

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



**Estudio de caso: Dependencia emocional por violencia intrafamiliar en una  
mujer de 44 años**

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Mónica Regina Herrera Sáenz

Guatemala, septiembre 2017

**Estudio de caso: Dependencia emocional por violencia intrafamiliar en una  
mujer de 44 años**

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Mónica Regina Herrera Sáenz

Licda. Maylin Cajaraville (**Asesora**)

Lic. Mario Salazar Marroquín (**Revisor**)

Guatemala, septiembre 2017

## **Autoridades Universidad Panamericana**

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

## **Autoridades Facultad 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 DE GUATEMALA

*Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría*

## Sistematización de Práctica Profesional Dirigida

### FACULTAD DE HUMANIDADES ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: *Mónica Regina Herrera Sáenz*

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

DICTAMEN: Mes de diciembre del 2016

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

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

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

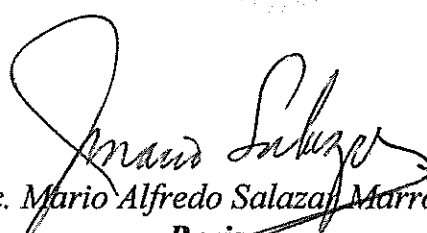
**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, diciembre de 2016.**-----

*En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Estudio de caso: Dependencia emocional por violencia intrafamiliar en una mujer de 44 años”. Presentada por el (la) estudiante: **Mónica Regina Herrera Sáenz**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

  
**Licenciada Maylin Cajaraville Angel**  
**Asesora**

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

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Estudio de caso: Dependencia emocional por violencia intrafamiliar en una mujer de 44 años”, Presentado por el (la) estudiante: Mónica Regina Herrera Sáenz, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

  
MSc. Mario Alfredo Salazar Marroquín  
Revisor



# UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida con el tema "Estudio de Caso: Dependencia emocional por violencia intrafamiliar en una mujer de 44 años", presentado por: Mónica Regina Herrera Sáenz, previo a optar grado académico de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida.

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

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



## Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	1
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	2
1.5 Programas establecidos	3
1.6 Visión	3
1.7 Misión	3
1.8 Justificación de la Investigación	3
Capítulo 2	5
Marco Teórico	5
2.1 Dependencia emocional y violencia intrafamiliar	5
2.2 Violencia intrafamiliar contra la mujer	6
2.2.1 Características de la mujer víctima de la violencia	7
2.2.2 Tipos de ruptura	7
2.2.3 Consecuencias de la violencia a la mujer	8
2.3 Dependencia emocional	9
2.3.1 Sintomatología	10
2.3.2 Dimensiones básicas de la dependencia emocional	12
2.3.3 Fases de las relaciones de pareja de la dependencia emocional	12
2.4 Miedo al abandono	13
2.4.1 Concepto	14
2.4.2 El esquema de abandono en la vida adulta	14

2.5	Apego	15
2.5.1	Definición	15
2.5.2	Apego al abandono	16
2.5.3	Ansiedad por apego	16
2.5.4	Sintomatología por apego	16
2.6	La culpa	17
2.6.1	Radiografía de la culpa	18
2.7	Relaciones interpersonales	18
Capítulo 3		21
Marco Metodológico		21
3.1	Planteamiento del problema	21
3.2	Pregunta de investigación	22
3.3	Objetivos	22
3.3.1	Objetivos general	22
3.3.2	Objetivos específicos	23
3.4	Alcances y límites	23
3.5	Metodología	23
Capítulo 4		25
Presentación de Resultados		25
4.1	Sistematización del estudio de caso	25
4.2	Análisis de Resultados	42
Conclusiones		43
Recomendaciones		44
Referencias		45
Anexos		46

## **Lista de Cuadros**

Cuadro 1	Resultado de Pruebas	29
Cuadro 2	Presentación plan terapéutico	39
Cuadro 3	Objetivos, Técnicas y Recursos	40

## **Resumen**

El estudio de caso se llevó a cabo en el Centro de Asistencia Social de la Universidad Panamericana que surge como una proyección social universitaria. La universidad se proyecta en su entorno social, con el fin de procurar un impacto estructural, a través de un servicio social responsable de alto nivel.

Esta proyección social brinda apoyo emocional y asistencia psicológica a niños, adolescentes y adultos, en este estudio se tomó una muestra de cinco diferentes pacientes con diferente problemática.

Este estudio de caso está basado en la dependencia emocional que sufren las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar sus causas, consecuencias y como cambiar pensamientos automáticos.

La investigación consta de cuatro capítulos los cuales se detallan a continuación: Capítulo 1, Marco de Referencia en donde se detallan las instalaciones en donde se llevó a cabo el estudio, su visión y misión ante la sociedad guatemalteca. Capítulo 2, Marco Teórico, donde se desarrolla la problemática y las variables de estudio. Capítulo 3, Marco de Metodológico, en donde se detalla el planteamiento del problema, se desarrolla la pregunta de investigación, los objetivos generales y específicos y se describen los métodos utilizados en el caso. Capítulo 4, Presentación de Estudio de Caso, aquí se detalla el caso estrella.

