

- Wade, T., George, W. M. y Atkinson, M. (2009). A randomized controlled trial of brief interventions for body dissatisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(5), 845-854.
- Wolfe, W. y Patterson, K. (2017). Comparison of a gratitude-based and cognitive restructuring intervention for body dissatisfaction and dysfunctional eating behavior in college women. *International Journal of Eating Disorders, 25*(4), 330-344.
- Yager, Z. y O'Dea, J. (2010). A controlled intervention to promote a healthy body image, reduce eating disorder risk and prevent excessive exercise among trainee health education and physical education teachers. *Health Education Research, 25*(5), 841-852.
- Yeh, M. C., Liou, Y. M. y Chien, L. Y. (2012). Development and effectiveness of a school programme on improving body image among elementary school students in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing, 68*(2), 434-443.

CL-107

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE CON INICIO EN EL PERIPARTO

Edson Yareb López Cuellar

Universidad Autónoma de Coahuila

lopez_e@uadec.edu.mx

Karla Patricia Valdés García

Universidad Autónoma de Coahuila

karlavaldes@uadec.edu.mx

Mónica Reyna Martínez

Universidad Autónoma de Coahuila

monica.reymar@gmail.com

Resumen

El trastorno depresivo persistente (distimia) se caracteriza por un patrón de estado de ánimo deprimido que altera el comportamiento de manera continua durante por lo menos dos años. A nivel mundial la depresión es una patología con elevada prevalencia y secuelas psicológicas, familiares y sociales. Los trastornos del estado de ánimo del postparto en México tienen una prevalencia entre el 13.86 y 32.6%. La sintomatología depresiva durante el periparto tiene particularidades como el rechazo o ambivalencia hacia el embarazo, ansiedad ante la responsabilidad o ideas obsesivas sobre la capacidad de ser madre. El presente trabajo tiene como objetivo reportar un estudio de caso sobre una paciente de 22 años diagnosticada con distimia con inicio en el periparto. Se aplicó la entrevista clínica propuesta por Muñoz para cubrir información clínicamente significativa, para diagnosticar el trastorno, se complementó con una batería de pruebas acordes con el enfoque cognitivo conductual: el Test de creencias de Ellis, SCID-II, BDI, ISRA y SCL-90-R. Posterior a la evaluación se estableció la formulación clínica de caso y análisis funcional para desarrollar los objetivos terapéuticos y finalmente se trabajó en la intervención siguiendo el plan de tratamiento programado para once sesiones. Para el uso de la información recabada con fines académicos y de investigación se contó con el correspondiente consentimiento

informado de la paciente con énfasis en su confidencialidad. El tratamiento se enfocó en ejercicios conductuales, resolución de problemas, control de emociones y entrenamiento en habilidades sociales. Dentro de los principales resultados se observaron mejorías en el estado de ánimo de la paciente, se eliminó la ideación suicida, cognitivamente se presentaron reestructuraciones, se logró flexibilizar las creencias irracionales, se presentaron cambios fisiológicos con respecto a la ansiedad reportada inicialmente y las tareas conductuales mejoraron el autocuidado. Se comprobó mejoría con la aplicación de retest del BDI para comparar los síntomas clínicos depresivos.

Palabras clave: Distimia, Tratamiento Cognitivo - Conductual, Depresión en el periparto

Introducción

El trastorno depresivo persistente de acuerdo con DSM-5 (2014) se caracteriza por un patrón de estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día casi todos los días de acuerdo con la percepción del paciente o por parte de otras personas durante un mínimo de dos años, para determinarlo también se toman en cuenta una serie de síntomas secundarios (anexo).

Desde el enfoque cognitivo conductual de los trastornos mentales se considera que el ser humano nace con una predisposición genética para ciertas capacidades conductuales como mamar del pecho de su madre al nacer o caminar erguido a los pocos años (Ellis & Grieger, 2003). Sin embargo, el ser humano a diferencia de los demás animales cuenta con la ventaja cognitiva que le permite razonar, deducir y aprender a mejorar sus conductas como alimentarse con otro tipo de nutrientes o hacerlo por su propia mano o caminar de forma más efectiva o correr (Ellis & Grieger, 2003). Por otro lado, así como se poseen y se aprenden conductas adaptativas para la supervivencia, también se poseen y se aprenden otras que no lo son tanto, como las cogniciones distorsionadas y conductas disfuncionales que mantienen o causan el malestar (Fullana, Fernández De La Cruz, Bulbena, & Toro, 2012).

Los malestares pueden estar presentes en distintos grados; desde una simple molestia que provoca mal humor hasta una perturbación que cause problemas y sufrimiento clínicamente significativos en todas las áreas de la vida de la persona, como los asociados a los trastornos mentales y de personalidad. De acuerdo con De la Fuente (2010) hay rasgos de la personalidad que son saludables; contribuye a dar a quien los tiene un sentido de armonía interior y le permite relacionarse con los demás de forma flexible y satisfactoria. En cambio, hay otros que son exagerados, rígidos y fuente de sufrimiento para el propio sujeto y para los demás.

Desde el punto de vista de la terapia racional emotiva, la estrategia central para explicar y abordar el sufrimiento de los trastornos psicológicos es afirmar que las cosas que suceden no son la causa de la perturbación por sí mismas, sino que el sufrimiento se origina por la opinión que se tiene de las cosas que suceden (Ellis & Grieger, 2003). Tomando en cuenta lo anterior, la terapia cognitivo conductual es una forma de tratamiento psicológico por la cual, el profesional ayuda al paciente a definir objetivos y le enseña a aplicar técnicas psicológicas que contribuyen a disminuir el malestar (Fullana et al., 2012).

Para el presente trabajo se hizo una investigación de antecedentes de publicaciones científicas acordes con el diagnóstico con enfoque cognitivo conductual del trastorno depresivo persistente (TDP) con inicio en el periparto para justificar y determinar el procedimiento a seguir con un plan de tratamiento adecuado.

Se identificó un estudio de caso en Madrid, de una paciente de 66 años con depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente con un extenso historial de sintomatología que ingresó a hospitalización psiquiátrica debido a una sobre ingesta de medicamentos. Para este caso se realizó un minucioso análisis de contexto mediante análisis funcional de los antecedentes y la correspondiente aparición de los síntomas, así como de su mantenimiento y consecuencias de la conducta problema vista desde las vertientes cognitiva, conductual y fisiológica; de su personalidad y de su historia biográfica, para el cual diseñaron un plan de tratamiento de tres meses de duración con sesiones semanales de una hora. Al término de este período se verificó una mejoría anímica, afectiva, funcional y social; la ideación suicida desapareció y al comprobarse la notoria mejoría se dio de alta (Rosique & Sanz Aparicio, 2013).

