empatía y aceptación, fomentando el autoconocimiento y el crecimiento personal, desde la terapia Gestalt se centra en el aquí y el ahora, ayudando a los individuos a encontrar sentido y propósito en sus vidas (Durán,

2022). Estas características pueden ser muy efectivas para trabajar con los pacientes en superar la depresión a través de la autoexpresión, y así, lograr un bienestar emocional duradero (Faber, 2007).

La terapia humanista, que incluye enfoques como la terapia centrada en el cliente y la terapia emocional-focalizada, ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la depresión. Un metaanálisis de 91 estudios encontró que estas terapias producen cambios significativos y duraderos en los pacientes con depresión. Además, los pacientes que participan en terapias humanistas muestran mejoras comparadas con aquellos que no reciben tratamiento. Esto subraya la importancia de considerar la terapia humanista como una opción viable para el tratamiento del trastorno depresivo (Mullings, 2017).

Objetivos Terapéuticos

1. Motivar a la consultante para que trabaje en alcanzar sus objetivos de vida.
2. Disminuir la sintomatología depresiva, permitiendo que la paciente genere sentimientos y pensamientos funcionales.
3. Ayudar a su autoconocimiento y por ende a su autoaceptación y validación de su propósito de vida.

Tratamiento y curso

Actualmente se lleva un proceso terapéutico con una frecuencia semanal, la duración de cada cita es de una hora. Se han abordado 8 sesiones y a partir de la novena sesión se realizará un plan proyectivo.

Tabla 1

Plan de tratamiento

Número de sesión	Técnicas	Estrategias	Objetivo
1	Levantamiento de historia clínica. Generar rapport.	Uso de entrevista semi estructurada. Mostrar empatía.	Generar una relación terapéutica positiva y recolectar información de historia clínica.
2	Valoración psicológica.	Aplicación de pruebas psicológicas	Corroborar los resultados de las baterías psicológicas, con la observación clínica.
3	Escucha Activa (Rogers, 1950).	Realizar preguntas reflexivas que le permitan externalizar sus emociones.	Promover la catarsis y favorecer la introspección para que logre un encuentro consigo misma.
4	Psicoeducación.	Revisión de resultados de la evaluación aplicada.	Entregar información oportuna sobre su sintomatología y así mismo recalcar la importancia de trabajar

			de forma interdisciplinar (psiquiatría). Ayudarle a que tome responsabilidad de lo que está viviendo.
5	Feedback de sí misma (Rogers, 1950).	Permitir que la paciente visualice su vida de forma más objetiva y autocompasiva.	Gestionar diferentes formas de resolver los conflictos, mediante la disminución de la autocrítica favoreciendo su estado motivacional.
6	Autoconciencia corporal (Duval, 1972).	Ayudarle a reconocer las señales de su cuerpo, frente a la sintomatología depresiva.	Brindar herramientas que le permitan empoderarse de sus emociones y gestionar la respuesta que éstas producen en su cuerpo.
7	Mindfulness (Kabat-Zinn, 1982).	Enseñar técnicas de meditación y respiración para alcanzar niveles de relajación.	Aportar con estrategias para su autoconocimiento, autocontrol, y la capacidad de enfocarse en el aquí y el ahora.

8	Reevaluación	Re aplicación de los reactivos psicológicos de la sesión 2.	Identificar si existe variación con la sintomatología inicial.
9	Exploración de la libertad y la responsabilidad. (Rogers, 1950).	Elaborar preguntas circulares para promover su insight.	Devolver a la paciente la libertad de la toma de sus decisiones, la responsabilidad que esto conlleva y la jerarquización de sus necesidades y objetivos de vida.
10	Exploración de temas existenciales. (Frankl, 1997).	Ayudarle a resolver las preguntas que presenta sobre el sentido de su vida.	Generar autoconocimiento y explorar la motivación para alcanzar sus objetivos de vida.
11	Carta para sí misma (Rogers, 1950).	Poder evaluar cómo la paciente se siente al respecto del proceso.	Evidenciar los cambios positivos obtenidos hasta este momento.
12	Diálogo Socrático (Frankl, 1997).	Realizar preguntas reflexivas que le	Promover la catarsis y generar mayor Insight.