## **Introducción**

Una persona que depende emocionalmente de otra; tiende a buscar en todo momento una exagerada aprobación del otro, expresando en todo momento sus demandas de atención y de afecto; la dependencia emocional, es un problema que afecta a muchas mujeres en la actualidad, según Castello (2005) la dependencia es la necesidad extrema de carácter afectivo que una persona siente hacia su pareja a lo largo de sus diferentes relaciones, lo cual lleva a la persona a establecer relaciones de pareja violentas.

Para la Organización Mundial de la Salud, la dependencia emocional es una adicción física y psicoemocional. Esto significa que se podría referir a una conducta no saludable que necesita ser modificada.

La dependencia emocional, afecta el desarrollo psicológico de la persona, también afecta las habilidades sociales, el área de la cognición, de la afectividad, la actividad interpersonal y en el control de impulsos.

El estudio de caso tiene por objeto demostrar cómo afecta la dependencia emocional a una mujer que ha sufrido violencia intrafamiliar, así mismo las causas que la llevaron a ser dependiente de su pareja, los rasgos característicos, los varios intentos suicidas de la paciente, el abuso sexual que sufrió en su niñez, la falta de perdón hacia las personas que la han ofendido a lo largo de su vida, la ausencia del padre en su niñez y adolescencia y como eso la llevo a elegir a sus parejas para suplir la carencia de afecto paternal, los pensamientos negativos que le han sido dados durante toda su vida, ella se siente incapaz de salir adelante por ella misma.

Este interés en la mujer y la violencia intrafamiliar, los lleva por consiguiente, a exponer como objetivo general: Caracterizar la relación que se establece entre la dependencia emocional y la violencia intrafamiliar en una mujer de 44 años.

# **Capítulo 1**

## **Marco de Referencia**

### **1.1 Antecedentes**

La implementación del Centro de Asistencia Social, surge como proyección social o bien como responsabilidad social universitaria. La universidad se proyecta en su entorno social, con el fin de procurar un impacto estructural, a través de un servicio social responsable, de alto nivel.

Esta proyección social se propone para la práctica profesional de los estudiantes de la facultad de ciencias psicológicas, en la cual los estudiantes puedan dar apoyo emocional y asistencia psicológica a niños, adolescentes y adultos. Siendo CAS una oportunidad de contribuir con personas que no cuenten con los recursos económicos, para obtener el servicio y mejorar su salud integral.

El centro de asistencia social de Universidad Panamericana CAS, 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 las diversas etapas prácticas que la misma carrera requiere, con el objetivo de dar seguimiento puntual, oportuno y adecuado a los casos que se atiende por parte de los estudiantes de la carrera de psicología. Así como parte de su preparación académica, fomentar los principios y valores fundamentales de ética y moral. Refuerza la práctica de principios y valores en los profesionales de la psicología, contribuyendo a la sociedad guatemalteca de manera eficiente.

### **1.2 Descripción**

El Centro de Asistencia Social cuenta con sala de espera, recepción, oficina de gerencia, sala de reuniones, dos baños y ocho clínicas para uso de los usuarios. Los horarios de atención son de lunes a viernes de 8:00 a 6:00 de la tarde y sábado de 8:00 a 12:00 del mediodía.

### 1.3 Ubicación

El Centro de Asistencia Social está ubicado en 7ª. Avenida 3-17 zona 9 Edificio Buonafina 3er. Nivel. Teléfonos de atención 2331-7001 y 2331-7101.

### 1.4 Organización



Fuente: Elaboración propia.

## 1.5 Programas establecidos

El Centro de Asistencia Social brinda los servicios de apoyo psicosocial y ayuda emocional a niños, adolescentes y adultos.

## 1.6 Visión

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

Nuestra misión es 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 Justificación de la Investigación

Tanto la dependencia emocional como la autoestima se vinculan en la historia de vida de cualquier individuo; porque empiezan a formar parte de la personalidad del individuo, es por eso que cuando la mujer empieza a desarrollar en sus primeros años de vida con las personas más significativa dependencia emocional comienza su auto desvalorización, provocándose en ella una gran necesidad de aprobación, aceptación y de afecto.

Según los estudios se observa que la violencia contra la mujer ha tenido un incremento en comparación de otros años, es por eso que se realizó este estudio de caso y se vio la necesidad de trabajar con mujeres y empoderarlas. En el caso de la paciente se puede decir que toda la



información ha sido de importancia para establecer tratamiento y una futura utilización en otros pacientes.

## **Capítulo 2**

### **Marco Teórico**

#### **2.1. Dependencia Emocional y violencia intrafamiliar**

Las cifras de violencia contra la mujer son alarmantes en Guatemala. En 2013 el Ministerio Público recibió 51 mil 525 denuncias por agresiones, de las cuales solo 1,330 llegaron a etapa de sentencia en el Organismo Judicial. Además, se considera que 8 de cada 10 mujeres sufrieron violencia física, psicológica, sexual y patrimonial, por parte de un compañero sentimental.