Con relación a la presencia de depresión durante el embarazo, en Chile (Jadresic, 2014) se hizo un estudio en el que se señala la importancia de la detección de síntomas depresivos durante el embarazo, ya que puede ocasionar consecuencias negativas a la madre, el entorno familiar y en especial a la descendencia en la etapa fetal/lactante o incluso, en épocas más tardías de la vida. Se indica que la depresión es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres y que las cifras de la prevalencia más altas se alcanzan durante los años de vida fértil por lo que las mujeres pueden estar deprimidas antes del parto o deprimirse durante el embarazo.

En este mismo estudio Jadresic (2014) señala que los principales factores de riesgo para la depresión perinatal son la historia previa de depresión, los eventos vitales adversos, el deficiente apoyo social, la discordia marital y el embarazo no deseado. Así mismo se identifica que además de los síntomas característicos de los episodios depresivos en otras épocas de la vida, la depresión durante el embarazo suele presentar síntomas como angustia, irritabilidad y desconcentración.

Las pacientes con depresiones leves o moderadas pueden ser tratadas exclusivamente con psicoterapia, por lo que se recomienda que, para la ansiedad que frecuentemente acompaña a la depresión son muy útiles las técnicas de relajación y la terapia TCC; para los síntomas anímicos la TCC se señala como preferible siempre y cuando no sean demasiado intensos (Jadresic, 2014). Además, como corrobora Carro (2015) en un análisis de caso clínico, la terapia de conducta, la terapia cognitiva y la psicoterapia interpersonal son los tres tratamientos psicológicos que han demostrado mayor eficacia para los trastornos afectivos. En este mismo estudio se señala que en un análisis de caso clínico, la terapia de conducta, la terapia cognitiva y la psicoterapia interpersonal son los tres tratamientos psicológicos que han demostrado mayor eficacia para los trastornos afectivos. Por otro lado, en un estudio de opinión que revisó investigación sobre la depresión en el periparto se advierte que las consecuencias de este trastorno pueden tener implicaciones negativas en el desarrollo de recién nacidos, así como en la futura relación de madre e hijo. Por ejemplo, este tipo de paciente suele tener creencias negativas sobre su capacidad y rendimiento como madres y tienden a interactuar menos con sus bebés (Rodríguez-Muñoz, Olivares, Izquierdo, Soto, & Huynh-Nhu, 2016).

Con base en la información anterior se considera pertinente la elaboración de un plan de tratamiento que corresponda a la modificación de patrones cognitivos y conductuales relacionados con la sintomatología depresiva y ansiosa propia de la paciente del presente estudio.

Objetivo

Reportar un estudio de caso sobre el trabajo psicoterapéutico realizado en un caso de trastorno depresivo persistente con inicio en el periparto para determinar técnicas efectivas para su tratamiento.

Método

a) Identificación del paciente y motivo de consulta.

Se trata de una paciente que cumplió 22 años en marzo de 2018. Está casada hace dos años y tiene un hijo de poco más de un año. Debido estos cambios en su vida suspendió sus estudios y abandonó su participación en voluntariados de su localidad. Al momento de la intervención reportaba vivir en casa de su familia política junto con su marido e hijo, situación que ha estado contribuyendo a un ambiente tenso al no haber privacidad y tener que adecuarse a las reglas de la casa.

Al momento de la intervención había regresado a estudiar la licenciatura y el resto de su tiempo libre lo dedicaba a labores de ama de casa, así como el cuidado de su hijo. Su esposo trabajaba como empleado en una empresa con constante rotación de horarios y contaba con el apoyo económico de su familia de origen.

La paciente acudió a consulta por síntomas depresivos tras haber pensado y casi intentar suicidarse después de una discusión con su suegra, bajo los efectos de ingesta impulsiva y excesiva de alcohol un día que salió a una reunión por sentirse desesperada y regresó muy ebria. Refiere haber tenido sentimientos de vacío, insatisfacción y estancamiento en los últimos dos años. Había tenido ataques de ansiedad en los que sentía arritmia cardíaca, mucha desesperación de querer correr y de encerrarse en sí misma; así mismo ocasionalmente presentaba dificultad para respirar y un agotamiento extremo momentáneo como si no tuviera fuerza ni para levantar un brazo o respirar y un dolor en el pecho muy fuerte. También reportó haber sentido muchas ganas de lastimarse cortándose

para sentirse mejor. Ella quiere superarse a sí misma para mejorar su entorno y poder atender a su hijo lo mejor posible.

b) Historia del problema

Los conflictos se generaron a partir de un embarazo no deseado, con el cual la paciente y su pareja decidieron casarse sin tener una relación emocionalmente satisfactoria, además de que el esposo nunca fue bien visto por parte de la familia de la paciente. Aunado a esto, ella se vio en la necesidad de dejar sus estudios y su participación en actividades de su interés. Desde el comienzo de su matrimonio vivo en casa de su familia política y específicamente refirió problemas con su suegra, a quien la paciente describió como una persona autoritaria y sin respeto por las decisiones que le correspondían a la pareja desde su perspectiva, y a su esposo lo conceptualizaba como incapaz de tomar decisiones por sí mismo.

Todo lo anterior generaba una situación de desesperación para la paciente, quien empezó a tener reacciones somáticas ante el estrés y con frecuentes rabietas ante los desacuerdos con la forma de ser de su suegra y cuñados.

c) Antecedentes del problema.

Se observa que la paciente, se había autolesionado (*cutting*) en 3 ocasiones anteriores. La primera vez fue a los 12 años, la segunda a los 14 y la tercera a los 17. En cada una de ellas su madre la llevó a atención psicológica. Refiere haber tenido problemas con su imagen corporal y dejó de comer cuando estaba en preparatoria después de que un novio terminó con ella porque le gustó otra chica. Tuvo una relación de noviazgo de dos años con quien tuvo relaciones sexuales por primera vez, pero nunca llegó al orgasmo. Sobre sí misma comentó que siempre le ha gustado mantenerse ocupada y se preocupa por ordenar sus prioridades, dejando en último lugar su salud.

Al momento de iniciar el proceso terapéutico no refería tener problemas graves de salud física, pero había padecido infecciones vaginales por aguantarse las ganas de ir a orinar. Su padre biológico es trabajador de gobierno y su madre comerciante, cuenta que siempre tuvieron problemas económicos y sus padres se divorciaron por problemas de alcoholismo de su padre cuando ella tenía 9 años, pero ella y su hermana siguieron teniendo contacto con él después del divorcio.

Las carencias económicas siguieron al depender únicamente de su madre ya que su padre duró años en rehabilitación y sin empleo. Cuando ella tenía 15 años, su madre se volvió a casar y comenzaron a vivir en casa de la pareja de su madre y ahora ella lo considera como su padre, sin embargo, en los primeros años tuvieron constantes cambios de vivienda debido a discusiones de la pareja, pero la situación se estabilizó. Además, desde hace poco tiempo comentó que mantiene una buena comunicación con su padre biológico.