		<p>permitan externalizar sus emociones.</p>	
13	Dramatización	<p>Dramatizar un evento disfuncional, dentro de su familia nuclear.</p>	<p>Permitir que se visualice entregando respuestas funcionales frente a situaciones que antes le generaban malestar.</p>
14, 15, 16, 17	Prevenición de recaídas.	<p>Generar un diálogo con su parte interna.</p>	<p>Permitir un apropiado autoconocimiento para reconocer eventos que le pudieran llevar a presentar nuevamente síntomas depresivos y mediante su diálogo interno sepa hacer frente y generar soluciones oportunas en el momento presente.</p>
18, 19, 20.	Consolidar el cambio y fortalecer la mejoría	<p>Revisar nuevos aprendizajes al respecto de su autoconcepto, autorrealización.</p>	<p>Otorgar una perspectiva que le permita centrarse en el ahora a través de su autoreconocimiento en cuanto a las capacidades desarrolladas en el proceso, con esto</p>

			mantendrá la motivación por medio de una autoestima fortalecida.
--	--	--	--

Resultados

Sesiones de la 1 a la 8:

Los resultados que se obtuvieron en las primeras sesiones indicaron sintomatología depresiva moderada, posiblemente debido a la disfuncionalidad familiar que ha vivido la paciente; por lo cual, al brindar psicoeducación, al respecto del trastorno depresivo se permite una mayor comprensión de lo que le sucede, y así ella, ha conseguido hacer frente a su situación y generar estrategias para centrarse en el aquí y el ahora, dando mayor sentido a su vida con motivación que le permite alcanzar sus objetivos personales. Cabe mencionar que acorde a los resultados obtenidos en las primeras evaluaciones, se optó por trabajar de forma interdisciplinar con el área de psiquiatría, con el fin de favorecer una adecuada mejoría de su sintomatología depresiva.

Además, en la sesión número 8 se reevalúa con los reactivos que se aplicaron en la sesión número 2, con el fin de identificar si existe variación con la sintomatología inicial (ver tabla 2).

Sesiones de la 9 a la 20

En estas sesiones se espera trabajar al respecto de su autoconocimiento para que la paciente se sienta en control de lo que le sucede y así pueda hacerse cargo de disminuir la sintomatología depresiva, además, se promoverá que Carmen encuentre alternativas diferentes para enfrentar situaciones de conflicto, todo esto a través de la validación de sus emociones y de

un autoconocimiento de sí misma que incluya la capacidad de jerarquizar sus necesidades hasta conseguir la autorrealización.

Metodología

El presente estudio de caso se realizó mediante un enfoque mixto, con un análisis cuantitativo y cualitativo. A partir de esto se obtuvieron los siguientes resultados.

Análisis cuantitativo

Tabla 2

Evaluación pre y fase intermedia del tratamiento

Test	Puntaje Pre	Pre-tratamiento	Puntaje Intermedio	Fase Intermedia (sesión 8)
APGAR Familiar	1	Grave disfunción	3	Grave disfunción
Inventario de Ansiedad de Beck	30	Ansiedad moderada	21	Ansiedad muy baja
Cuestionario de depresión de Zung:	60	Moderadamente deprimido	57	Ligeramente deprimido

Nota: Esta tabla demuestra los cambios que ha presentado la paciente en el pretratamiento y en la fase intermedia, presentando en el APGAR familiar en el pre tratamiento un puntaje de 1 que le

ubica como grave disfunción, mientras que en la fase intermedia su puntaje es de 3 manteniéndose en grave disfunción. A su vez, en el inventario de ansiedad de Beck presenta en el pretratamiento 30 puntos que indica ansiedad moderada, mientras que en la fase intermedia su puntaje desciende a 21, lo que indica ansiedad muy baja. Por su parte, en el cuestionario de depresión de Zung en el pre-tratamiento presenta 60 puntos que indica moderadamente deprimido, mientras que, en la fase intermedia, su puntaje desciende a 57, lo que indica ligeramente deprimido.

Análisis cualitativo

A través de la entrevista semi estructurada se evaluó su parte emocional, evidenciando congruencia con los resultados obtenidos de los reactivos psicológicos, siendo la narrativa que más resalta la siguiente:

Pre-Tratamiento:

Terapeuta: Con lo que me has mencionado, cuéntame, ¿qué emociones sientes al respecto de esta situación?