Las mujeres, las adolescentes y las niñas sufren maltrato en sus hogares, intimidación en la calle y acoso en internet. A escala mundial una de cada tres mujeres sufrirá violencia sexual o física en algún momento de su vida.

Para enfrentar este problema, actualmente se propone contar con estrategias efectivas de prevención; además de asistencia, refugios y consejo legal para las víctimas y sus hijos, mayor acceso a la justicia, asesoramiento y protección policial.

Lo anterior plantea un problema estadístico evolutivo, en un sector de la sociedad aún hoy en día muy vulnerable. Pero para efectos del presente estudio conviene analizar la estructura de origen que tiene la violencia intrafamiliar, específicamente en las mujeres, tomando como eje central la dependencia emocional. A continuación se presenta un esquema definitorio para el análisis y estudio de la Violencia Intrafamiliar:

- **Violencia:** Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte.

- Familia: La familia es el núcleo de la organización social donde convergen, por así decir, la naturaleza y la cultura; aquella como arreglo biológico en el orden de la reproducción de la especie y esta como arreglo histórico en el orden de la socialización humana.
- Violencia Intrafamiliar: La violencia intrafamiliar está definida por la ley guatemalteca como cualquier acción u omisión que cause daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o patrimonial, tanto en el ámbito público, como en el privado a todo integrante del grupo familiar y que sea causado por parientes, o convivientes o ex convivientes, cónyuge o ex cónyuge o con quien se haya procreado hijos o hijas.

## 2.2 Violencia intrafamiliar contra la mujer

### Antecedentes

Para Hurtado (2001) la violencia contra la mujer es la expresión brutal de la discriminación de género, tiene su origen en su espacio doméstico y se proyecta a la esfera pública. Oprime y controla a las mujeres en el único espacio tradicionalmente dominado por ellas: el hogar. Se da más hacia mujeres pobres y trabajadoras. Es un obstáculo para el logro de la igualdad, desarrollo y la paz. Es una violación a los derechos humanos y las libertades fundamentales de la mujer. La violencia contra la mujer se ha centrado en la familia, convirtiéndose en un problema social, pues sus efectos repercuten a todos los integrantes del hogar resultan afectados y al ser ese su ejemplo, repiten el patrón llegando a pensar que eso es lo normal para un modo de vida.

Una madre es la que provee de alimento y consuelo, es una persona vital y verla incapaz de darles protección y cuidados les hace sentir profundamente traicionados no solo por su madre, sino por el mundo. Estas mujeres transmiten desconfianza y una imagen devaluada ante sus hijos. Las personas que ejercen violencia tratan o intentan conseguir lo que desean de la otra persona por diversos métodos desde conseguirlo por las buenas, por medio de la lástima, la culpa o pasando al enfado. Si no logran lo que desean, utilizan amenazas, insultos y violencia física como golpes o muerte. Esto genera en la otra persona muchas sensaciones, emociones y sentimientos. Algo que

habitualmente expresan las personas que han sufrido violencia es la confusión de ideas, pérdida de control y miedo intenso.

Hace unas décadas los valores eran infranqueables. Los roles establecidos entre hombres y mujeres entraron en crisis. Las mujeres a partir del movimiento feminista, pusieron sobre la balanza el sometimiento social, físico y mental a la palabra del varón, hasta entonces incuestionable según informa Blanco (2004) Según Pascal (2012) las mujeres tienen la creencia que deben tener paciencia y aguantar porque no es bueno estar solas. Las creencias se convierten en un patrón de vida que no las deja cambiar.

### 2.2.1 Características de la mujer víctima de la violencia

Hay parejas en donde la violencia se establece progresivamente. Según Peralta (2009) la mujer se deja maltratar porque piensa que es la principal responsable del buen funcionamiento del matrimonio y de ella depende evitar conflictos y situaciones de violencia o de ruptura matrimonial. Sin embargo, muchas veces se llega a la ruptura, la última consecuencia de acuerdo con el autor.

### 2.2.2 Tipos de Ruptura

- Ruptura rápida: La mujer se va en cuanto aparecen las primeras manifestaciones de violencia. Tiene estudios necesarios para encontrar un trabajo. Tiene una buena autoestima. Cuenta con amigos y familiares. No tiene pasado familiar de violencia.
- Ruptura a disgustos: Se separa tras varios años de soportar violencia. Después de haber intentado salvar la relación siente menos culpabilidad, pues ha hecho todo lo que ella pensaba para salvar a su pareja. Este tipo de mujer ha buscado ayuda psiquiátrica, su decisión ha sido pensada y meditada. Ha evaluado que el precio del abuso es demasiado alto para ella y los niños por lo cual decide irse.
- Ruptura evolutiva: Abandona la relación y vuelve varias veces hasta que se convence de que es mejor afrontar el problema de una separación que soportar la tortura de semejante

relación. La violencia se añade a la dificultad de irse. Esta mujer tiene baja autoestima, no conoce los recursos, tiene dificultades económicas, pocas posibilidades de trabajar fuera de casa, es responsable de sus hijos y teme a la soledad. Se siente aislada.