La paciente refiere que se casó y se salió de casa de sus padres por sentirse presionada por la familia de su esposo ya que quedó embarazada. De parte de la familia de la paciente no hubo presión para casarse, sin embargo, su novio y su familia insistieron por cuestiones morales, a lo cual ella accedió. Desde entonces ella abandonó su voluntariado, interrumpió sus estudios para dedicarse al cuidado de su bebé y para la realización de actividades domésticas, alejándose además de sus amistades.

Su relación de pareja le parece insatisfactoria emocionalmente pero no sexualmente. Menciona que no se sentía comprendida ni apoyada por su esposo, ante la “intromisión y manipulación” de su suegra en aspectos relacionados con su hijo, cualquier problemática o conflicto presente en la casa. Refiere que la situación económica de su esposo les impide cambiar de domicilio a pesar de que reciben ayuda económica de la familia de la paciente. Incluso, ha mencionado que su pareja no tiene el impulso ni motivación para mejorar laboralmente ni socioeconómicamente, razón por la cual desea concluir sus estudios con el fin de tener un trabajo para mejorar su situación, independientemente de que su esposo cambie de trabajo o no.

d) Instrumentos de evaluación

Se aplicó una batería de pruebas psicométricas y técnicas de entrevista para hacer un contraste de información y concretar la determinación de síntomas a tratar. En primer lugar, se aplicó la Entrevista clínica de Muñoz (2011), que consta de un instrumento que aborda 12 áreas de información relacionada con la historia clínica y problemática del paciente, así como su diagnóstico. Las 12 áreas que cubre este inventario a saber, son: *Interacción*

inicial, que cubre observaciones de conducta y aspecto del paciente; *Delimitación inicial de los problemas*, para identificar problemas prioritarios; *Historia clínica*, para identificar aparición, desarrollo e intensidad del problema; *Situación vital actual*, identifica el grado de funcionamiento en las diferentes áreas de vida del paciente; *Importancia del problema*, identifica cómo le ha afectado su problema; *Análisis de parámetros*, identifica frecuencia y duración del problema; *Diagnóstico DSM*, en este apartado el terapeuta determina el posible diagnóstico; *Otras variables de interés*, permite indagar las expectativas del paciente en relación a su problema y posible solución; *Recapitular y devolver información*, permite al terapeuta realizar una retroalimentación al paciente contrastando la información recibida; *¿Cómo se siente usted después de haber venido a consulta?*, permite conocer cómo se siente la persona; *Indicar las “tareas para casa” si las hubiera (cuestionarios, autorregistros, diarios, informes médicos etc.)*, permite mantener al paciente activo en la resolución de su problema.

Posteriormente se aplicó el Inventario de depresión de Beck (BDI). El objetivo de este instrumento es identificar la presencia de síntomas depresivos y evaluar su gravedad, sin embargo, no se puede usar como determinante de un diagnóstico de trastorno depresivo en sí (Sanz Fernández & García Vera, 2013). Es un inventario que posee una gran difusión internacional (Sanz, 2013). En una validación para una versión en español obtuvo un alfa de Cronbach de .889 para población de Perú (Vega-Dienstmaier, Coronado-Molina, & Mazzotti, 2014), lo que indica que es un instrumento confiable en su versión traducida para esta población. Se trata de un inventario de autoinforme que consta de 21 reactivos tipo likert, cada uno se responde en una escala de respuesta de cuatro puntos de 0 a 3. Puede administrarse a partir de los 13 años. La puntuación mínima es de 0 y la máxima de 63 dentro de las cuales están establecidos los puntos de corte para clasificar la evaluación en cuatro posibles grupos: 0-13, depresión mínima; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; 29-63, depresión grave.

Debido a que la paciente es referida por ideación suicida, es importante evaluar la presencia de depresión ya que los suicidios están relacionados con sintomatología depresiva (Rosselló, Duarté-Vélez, Bernal, & Zuluaga, 2011). Este inventario cuenta con reactivos con indicadores de suicidio, para el reactivo *no tengo ningún pensamiento de suicidio* la

paciente respondió que *a veces he pensado en suicidarme, pero no lo cometería*. La puntuación final fue de 29 que se interpreta como depresión moderada/grave.

Para evaluar el nivel general de respuesta de ansiedad se recurrió al Inventario de situación respuesta de ansiedad de Miguel-Tobal y Cano Vindel (2002) el cual aporta información desde las dimensiones cognitiva, fisiológica y motora y ante situaciones de evaluación, interpersonal, fóbica y de la vida cotidiana. El registro de respuestas puede hacerse con valores de 0 a 4 puntos, con lo que se mide el nivel general de ansiedad (García-Batista, Cano-Vindel, & Herrera-Martínez, 2015). Posee puntos de corte que permiten identificar gráficamente cuatro grupos de grado de respuesta, a saber: de 0 a 20, ausencia de ansiedad o ansiedad mínima; de 20 a 75, ansiedad moderada a ansiedad marcada; de 75 a 95, ansiedad severa; de 95 a 100, ansiedad extrema.

En la figura 1 se puede observar que la paciente obtuvo una puntuación total que se sitúa en el percentil 80 correspondiente a una ansiedad severa, considerando que el percentil 50 es la media de los datos. A nivel fisiológico presenta un percentil de 90 correspondiente a una ansiedad severa. Haciendo un análisis más específico del cuestionario destacan las respuestas fisiológicas en situaciones tales como *cuando debo de tomar una decisión importante* (Sumatoria 21. Esta situación la agregó la paciente al final), *cuando alguien me molesta o cuando discuto* (S21), *cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer* (S14) y *ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante* (S10). A nivel motor presenta un percentil 80 correspondiente a una ansiedad severa. Haciendo análisis de respuestas a nivel motor destacan situaciones tales como *cuando me siento presionada emocionalmente* (S15. Situación añadida por la paciente), *ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante* (S10) y *Cuando alguien me molesta o cuando discuto*. Las puntuaciones descienden en el sistema cognitivo hasta un percentil de 60 correspondiente a una ansiedad marcada, donde destacan respuestas ante situaciones tales como *cuando alguien me compara* (S20). Situación agregada por la paciente), *ante un examen el que me juego mucho, o si voy a presentar una entrevista para un trabajo importante* (S8) y *a la horade tomar una decisión o resolver un problema difícil* (S7). Con

la información anterior se puede decir que la paciente responde de manera ansiosamente severa ante situaciones de evaluación que implique crítica o comparación.