Carmen: Me siento abandonada, siento que llevo toda la responsabilidad del hogar y no tengo apoyo de mi pareja, y no me siento capaz de sobrellevar esta situación.

En el diálogo se evidencia un autoconcepto afectado que la lleva a ensimismarse, además, una pérdida de motivación al respecto de sus tareas cotidianas, estos factores le alejan de su autorrealización.

Fase Intermedia:

Terapeuta: Acorde a lo que me dices percibo una mejoría en tu estado de ánimo, ¿qué te ha llevado a generar ese cambio?

Paciente: Realmente me he dado cuenta de que no puedo estar perdiendo el tiempo en esperar el apoyo de mi esposo, siento que yo solo he logrado sacar adelante a mi familia, y por qué no podría salir de esto por mí misma(...).

A través del discurso antes descrito, se evidencia un cambio positivo, demostrando mayor empoderamiento y responsabilidad para enfrentar su situación actual, generando un mejor autoconocimiento y perspectiva de su autoeficacia.

Durante el proceso terapéutico se evidenció momentos en los que Carmen hablaba al respecto de cómo había resuelto problemas a los que anteriormente no podía hacerles frente, ella empezó a notar esas mejoras por sí misma lo cual contribuyó con su compromiso con el proceso además de fortalecer la alianza, esto también favoreció a que mejore su autoconcepto y así pueda responsabilizarse de sus decisiones para plantear objetivos de vida que la lleven a la autorrealización.

Adicionalmente, para el análisis de la mejoría de la paciente se ha considerado su funcionalidad, es decir, la manera en la que ella afronta los inconvenientes de la cotidianidad, siendo este aspecto donde también se evidencia mejoría. Por citar un ejemplo, anteriormente ella se aislaba en su casa, ahora presenta mayor predisposición para salir y enfrentar su cotidianidad.

Conclusiones

El caso de Carmen, una mujer de 37 años de Quito evidencia cómo la disfuncionalidad familiar y las experiencias traumáticas pueden contribuir al desarrollo de un trastorno depresivo. La disfuncionalidad familiar, caracterizada por la violencia doméstica, el consumo de alcohol y la falta de apoyo emocional, ha sido un factor clave en la vida de Carmen, desde su infancia hasta su vida adulta. Estos factores, junto con un historial de abuso y abandono, aparentemente, han contribuido en el desarrollo de un trastorno depresivo moderado y rasgos de ansiedad en Carmen.

Los resultados de los reactivos psicológicos aplicados, como el Apgar Familiar, el Inventario de Ansiedad de Beck y el Cuestionario de Depresión de Zung, confirman la gravedad de su situación emocional y familiar. La evaluación de su historia y las pruebas psicológicas revelan una clara correlación entre la disfuncionalidad familiar y el trastorno depresivo.

Recomendaciones

Se sugiere replicar el estudio desde otras corrientes psicológicas, lo cual permitirá corroborar que la problemática de estudio es una temática importante en salud mental, y, abordarlo no sólo ayudará a mejorar la calidad de vida de los consultantes, sino que también puede romper el ciclo de disfuncionalidad familiar y prevenir a futuro posibles problemas de salud mental en su entorno cercano. Este caso resalta la importancia de políticas públicas y recursos adecuados para la promoción de la salud mental y el apoyo a familias disfuncionales en Ecuador.

Se sugiere considerar el modelo humanista como una corriente para trabajar casos específicos con disfuncionalidad familiar y sintomatología depresiva, debido a que dicho enfoque ha demostrado eficacia en su abordaje, puesto que permite al consultante centrarse en su crecimiento personal, que le lleva a una adecuada autorrealización y enfoque en sí mismo, lo que le permite la toma de decisiones objetivas para su vida.

Es importante ampliar la muestra de estudio, con el fin de obtener una perspectiva más amplia de la esfera familiar como un factor de riesgo del trastorno depresivo, debido a que ciertos factores pudieran presentar antecedentes que merecen profundizar la investigación para determinar un causal más específico. Así mismo, ampliar la muestra permitirá una mejor evaluación de la eficacia del tratamiento psicológico aplicado.