### 2.2.3 Consecuencias de la violencia en la mujer

Según Prieto (2005) la mayor parte de violencia sufrida por mujeres y niñas procede de hombres a los que conocen y a menudo es ejercida en el seno de la familia y el hogar. Esta violencia tiene consecuencias físicas, sexuales y psicológicas, puede prolongarse por años y aumentar en intensidad hasta provocar la muerte. Las lesiones, el miedo y el estrés provocan problemas en la mujer desde artritis, dolores crónicos de cuello y espalda, complicaciones cardiovasculares, gastritis y dolores de cabeza, asegura el autor. Las conductas sexuales en este tipo de relaciones violentas representan un alto riesgo para el contagio de enfermedades de transmisión sexual y el sida. En las mujeres maltratadas los porcentajes de suicidio son altos, así como el consumo y abuso de determinadas sustancias como alcohol, drogas y algunos fármacos como antidepresivos y tranquilizantes.

Según Bonilla (2002), algunos rasgos de la mujer víctima de la violencia son:

- Depresión
- Miedo
- Baja autoestima
- Ansiedad
- Bajo rendimiento
- Cambio de conducta y de humores
- Trastornos alimenticios
- Daños físicos

Es esencial identificar cualquier tipo de estas actitudes para evitar que muchas mujeres más sufran de violencia contra la mujer y se llegue hasta el punto que por el mismo miedo que ellas mantienen se llegue a convertir en una dependencia emocional de la cual ya no puedan salir hasta llegar al femicidio.

## 2.3 Dependencia emocional

### Definición y Generalidades

La dependencia emocional es un problema tan frecuente como desconocido, y no solo entre la población, sino también entre psicólogos, psiquiatras, entre otros. Inexplicablemente no ha encontrado ubicación entre las diferentes clasificaciones internacionales de trastornos mentales y de la personalidad, como el DSM-IV-TR o la CIE-10, que utilizan los profesionales de la salud mental. Uno de los objetivos del presente estudio es exponer brevemente la dependencia emocional y justificar su inclusión en la dinámica de violencia intrafamiliar contra la mujer.

La dependencia emocional es una necesidad afectiva extrema y continua, que obliga a las personas que la padecen a satisfacerla en el ámbito de las relaciones de pareja; en consecuencia, gran parte de la vida de estas personas gira en torno al amor. Aunque este fenómeno puede aparecer puntualmente en la vida de un individuo (es decir, solo en una de sus relaciones), lo más normal es que sea una constante en él; por lo tanto, la mayor parte de sus relaciones de pareja presentarán un patrón característico regido por la mencionada necesidad afectiva extrema. Es importante destacar que esta dependencia o necesidad no debe ser de tipo material, económico o fundamentada en una minusvalía o indefensión personal del sujeto, sino que tiene que ser específicamente emocional para que se pueda hablar de este como fenómeno psicopatológico.

En principio, puede parecer que, aunque haya una necesidad amorosa mucho más fuerte de lo normal, la dependencia emocional no debería ser motivo de desadaptación, sufrimiento o insatisfacción. Nada más lejos de la realidad.

Los dependientes emocionales no dirigen sus demandas hacia cualquier persona, sino que se fijan en determinadas características que les resultan atractivas. En concreto, buscan personas egocéntricas, peculiares, seguras de sí mismas, dominantes y poco afectuosas para emparejarse con ellas.

Puede llamar la atención que este tipo de individuos sean los predilectos para unas personas que tienen unas demandas afectivas descomunales, pero es que precisamente se fijan en ellos porque los idealizan, los encumbran hasta extremos difíciles de imaginar, viendo prácticamente dioses o seres excepcionales donde solo hay sujetos que, muchas veces, hacen la vida imposible a sus parejas. Estos individuos son todo lo contrario que los dependientes emocionales, al menos en lo que a autoestima y valoración de sí mismos se refiere, de ahí la idealización incondicional que efectúan las personas con dependencia emocional.

### 2.3.1 Sintomatología

Los síntomas de la dependencia emocional son claros y fáciles de identificar, los siguientes pueden ser algunos de los más importantes:

- Baja autoestima: La cual se ve deteriorada en la relación de pareja.
- Miedo a la soledad: Les produce incomodidad, malestar e incluso ansiedad. No conciben la vida sin alguien a su lado. No les gusta la idea de estar a solas consigo mismos.
- Estado de ánimo disfórico: Sujeto al transcurso de la relación de pareja. Los trastornos más prevalentes, son la ansiedad y la depresión. Sentimientos negativos como culpa, preocupaciones y sensación de vacío que solo pueden llenar con la presencia de su pareja.
- Lugar prioritario de la relación: Anteponen su pareja al resto de familiares, amigos, obligaciones, entre otros. Dedicar su tiempo, esfuerzo e incluso pensamientos a la pareja, la cual es el centro de importancia, descuidando otros aspectos de su vida.
- Necesidad de acceso continuo al compañero: Que se puede traducir en urgencia por ver a la pareja o deseos de saber de ella, a través de llamadas telefónicas, correos, entre otros. Para el dependiente lo ideal sería pasar el mayor tiempo posible con su pareja. Esta

necesidad de acceso tan voraz del dependiente puede resultar agobiante e incómoda para su pareja.