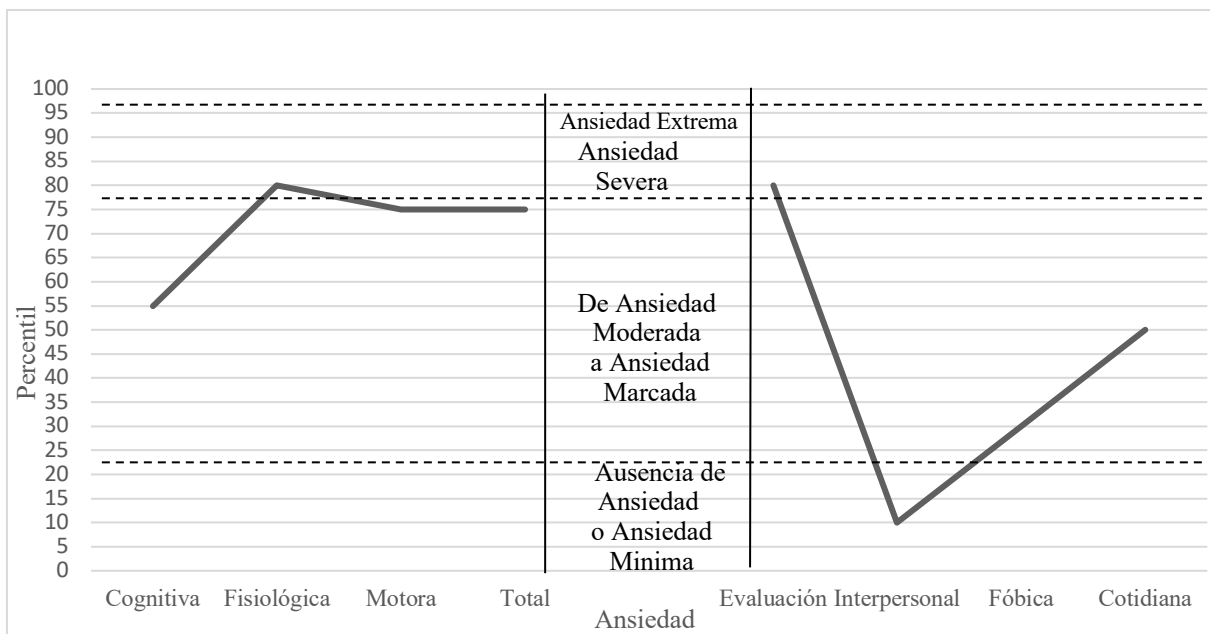


Figura 2. Perfil gráfico del Inventario de situación respuesta de ansiedad (ISRA)

Nota. Fuente: Elaboración propia

Para evaluar patrones de síntomas presentes se aplicó la Lista de Comprobación de Síntomas (SCL90-R) que puede ser utilizado en población normal y como diagnóstico clínico (Peris et al., 2013). Consta de 90 reactivos y se responde con base en una escala de cinco puntos que van desde el 0 hasta el 4. La evaluación e interpretación se realiza en función de nueve dimensiones primarias conformadas por: 1. Somatizaciones (SOM), 2. Obsesiones y compulsiones (OBS), 3. Sensitividad interpersonal (SI), 4. Depresión (DEP), 5. Ansiedad (ANS), 6. Hostilidad (HOS), 7. Ansiedad fóbica (FOB), 8. Ideación paranoide (PAR), 9. Psicoticismo (PSIC) y los tres índices globales de malestar psicológico se integran por: 1. Índice de severidad total (IST), 2. Malestar referido a síntomas positivos (MRSP), 3. Total de síntomas positivos (TSP).

De acuerdo con los resultados (Tabla 1), la paciente presenta un índice de severidad total de .60, colocándose por arriba de la población normal (.31), pero debajo de los

pacientes internos (1.30). Un total de síntomas positivos de 23, igualmente colocado entre la población normal (19.29) y la media de pacientes internos (50.03). Sin embargo cabe destacar que el malestar referido a los síntomas positivos se encontraron con una puntuación extrema (2.35) que sobrepasa la media de los pacientes internos (2.15), lo cual puede ser un indicio de actitudes de fingimiento (Peris et al., 2013).

Tabla 6
Índices globales de malestar psicológico

	Paciente	Media Normal (Ds)	Med. P. Internos	Med. P. Externos
Índice de Severidad Total	0.60	0,31 (0,31)	1,30 (0,82)	1,26 (0,68)
Total de Síntomas Positivos	23	19.29	50,03 (22,40)	50,17 (18,98)
Malestar Referido a Sint. Positivos	2.35	1,32 (0,42)	2,15 (0,73)	2,14 (0,58)

Nota. Fuente: Elaboración propia

Los resultados gráficos (Figura 2) muestran principalmente somatización (S1.33) e ideación paranoide (S1.33) sostenidas por susceptibilidad interpersonal (S0.89). En somatizaciones se evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios). Para ideación paranoide se evalúan comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía. En susceptibilidad interpersonal la evaluación se enfoca en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes. Los tres aspectos que destacan en estos resultados gráficos se adecúan a la información recabada con las técnicas de entrevista aplicadas.