Referencias

- American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A., T. Beck & Steer, R. (1988). *Inventario de Ansiedad de Beck*. Manual Moderno.
- Calderón Masón, D., Caderón Suasnavas, G., & Calderón Suasnavas, V. (2021). *Depresión asociada a condiciones sociales, familiares y dependencia física en un hospital de Quito*. Cambios: <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/640/440>
- Chavez Acurio, A., & Lima Roja, D. (2023). *Depresión, ansiedad, estrés y funcionalidad familiar en adolescentes de una unidad educativa de Guayaquil*. Revista Eugenio Espejo: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2661-67422023000200033&lng=es&nrm=iso-
- Durán, M. (2022). *La depresión. Una mirada humanista*. Acompañarte: <https://www.acompanarte.com/post/la-depresi%C3%B3n-una-mirada-humanista>
- Ecuador en Cifras. (2022). *Ecuador en cifras*. Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género Contra las Mujeres: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/sitio_violencia/presentacion.pdf
- Elkaïm, M. (2008). *Guía práctica psicoterapeuta humanista*. DUNOD.
- Faber Berger, U., Mena Molina, M., Echeverría Galvez, G., & Lazcano Pizarro, P. (2007). *Mujeres, depresión, ciclo de la experiencia y su autoexpresión: una aproximación desde*

la teoría de la terapia gestáltica (Doctoral dissertation, Universidad Academia de Humanismo Cristiano.):

<https://bibliotecadigital.academia.cl/items/65cf08c3-6884-4b58-9a28-011afa6958ef>

Galiano Maritan, G., Morffi Collado, C., & Escobar Vargas, V. (2022). *La violencia intrafamiliar en el Ecuador como resultado de la emergencia sanitaria derivada del COVID-19*. Uniandes Episteme:

<https://www.google.com/url?q=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8591154.pdf&sa=D&source=docs&ust=1715708246707685&usg=AOvVaw1XBU34JQw9ZBz7V4iFO>

Dr0

Gaviria A, S. (2009). *¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres?* Revista Colombiana de Psiquiatría: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n2/v38n2a08.pdf>

INEC. (2017). *Programa Nacional de Estadística*. Instituto Nacional de Estadística y Censos, Quito-Ecuador.

Irles, D. L. (2001). *Alcoholismo: Una visión familiar*. Salud y drogas, 1(1), 113-128.

López Bayas, J. (2021). *Características de las familias disfuncionales en el Ecuador: una aproximación bibliográfica*. Universidad Tecnológica Indoamericana Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud.:

<https://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/2615/1/LOPEZ%20BAYAS%20JONATHAN%20DANIEL.pdf>

Mullings, B. (2017). *A literature review of the evidence for the effectiveness of experiential.*

Melbourne: PACFA:

<https://pacfa.org.au/common/Uploaded%20files/PCFA/Documents/Research/A-Literature-review-of-the-evidence-for-the-effectiveness-of-experiential-psychotherapies.pdf#:~:text=URL%3A%20https%3A%2F%2Fpacfa.org.au%2Fcommon%2FUploaded%2520files%2FPCFA%2FDocuments>

Ministerio de Salud Pública. (2023). *MSP brindó en 2023 más de 113 mil atenciones para trastornos depresivos desde un enfoque integral.* Ministerio de Salud Pública:

<https://www.salud.gob.ec/msp-brindo-en-2023-mas-de-113-mil-atenciones-para-trastornos-depresivos-desde-un-enfoque-integral/>

Ministerio de Salud Pública. (2024). *Este 7 de abril se celebra el Día Mundial de la Salud, con el tema “Depresión: Hablemos”.* Ministerio de Salud Pública:

<https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>

Smilkstein, G. (1978). *Apgar familiar.* Universidad de Washington.

Torres Delgado, J. M., & Rangel Guerrero, A. (2010). *La familia funcional como promotora del desarrollo humano e integral de la persona desde la perspectiva femenina.* Nova scientia, 2(3), 151-166.

Reyes Narváez, S., & Oyola Canto, M. (2022). *Funcionalidad familiar y conductas de riesgo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud.* Comuni@cción:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2219-