- Auto anulación: Renuncian a ser ellos mismos, con el fin de agradar a su pareja. Pueden llegar incluso a aceptar realizar determinados actos que les parezcan denigrantes, o no les reporten ninguna satisfacción.
- Deseos de exclusividad: El dependiente deseará una exclusividad recíproca, donde el centro de la vida del otro sea él. No dudan en aislarse del resto del mundo para pasar más tiempo con su pareja.
- Necesidad de agradar: No solo a su entorno cercano, sino también a los desconocidos. Les preocupan las críticas y el rechazo del resto. Llevan a cabo comprobaciones para asegurarse que los demás les acepten.
- Déficit de habilidades sociales: No tienen un adecuado desarrollo de la asertividad. Sus conversaciones giran en torno al mono tema que constituye su relación de pareja.
- Ocupar un papel inferior en la relación de pareja: Esto no excluye que pueda suceder lo contrario, ya que también existe la dependencia emocional dominante.

El autor Fernando Savater en su libro “Ética para Amador”, profundiza en el análisis de la dependencia emocional haciendo alusión a la existencia de tres clases de imbéciles, siendo estos:

- Los imbéciles intelectuales, que son los que creen que no les da la cabeza para tomar decisiones y tienen que preguntarle a alguien más para tener seguridad de sus actos.
- Los imbéciles afectivos, son los que dependen todo el tiempo de alguien que les diga que los quiere.
- Los imbéciles morales, los más peligrosos, necesitan aprobación del afuera para tomar decisiones.



### 2.3.2 Dimensiones básicas de la dependencia emocional

Ansiedad por separación, temor al abandono, separación o distanciamiento. Expresión afectiva, inseguridad, necesidad de reafirmar el amor y los sentimientos. Modificación de planes, para el dependiente emocional su pareja es el centro de su vida. Miedo a la soledad, realizan cualquier actividad con tal de que su pareja este con ellos, incluso cosas que no les agradan.

Expresión limite, la posible ruptura puede ser algo tan catastrófico por su enfrentamiento con la soledad y la pérdida del sentido de vida, pueden llegar a la autoagresión en este caso intentos de suicidio. Búsqueda de atención de la pareja como enfermarse y buscar agradar en todo momento.

Las personas con dependencia emocional suelen sentirse responsables de otras personas, sienten ansiedad, lastima y culpa hacia otras personas. Se anticipan a las necesidades de otras personas, no saben que quieren o que necesitan, tratan de complacer a otros en vez de sí mismos. Se sienten seguros al dar a otros, se sienten atraídos por personas necesitadas y se comprometen en exceso.

Proviene de familias atribuladas, represoras o disfuncionales, se culpan por todo, rechazan cumplidos o halagos y temen al rechazo.

### 2.3.3 Fases de las relaciones de pareja de los dependientes emocionales

La dependencia emocional y su consecuencia en violencia intrafamiliar es un ciclo que no se termina hasta que la persona sana.

A continuación se presenta una línea evolutiva de las relaciones de parejas y el origen de un dependiente emocional.

- Euforia, comienzo de la relación sentimental.
- Subordinación, idealización de la pareja.

- Deterioro, desequilibrio extremo.
- Ruptura, Término de la relación.
- Relación de transición, pérdida de la relación, el duelo.

## 2.4 Miedo al abandono

El miedo al abandono es uno de los primeros que se experimenta cuando se es niño, la ausencia del padre o de la madre, (sobre todo de la madre en la cultura) marca la existencia.

De niños se es completamente dependiente, se necesita de los cuidadores para poder sobrevivir y si ellos se alejan se empieza a generar miedo.

En las parejas en donde hay miedo mientras uno hace conductas para que el otro no se aleje, este se aleja más, lo que hace más grande el miedo en el otro y hace conductas más fuertes o evidentes para que el otro no se vaya. Se convierte en un patrón en donde los dos contribuyen para que se dé ya que ambos se confirman lo que piensan del otro.

En esta parte ya no solo es el miedo al abandono, sino también a la soledad por un lado y por el otro a la relación conflictiva y a que se cumplan algunas amenazas. La relación se empieza a distorsionar ya que no se sabe si las conductas que tienen ambos miembros son por miedo o por amor.

Las conductas de dependencia, celos, rechazo, y alejamiento emocional son más frecuentes y con una mayor intensidad, más la persona las prefiere a sentirse abandonada, incluso le encuentra aspectos positivos a lo que está viviendo, minimizando los negativos y buscando que su pareja este a su lado a cualquier precio, ya sea por medio de la culpa o por víctimas.