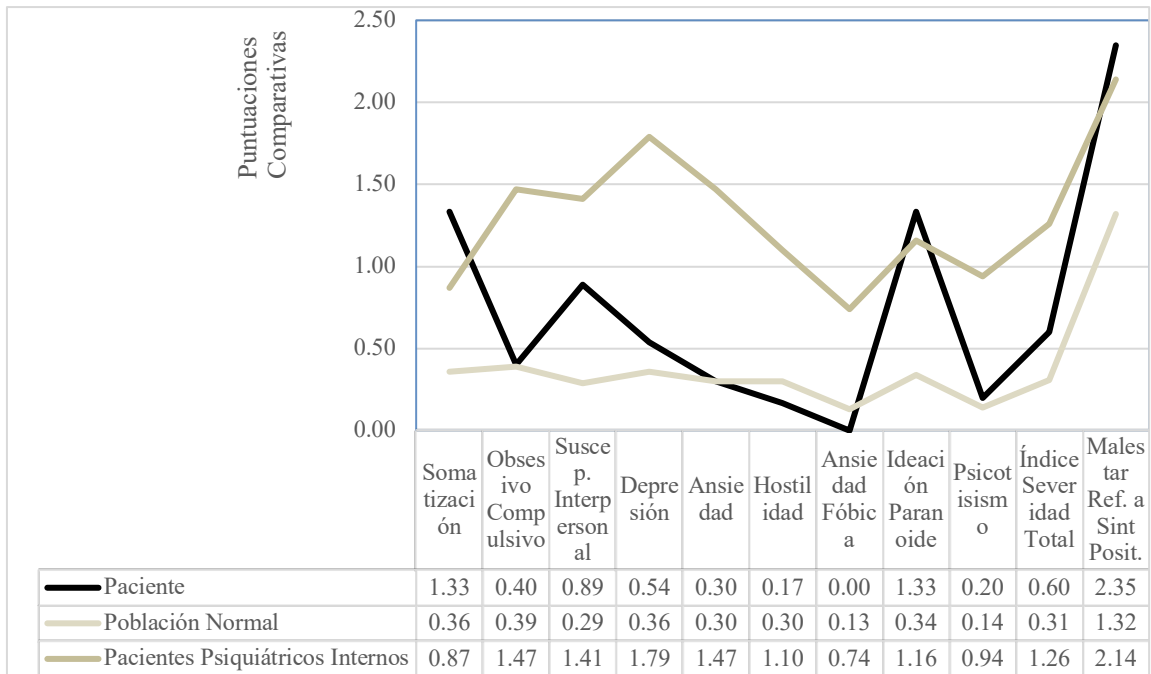


Figura 3. Perfil gráfico de SCL90-R
 Nota. Fuente: Elaboración propia

Otra prueba aplicada con el fin de identificar el patrón de personalidad con mayor presencia en la paciente fue la Entrevista Clínica Estructurada para Diagnósticos del Eje II (SCID-II). De acuerdo con los resultados (Tabla 2), la paciente marca puntuaciones con una tendencia hacia un patrón de comportamiento narcisistas de personalidad (S6), sobrepasando el umbral (S4) por 2 puntos. Este tipo de comportamiento se caracteriza un patrón dominante de grandeza, necesidad de admiración y falta de empatía (American Psychiatric Association, 2014).

Por otro lado, a pesar de que en este inventario el trastorno histriónico de la personalidad no llega a una puntuación de umbral como para ser tomado en cuenta, se considera la posibilidad de su presencia de acuerdo con los datos de entrevista y el conocimiento de que una de las estrategias de afrontamiento histriónico son las conductas autolesivas o suicidas para obtener cuidados. Además, como se ve en el gráfico del SCL90-R, el malestar referido a los síntomas tiene puntuaciones extremas que indican actitudes de fingimiento, concordando así con rasgos histriónicos para obtener atenciones.

Tabla 7
Resultados SCID-II

	Suma	Juicio Clínico	Umbral
Trastorno de personalidad por evitación	0	No Significativo	4
Trastorno de personalidad por dependencia	3	No Significativo	5
Trastorno de personalidad Obsesivo – Compulsivo	2	No Significativo	4
Trastorno de personalidad Pasivo – Agresivo	1	No Significativo	4
Trastorno depresivo de la personalidad	2	No Significativo	5
Trastorno paranoide de la personalidad	4	No Significativo	4
Trastorno esquizotípico de la personalidad	1	No Significativo	5
Trastorno esquizoide de la personalidad	0	No Significativo	5
Trastorno histriónico de la personalidad	3	No Significativo	5
Trastorno narcisista de la personalidad	6	Significativo	5
Trastorno límite de la personalidad	5	No Significativo	5
Trastorno antisocial de la personalidad	0	No Significativo	5

Nota. Fuente: Elaboración propia

Asimismo, se complementó la evaluación con el Test de Creencias de Ellis, que está conformado por 100 reactivos que se responden de manera dicotómica con la respuesta *de acuerdo/no de acuerdo*, con la finalidad de determinar las creencias irracionales desde el enfoque propuesto por Ellis (2003) que pudieran estar interfiriendo en áreas importantes de la vida de la paciente y manteniendo sus problemas. Las creencias con mayor puntuación se pueden apreciar en la tabla 3.

Tabla 8
Puntuación para test de creencias de Ellis

Creencia autolimitadora	Total
"Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia, amigos"	7

"Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende"	6
"Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas"	6
"Es horrible cuando las cosas no van como a uno le gustaría que fueran"	4
"Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden en sus emociones"	6
"Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa"	5
"Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente"	2
"Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo"	6
"El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente"	3
"la felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido"	5

Nota. Fuente: Elaboración propia

e) *Formulación del análisis funcional de caso clínico*

Al integrar la información obtenida mediante la evaluación puede apreciarse que el cuadro sintomatológico presentado por la paciente se manifiesta en ambientes en los que se le pueda comparar como inferior a otras personas, pueda ser juzgada como inmoral o quepa el riesgo de ser rechazada. Las respuestas ante este tipo de situaciones se manifiestan cognitivamente mediante pensamientos de tintes narcisistas como "Es insoportable que no me reconozcan como merezco", "Los demás deberían satisfacer mis necesidades, no yo las de los demás", "La gente no tiene ningún derecho a criticarme", asimismo, de pensamientos de suspicacia como "si me tratan bien es por que algo buscan de mi", "Cuando dicen algo, en realidad quieren decir otra cosa", "Casi siempre me dicen cosas sólo por molestar", como respuesta conductual se generan discusiones constantes o se mantiene ocupada para no pensar en sus propias molestias y al no expresar sus emociones de manera adecuada genera respuestas somáticas que perjudican su salud como la falta de apetito, o ganas de orinar, llanto, taquicardia y apnea, de igual manera genera reacciones afectivas negativas como sentimientos de culpa, tristeza, irritabilidad, enojo y desesperación. Esta serie de respuestas constantes en su vida han generado problemas en su bienestar, dificultando su capacidad de sentirse feliz consigo misma y con los demás.

Tabla 9
Análisis funcional

ANTECEDENTES	CONDUCTAS	CONSECUENCIAS
Remotos	Cognitivas	Corto plazo
<i>Padre biológico alcohólico</i>	<i>Mi situación es terrible</i>	<i>Baja autoestima</i>
<i>Divorcio de padres biológicos</i>	<i>Nada va a cambiar</i>	<i>Descuidar a su bebé</i>
<i>Padrastra desde los 9 años</i>	<i>Nunca hago lo suficiente</i>	Mediano plazo
<i>Hermana con matrimonio satisfactorio</i>	<i>Soy mala madre</i> <i>No soy nada</i>	<i>Pérdida de objetivos</i> <i>Obstaculizar metas.</i>
Periparto	<i>Ideación suicida</i>	<i>Conflictos familiares.</i>
<i>Matrimonio por embarazo no deseado</i>	<i>Soy inútil</i>	<i>Conflictos de pareja.</i>
<i>Pierde atención por operación por cáncer de su hermana</i>	Fisiológicas	<i>Perdida de interés por actividades agradables</i>
<i>Familia rechaza a su pareja</i>	<i>Llanto</i>	<i>Aislamiento</i>
<i>Madre invalida su decisión de irse a casa de su familia política “vas a volver aquí”</i>	<i>Retención urinaria</i> <i>Agitación psicomotora</i>	<i>Ataques de pánico</i>
<i>Esposo la agrede a los 4 meses de embarazo al decirle que se siente sola.</i>	<i>Poco apetito</i>	Largo plazo
<i>Fueron pocos invitados a su boda.</i>	<i>Insomnio</i> <i>Ataque de ansiedad</i>	<i>Depresión mayor</i> <i>Negligencia con su hijo</i>
Próximos	Afectivas	<i>Conflictos madre/hijo</i>
<i>Vive en casa de su familia política. Suegra recibe regalos más caros que ella. Ambas cumplen años con una semana de diferencia.</i>	<i>Culpa</i> <i>Tristeza</i> <i>Irritabilidad</i>	<i>Suicidio</i>
<i>Discusión que termina con un intento de suicidio interrumpido.</i>	<i>Enojo</i> <i>Desesperación</i>	
	Conductuales	
	<i>Discusiones constantes</i> <i>Sobreocupación para evitar</i>	

pensar

*Sobre ingesta de alcohol
compulsiva*

Intento suicida interrumpido

Nota. Fuente: Elaboración propia

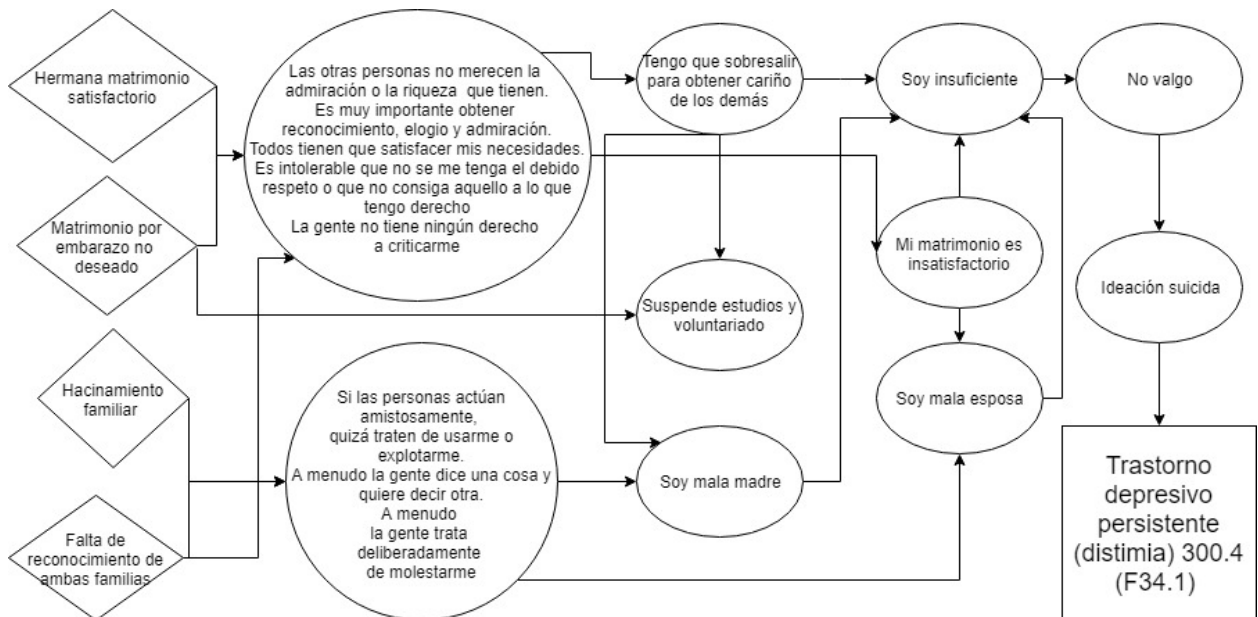


Figura 4. Formulación clínica

Nota. Fuente: Elaboración propia

f) Modelo explicativo

El modelo explicativo de la depresión de Beck se basa en la triada cognitiva, conformada por patrones de ideas y actitudes negativas de sí mismo del mundo y del futuro (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010). Por otro lado la persona puede estar cargada por una estructura de patrones de pensamiento denominados esquemas negativos, los cuales son estables y duraderos, representan las generalizaciones de una persona acerca de experiencias pasadas y basado en esto juzga el presente y el futuro (Lega, Sorribes, & Calvo, 2017). El modelo cognitivo conductual sostiene la existencia de pensamientos categorizados como distorsiones cognitivas, las cuales se encargan de filtrar la información

recibida de manera que afectan la forma en que se entienden los acontecimientos. Así, los individuos propensos a padecer trastornos tienden a reaccionar ante el mundo de manera inflexible y negativa y a pesar de usar un pensamiento lógico, resulta inadecuada su manera de responder ya que interpretan de manera inexacta las experiencias (Beck et al., 2010). Además, la teoría de la desesperanza sugiere que el paciente al tener una expectativa negativa generalizada, al sentirse frustrado y sin energía le parece que no puede cambiar su situación y se resigna a su situación que opera como una causa inmediata y suficiente para la depresión (Puerta Polo & Padilla Díaz, 2011).

g) Diagnóstico.

Acorde con el contraste de información entre las técnicas de entrevista, la teoría cognitivo conductual y la aplicación de la batería de pruebas además de la correspondiente revisión del cumplimiento de los criterios diagnósticos del DSM V (2014) se determinó que la paciente padece un trastorno depresivo persistente (distimia) 300.4 (F34.1) de inicio temprano con síndrome distímico puro, con ansiedad moderada con inicio en el parto con gravedad actual leve.

h) Objetivos terapéuticos.

El primer paso del tratamiento fue la evaluación de riesgo suicida. Una vez determinado el nivel de este, se continuó con activación conductual mediante actividades de agrado y dominio para mejorar su estado de ánimo puesto que dejó de hacer actividades para ella misma de forma abrupta; posteriormente se trabajó en reducir su nivel de ansiedad fisiológica mediante ejercicios de relajación, así como su ansiedad cognitiva mediante reestructuración de ideas irracionales relacionadas con esquemas narcisistas y paranoides. Con lo anterior se esperaba mejorar su bienestar al estimular creencias adaptativas que le permitieran desarrollar autoeficacia y percibirse a sí misma como valiosa.

Posteriormente el tratamiento se enfocó en ejercicios conductuales saludables, la resolución de problemas, control de emociones y entrenamiento de habilidades sociales con la finalidad de lograr la autoaceptación incondicional, así como la aceptación incondicional de los demás y del mundo, acorde con el modelo racional emotivo conductual. Para un

mejor avance del tratamiento (V Independiente) se consideró la posible inclusión a mediano plazo de su esposo para reforzar el entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas. De esta manera, se modificará la percepción de apoyo (V Moderadora) e influirá en la reducción de sintomatología ansiosa y depresiva (V dependientes).

i) Plan de tratamiento

El tratamiento constó de 10 sesiones en las que se aplicaron técnicas cognitivas y conductuales acordes con los correspondientes objetivos por sesión.