### 2.4.1 Concepto de Miedo al Abandono

- Definición de Miedo: El miedo o temor es una emoción caracterizada por una intensa sensación desagradable provocada por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado. Es una emoción primaria que se deriva de la aversión natural al riesgo o la amenaza, y se manifiesta en todos los animales, lo que incluye al ser humano. La máxima expresión del miedo es el terror. Además el miedo está relacionado con la ansiedad.
- Definición de Abandono: Respecto a personas físicas, más estrictamente al distanciamiento físico de una persona sobre otra a su cargo, creando desamparo y desprotección de la misma.
- Definición de Miedo al Abandono: Es entonces el temor emocional a la separación o distanciamiento de una persona sobre otra.

### 2.4.2 El esquema de abandono en la vida adulta

Según Nicolás Moreno, los efectos de este esquema a lo largo de la vida pueden mostrarse en las siguientes manifestaciones:

- Fuerte inseguridad en las relaciones afectivas con un miedo excesivo e irracional acerca de la idea del abandono por parte de la pareja.
- Comportamientos defensivos ante la posibilidad de abandono: posesividad o dependencia excesiva sobre la pareja.
- Sobrevaloración e idealización de la pareja. Si el abandono de los padres ha hecho sentir al niño que es poco valioso, este de adulto va a sobrevalorar a la pareja que le haga caso. Los psicólogos, con frecuencia descubren junto a la idealización, un sentimiento infantil de no sentirse digno del afecto o amor de su pareja.
- Sentimientos de inferioridad en las relaciones afectivas. El sujeto cree que no es capaz de dar la talla en una relación sentimental y que más pronto que tarde será abandonado.

- Actitud derrotista y de fracaso por anticipado en cualquier relación. De ahí que una de las manifestaciones de este esquema es la de no comprometerse en las relaciones de pareja ya que el sujeto teme ser abandonado.
- Paradójicamente, el sujeto busca el emparejamiento con personas que favorecen la reviviscencia de los sentimientos de abandono. Pueden ser personas poco comprometidas, frías o infieles.

## 2.5 Apego

La teoría moderna del apego surge a partir del trabajo de los psiquiatras John Bowlby y Mary Ainsworth en el siglo XX. Ambos investigadores fueron influenciados por el psiquiatra austríaco y fundador del psicoanálisis Sigmund Freud. En uno de los primeros estudios empíricos de Bowlby, se examinó a 44 niños en la London Child Guidance Clinic que no podían enfrentar afecto y empatía.

En todos los casos, la falta de afecto estaba basada en la deprivación o abandono maternal. En los años 1950 Ainsworth se unió al equipo de investigación de Bowlby y juntos examinaron numerosos casos de abandono de niños y deprivación del afecto, que culmina en lo que se conoce como la "teoría del apego".

### 2.5.1 Definición

Según Ainsworth, el apego es un lazo de afecto fuerte que une a dos individuos emocionalmente y que continúa con el tiempo. La teoría del apego sostiene que estos lazos emocionales entre las personas son cruciales para el desarrollo mental, social y emocional saludable. El período de tiempo crucial para este desarrollo son los primeros seis años de la niñez. Para que se logre un desarrollo saludable de un niño, él y su cuidador deben formar un enlace en el cual el cuidador le ofrece un ambiente seguro al niño y le muestra afecto y apoyo emocional. Estos primeros apegos constituyen la base para las futuras relaciones interpersonales.

## 2.5.2 Apego al abandono

Las personas cuyo miedo al abandono se ha traducido en apego al abandono se alejan y evitan el afecto en sus relaciones así como también evitan mantener relaciones comprometidas. Generalmente prefieren sexo casual que no tiene ningún impacto emocional. El psiquiatra Paul Ciechanowski, de la University of Washington, afirma que las personas que temen ser abandonadas se alejan de todas las conexiones emocionales profundas con otros y corren riesgo de desarrollar enfermedades que ponen en peligro la vida. En un estudio, Ciechanowski y sus colegas descubrieron que los diabéticos que demostraban un estilo de apego al abandono tenían vidas significativamente más cortas que las personas diabéticas que no tenían miedo de llegar.

## 2.5.3 Ansiedad por apego

Las personas cuyo miedo al abandono se traduce en codependencia y miedo de que las parejas los dejen pueden ser renuentes a comenzar relaciones comprometidas a largo plazo, pero una vez que comienzan una, se unen profundamente a la otra persona y estarán excesivamente preocupadas por la posibilidad de que la relación se termine.

Según el psicólogo Chris Fraley, de la University of Illinois, las personas que temen al abandono están en sintonía con las expresiones emocionales de los otros. Fraley mostró cómo personas con diferentes estilos de apego reaccionan a cambios faciales y descubrió que las personas con ansiedad por apego eran intérpretes más exactos a la comunicación no verbal, pero solo cuando tenían el tiempo necesario para tomar una decisión.

## 2.5.4 Sintomatología del Apego

El apego puede adoptar varias formas:

- Preocupación excesiva por una situación.
- Obsesión constante hacia las personas.
- Dependencia Emocional.

- Tendencia a convertirse en rescatador de las personas alrededor.

En los adultos el apego se puede convertir en ansiedad por separación y esto a su vez evolucionar a un abandono emocional que origine violencia intrafamiliar contra la mujer.

## 2.6 La Culpa

La culpa hace conciencia de que algo se ha hecho mal para facilitar el intento de repararlo. Aunque a veces también hay culpabilidad sin razón.

El sentimiento de culpa es considerado como una emoción negativa que, si bien a nadie le gusta experimentar, lo cierto es que es necesaria para la correcta adaptación al entorno. Muchos autores coinciden en definir la culpa como un afecto doloroso que surge de la creencia o sensación de haber traspasado las normas éticas personales o sociales especialmente si se ha perjudicado a alguien.

La culpabilidad, por tanto, surge ante una falta que se ha cometido (o así se cree). Su función es hacer consciente al sujeto que ha hecho algo mal para facilitar los intentos de reparación. Su origen tiene que ver con el desarrollo de la conciencia moral, que se inicia en la infancia y que se ve influida por las diferencias individuales y las pautas educativas.

Existen personas que confunden esta emoción con la vergüenza, incrementando su malestar emocional, ya que al mezclar ambos sentimientos se retroalimentan entre sí. Mientras que la culpa aparece ante el dolor por el daño causado, la vergüenza se experimenta cuando se percibe con la falta de una habilidad o capacidad que se presumía se debería tener.

### 2.6.1 Radiografía de la culpa

Para entender la culpa hay que conocer cuáles son sus elementos:

- Acto causal, real o imaginario.
- Percepción y autovaloración negativa del acto por parte del sujeto, mala conciencia.
- Emoción negativa derivada de la culpa, remordimientos.

La combinación de estos elementos puede dar lugar a dos tipos de culpa:

- Culpabilidad sana o manifiesta: aparece como consecuencia un perjuicio real que ha causado a alguien. Su utilidad reside en ayudarnos a respetar las normas y a no perjudicar a los demás. La culpa funciona aquí como un castigo cuando no se cumplen.
- Culpabilidad mórbida: no ha existido ninguna falta objetiva que justifique dicho sentimiento. A diferencia de la anterior, este tipo de culpabilidad es destructiva y no ayuda a adaptarse al medio. Cuando la culpa no funciona bien (no cumple su función adaptativa) puede ocurrir por exceso (relacionada con alteraciones psicopatológicas como la depresión) o por defecto (asociada con elevados niveles de perfeccionismo).

### 2.7 Relaciones interpersonales

Tendencia a la exclusividad en las relaciones. Esto se da tanto en las relaciones de pareja como en las amistades de estas personas, sintiéndose más cómodos hablando con un único amigo que en un grupo numeroso de personas, en el que uno no tiene el suministro afectivo necesario y puede, paradójicamente, encontrarse más solo.

Esta exclusividad, dentro ya de las relaciones de pareja, da a entender que más que cariño hay necesidad hacia el otro, implica una cierta falta de construcción personal. Sintetizando esta característica, se puede afirmar que la relación ideal del dependiente con su pareja sería en forma de “burbuja”, que les aislara a ambos del entorno. Es preciso añadir que una cosa es la pretensión o el deseo del dependiente en este sentido, y otra bien distinta que la pareja esté por la labor de formar parte de esa “burbuja”.

**Prioridad:** Esta característica ilustra a la perfección la similitud con otras adicciones, ya que en ambos fenómenos es el objeto de la adicción lo que se convierte en el centro de la existencia del individuo, y todo lo demás queda al margen. La pareja del dependiente emocional ocupa continuamente su pensamiento, sus sentimientos y su comportamiento, descuidándose así aspectos como trabajo, hijos, familia, amigos, aficiones personales. La otra persona es siempre la máxima prioridad para el dependiente, haciendo este cualquier cosa para mantener la relación.

**Deseo de acceso constante hacia sus parejas:** De igual forma que sucede en otras adicciones, y como consecuencia de las características anteriores, el dependiente quiere tener el mayor contacto posible con su pareja. Así, están continuamente con ellas como si de una simbiosis se tratara, con la correspondiente reacción de agobio por parte de los compañeros. También quieren saber continuamente dónde están, qué hacen, les llaman una y otra vez al trabajo, les mandan mensajes de texto al móvil, entre otros., siempre y cuando la pareja se lo permita. Este deseo de acceso constante es muy superior al normal en cualquier pareja, y es todavía más llamativo cuando esta es un auténtico desastre y un tormento para el dependiente emocional.

**Subordinación en las relaciones de pareja.** Es un medio para preservar la relación a toda costa, algo que los dependientes (por su baja autoestima y la idealización del compañero) hacen muy bien y que es atrayente para sus parejas por el suministro narcisista que les proporciona.