Tabla 10
Número de sesiones, objetivos, técnicas y tareas

SESIÓN	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	TÉCNICAS	TAREAS
1	<i>Exploración y evaluación de riesgo suicida.</i>	<i>Alianza terapéutica Inclinar balanza en contra del suicidio.</i>	<i>Entrevista Clínica. Lista de pros y contras de las razones para vivir y para morir (Beck et al., 2010).</i>	<i>Lista de actividades que disfrutaba y que le gustaría volver a realizar.</i>
2	<i>Evaluar y reducir desesperanza y ansiedad.</i>	<i>Estimular factores protectores. Evaluar presencia de depresión y ansiedad.</i>	<i>Lista de razones para vivir de Linehan (García Valencia et al., 2009). Aplicación de batería de pruebas.</i>	<i>Consultar con sus redes de apoyo sobre la posibilidad de regresar a estudiar.</i>
3	<i>Activación conductual</i>	<i>Aumentar frecuencia y duración de experiencias positivas. Mejora de autoeficacia</i>	<i>Explicación del modelo cognitivo de la depresión Actividades de agrado y dominio mediante calendario planificado (Beck et al., 2010).</i>	<i>Realizar actividades agradables con personas significativas.</i>
4	<i>Desactivación fisiológica Corregir conductas no saludables.</i>	<i>Reducir estrés por carga de trabajo escolar y doméstico. Promover autocuidado físico.</i>	<i>Explicación del modelo cognitivo de la ansiedad Técnica de relajación de Jacobson. Calendario de actividades (Clark & Beck, 2012). Programación de horarios de necesidades básicas.</i>	<i>Practicar Técnica de relajación una vez al día. Registrar actividades del calendario.</i>

5	<i>Aprender a identificar y modificar los pensamientos erróneos y las conductas inadecuadas relacionadas</i>	<i>Identificación y reestructuración de pensamiento disfuncional.</i>	<i>Psicoeducación. Explicación del modelo ABC (Ellis & Grieger, 2003). Asignación gradual de tareas</i>	<i>Autorregistro ABC. Planear actividades agradables sencillas a corto y mediano plazo</i>
6 (Varias sesiones)	<i>Reconocer y cambiar los patrones cognitivos que producen las ideas y conductas desadaptativa.</i>	<i>"Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia, amigos".</i>	<i>Reestructuración cognitiva: Debate socrático. Técnica de las 7 preguntas. Concepto de aceptación incondicional (Ellis & Grieger, 2003). Técnica de dos columnas.</i>	<i>Autorregistro ABCD.</i>

Tabla 11.
Continuación. Número de sesiones, objetivos, técnicas y tareas

7	<i>Adquirir habilidades para manejar pensamientos negativos automáticos y encontrar alternativas</i>	<i>Reducir la frecuencia de pensamientos depresivos Tomar un rol más activo en la vida</i>	<i>Psicoeducación: Aprender las distorsiones cognitivas Identificación de Pensamientos automáticos asociados y qué validez les da (0-100)</i>	<i>Autorregistro de pensamientos automáticos negativos</i>
8	<i>Aprender a ver alternativas de solución.</i>	<i>Flexibilizar expectativas y evaluaciones rígidas sobre sí misma y lo que cree que esperan los demás de ella.</i>	<i>Técnica de dos columnas. Técnica de solución de problemas. Elaboración de plan para generar alternativas de solución.</i>	<i>Establecer alternativas de solución con esposo para poder salir como pareja.</i>
9 (Varias sesiones)	<i>Comprobar validez de supuestos</i>	<i>Modificar pensamiento dicotómico.</i>	<i>Estrategias dialécticas: "Abogado del diablo" Exagerar significado de</i>	<i>Experimento ocnductual Practicar la empatía para</i>

			<i>expresiones.</i> <i>Entrenamiento de empatía</i> <i>(Caballo, 2004).</i>	<i>comprender el punto de vista de algún familiar.</i>
10 (varias sesiones)	<i>Aceptar y reducir intensidad y variabilidad de los estados emocionales</i>	<i>Moderar las emociones inestables, variables y caprichosas.</i>	<i>Entrenamiento en inoculación del estrés de Meichenbaum.</i> <i>Presentar situaciones hipotéticas pero realistas de estrés y determinar posibles cursos de acción</i> <i>(Caballo, 2004).</i>	<i>Exposición en vivo a diálogos sobre un problema con algún familiar.</i>
11	<i>Prevención de recaídas.</i>	<i>Consolidar aprendizajes efectuados.</i>	<i>Realización de sesiones de seguimiento programadas mensualmente</i> <i>(Caballo, 2004).</i>	<i>Utilizar y practicar las técnicas aprendidas.</i>

Nota. Fuente: Elaboración propia

Aspectos éticos

Se contó con el correspondiente consentimiento informado en el que se aclaró que la información puede ser utilizada con fines académicos y de investigación con confidencialidad y protección de sus datos de identificación con base en lo establecido por la Sociedad Mexicana de Psicología (2007).

Resultados del tratamiento

En las primeras tres sesiones se notó un cambio significativo en el estado de ánimo de la paciente debido a que se reincorporó a sus estudios. Cognitivamente se presentó un cambio de expectativas al analizar los pros y los contras de morir, así como las razones que le impedirían consumir el suicidio. A partir de la sesión 4 se presentaron cambios fisiológicos al implementar las técnicas de relajación y tareas conductuales pues la paciente comenzó a programarse para ir al baño a ciertas horas, aunque no tuviera ganas, esto le permitió eliminar las molestias por infección vaginal que se había provocado al dejar de ir al baño por mantenerse trabajando.

Sin embargo, la paciente no ha cumplido con la rutina del ejercicio diario de la técnica de relajación de Jacobson. Sólo ha aplicado la técnica de respiración de emergencia cuando se presenta un ataque de ansiedad. Mediante la sesión 5 y 6 se ha logrado flexibilizar creencias acerca de su esposo y su suegra a partir del análisis de pensamientos sobre ellos y sobre ella misma. Ha logrado comprender que cuando su suegra le señala algo, no necesariamente significa que la está atacando, o que quiere quitarle la atención de su esposo, sino que simplemente puede no tener las habilidades para tratarla como la paciente quisiera ser tratada, y quizás la verdadera intención en realidad siempre ha sido ayudarla. De esta manera ha logrado dejar de tomarse personales los comentarios de su suegra.

La sesión 7 sirvió para mejorar su perspectiva hacia el futuro, pues ya tiene objetivos claros para tener un trabajo que le permita independizarse económicamente y se siente motivada para regresar al voluntariado de bomberos o incluso estudiar para paramédico en un futuro lejano, cuando su hijo ya esté más grande.

Actualmente el tratamiento sigue en curso, sin embargo, se aplicó un re-test únicamente sobre los síntomas depresivos mediante el BDI para confirmar si la paciente ha mejorado con respecto a sus síntomas depresivos. El resultado fue favorecedor al mostrar que la paciente obtuvo como resultado de 22 puntos en comparación con los 29 puntos que obtuvo en la prueba inicial. De esta manera se determina que la paciente disminuyó su percepción de malestar de depresión severa al mínimo correspondiente a depresión moderada.

Conclusión

Se ha logrado una mejoría significativa del plan de tratamiento al hacer una investigación de antecedentes para determinar los puntos clave a trabajar en la paciente. Los casos de distimia en el periparto aportaron información muy específica que coincide con la situación de vida real de la paciente. Es de vital importancia continuar con la promoción de la atención psicológica para prevenir problemas de calidad de vida para madres e hijos que se dieron en circunstancias no deseadas.

Discusión

La literatura recabada ha confirmado la sintomatología detectada en la paciente y de igual manera ha señalado la efectividad de la terapia cognitivo conductual para la depresión y distimia. La explicación del modelo cognitivo de la depresión y de la ansiedad, surten un efecto favorecedor en los pacientes al lograr que ellos mismos se sientan comprendidos reduciendo su ansiedad por no saber qué les sucede. Aunado a esto, el darse cuenta de que se perjudican a sí mismos al dejar de realizar actividades agradables con tal de cumplir las expectativas ajenas les permite levantar su estado de ánimo y generar pensamientos de auto aceptación que disminuye su enojo hacia los demás y hacia sí mismo.

En este caso se han presentado limitaciones por la misma naturaleza del padecimiento, ya que la paciente acude a las sesiones de terapia intermitentemente, sin embargo, al notar que ha mejorado con las pocas sesiones que hemos tenido, se ha llegado a un acuerdo para continuar con el plan de tratamiento de manera continua pues ahora se enfocará a el entrenamiento de habilidades sociales para contrarrestar la visión negativa de su futuro en relación con las personas con quien más problemas tiene.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de bower.
- Caballo, V. E. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*. <https://doi.org/84-9756-210-0>

- Carro de Francisco, C., & Sanz Blasco, R. (2015). Intervención cognitivo conductual en un caso de distimia con componentes de ansiedad de evaluación: Análisis de un caso clínico. *Casos Clínicos En Salud Mental, 1*, 43–59. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5912890.pdf>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Desclée de bower.
- De la fuente, R. (2010). *Psicología médica*. México: Fondo de cultura económica.
- Ellis, A., & Grieger, R. (2003). *Manual de terapia racional -emotiva*. Bilbao: Desclée de bower.
- Fullana, M. A., Fernández De La Cruz, L., Bulbena, A., & Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clinica, 138*(5), 215–219. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.02.017>
- García-Batista, Z. E., Cano-Vindel, A., & Herrera-Martínez, S. X. (2015). Propiedades psicométricas del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (isra) en una muestra dominicana. *Revista Pensamiento Americano, 8*(15), 56–66. <https://doi.org/10.21803/penamer.8.15.326>
- García Valencia, J., Palacio Acosta, C. A., Vargas, G., Arias, S., Ocampo, M. V., Aguirre, B., ... García, H. (2009). Validación del “inventario de razones para vivir” (RFL) en sujetos con conducta suicida de Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 38*(1), 66–84.
- Jadresic, E. (2014). Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes, 25*(6), 1019–1028. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70651-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70651-0)
- Lega, L., Sorribes, F., & Calvo, M. (2017). *La terapia racional emotiva conductual*. Paidós.
- Peris, A., Bonizzoli, M., Iozzelli, D., Migliaccio, M. L., Zagli, G., Bacchereti, A., ... Ahrq. (2013). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. *Derogatis. Adaptación UBA. CONICET, 2012*(December), 6. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.21.3.297>
- Psicología, S. M. de. (2007). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Puerta Polo, J. V., & Padilla Díaz, D. E. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary, 8*(2), 251–257. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.224>

- Rodríguez-Muñoz, M. de la F., Olivares, M. E., Izquierdo, N., Soto, C., & Huynh-Nhu, L. (2016). Prevención de la depresión perinatal. *Clinica y Salud*, 27(3), 97–99.
<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.10.001>
- Rosique, M. T., & Sanz Aparicio, M. T. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. *Análisis y Modificación de Conducta*, 39(159), 17–23. Retrieved from
http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/9861/Tratamiento_cognitivo_conductual.pdf?sequence=2%0Ahttp://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4954443&orden=1&info=link%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=4954443
- Rosselló, J., Duarte-Vélez, Y., Bernal, G., & Zuluaga, M. G. (2011). Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor, 45(3), 321–330.
- Sanz Fernández, J., & García Vera, M. P. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario para la Depresión de Beck Segunda Edición (BDI-II) en pacientes españoles con trastornos psicológicos. *Anales de Psicología*, 29(1), 66–75.
<https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.130532>
- Sanz, J. (2013). 50 años de los inventarios de depresión de Beck: consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica, 34(3), 161–168.
- Vega-Dienstmaier, J., Coronado-Molina, O., & Mazzotti, G. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general^ies; Validity of a version in Spanish of the Beck Depression Inventory in medical in-patients^ien. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 77(2), 95–103. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972014000200006

ANEXOS

Criterios diagnósticos para trastorno depresivo persistente (distimia) 300.4 (F34.1) con síndrome distímico puro con ansiedad moderada con inicio en el parto,

Al momento de acudir a terapia, la paciente cumple con los criterios para este trastorno. Se distingue de la depresión mayor por la duración de dos años que es el tiempo que lleva la

paciente con los síntomas y coincide con el tiempo desde su embarazo, casamiento e interrupción de estudios.

DS cumple los siguientes criterios diagnósticos:

A. Presencia de un estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

B. Presencia, mientras está deprimida, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de apetito.
2. Insomnio.
3. Falta de energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de 2 años de la alteración, la paciente no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración, por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la paciente.

Por otro lado, cuando el paciente cumple con los criterios tanto del trastorno depresivo persistente como para un trastorno de personalidad, se deben realizar ambos diagnósticos.

Comorbilidad

Si los síntomas están presentes antes de los 21 años, se considera como comienzo temprano del trastorno depresivo persistente, y este tipo de comienzo se asocia claramente a los trastornos de personalidad de los clúster B y C.

CL-111

FACTORES PSICOSOCIALES ALIMENTARIOS FAMILIARES COMO PREDICTORES DEL IMC DE PREADOLESCENTES

Bárbara de los Angeles Pérez Pedraza

Universidad Autónoma de Coahuila

barbara_perez@uadec.edu.mx

Javier Álvarez Bermúdez

Universidad Autónoma de Nuevo León

jabnl@hotmail.com

Arianna Palmira Pérez Pérez

Universidad Autónoma de Coahuila

ariannappp.luna@hotmail.com