Las relaciones de pareja de los dependientes emocionales son marcadamente asimétricas desequilibradas.

Pánico ante la ruptura y gran posibilidad de tener trastornos mentales en caso de que se produzca. De hecho, uno de los motivos principales de consulta de los dependientes emocionales es el padecimiento de una psicopatología (generalmente, un episodio depresivo mayor) tras una ruptura. Esta ruptura se puede producir con una persona que ha hecho la vida imposible o que incluso ha maltratado al dependiente emocional. En estos casos, el dependiente emocional no deja de recordar a un toxicómano en pleno “síndrome de abstinencia”; es más, son muy frecuentes la negación de dicha ruptura y los continuos intentos y exhortaciones para reanudar la relación, en línea con la exclusividad y el parasitismo.

Es necesario añadir que esta tormenta emocional amaina milagrosamente si aparece otra persona que cubra las necesidades afectivas del dependiente, y puede suceder que la ruptura se produzca cuando se tiene ya otra relación. La diferencia con personas “normales” es que estas suelen guardar un periodo que podría calificar como de duelo tras una ruptura amorosa, período en el que no se tienen muchas ganas de tener a otra persona porque la anterior todavía ocupa un lugar privilegiado.

## **Capítulo 3**

### **Marco Metodológico**

#### **3.1 Planteamiento del problema**

La dependencia emocional Castelló (2005) Una necesidad afectiva fuerte que una persona siente hacia otra a lo largo de sus diferentes relaciones de pareja”. Es “un patrón de necesidades emocionales insatisfechas desde la niñez, que ahora de mayores se busca satisfacer, mediante la búsqueda de relaciones interpersonales muy estrechas.

La dependencia emocional es la necesidad de carácter afectivo que una persona siente hacia su pareja con el fin de complacerla en todo momento, las personas que sufren violencia intrafamiliar tiende a tener un apego hacia lo que las rodea, son sumisas con tal de no estar solas en ningún momento.

A continuación se presenta en el caso de estudio la problemática del mismo, en el cual se cambió por seguridad el nombre del paciente y del núcleo familiar.

El caso clínico atendido en CAS, se recibió a la paciente M para proceso terapéutico, la cual llegó a la clínica por propia iniciativa. Esto debido a que la paciente se encontraba en una depresión profunda y presentaba sentimientos de suicidio resultado de relaciones sentimentales tóxicas de su esposo y amante. Su principal agresor es su esposo quien la anuló como mujer desde hace veinte años ejerciendo violencia física y verbal.

M. tuvo una infancia complicada, su padre la abandonó desde su nacimiento y la madre tuvo que trabajar para mantenerla por esa razón la dejó a cargo de unas tías, en donde sufrió abuso sexual de parte de un familiar.

Fue una niña insegura y ansiosa, conoció a su padre a los 22 años y no quiso volver a saber nada de él, tiene dos hermanos que la han manipulado verbalmente. Su esposo siempre la trató con palabras agresivas, le dice que es tonta, que no sirve como mujer, le pide favores sexuales a cambio de comprarle ropa o lo que ella necesite, el tema central de la terapia fue “Dependencia Emocional” y los efectos y consecuencias que estas tenían en la persona que la padecía.

Es importante mencionar que la paciente en la actualidad se encuentra en proceso de separación con el conyugue. A través del proceso terapéutico, M. logró un avance significativo en sus relaciones sentimentales de apego y de dependencia. La problemática se vio evidenciada en el caso de estudio atendido en el cual la paciente se vio expuesta a violencia física y verbal.

Este estudio pretendió investigar como la violencia intrafamiliar influyo de manera negativa provocando daño psicológico, en la paciente atendida en CAS.

## 3.2 Pregunta de investigación

¿Cómo provoca la dependencia emocional a una mujer de 44 años que ha sufrido violencia intrafamiliar?

## 3.3 Objetivos

### 3.3.1 Objetivo general

Demostrar cómo se relaciona la dependencia emocional a la violencia intrafamiliar en el caso de una mujer de 44 años.

### 3.3.2 Objetivos específicos

- Identificar que rasgos característicos del abandono están presentes en una mujer de 44 años que sufre dependencia emocional.
- Comprobar el apego en una mujer de 44 años que sufre dependencia emocional.
- Definir los sentimientos de culpa en una mujer de 44 años que sufre dependencia emocional.

### 3.4 Alcances y límites

Este estudio de caso se enfocó en describir los rasgos de la dependencia emocional en una mujer que sufre violencia intrafamiliar, existieron alcances y limitaciones debido a que es un tema complejo, los alcances que se obtuvieron fueron:

- Se amplió el tema de dependencia emocional debido a diferentes causas.
- Se obtuvo acceso a ver la incidencia de los indicadores de dependencia emocional.

En CAS, las dificultades fueron de parte de la paciente, pues se ausentó del proceso dos meses, luego retomó el proceso, de parte de la institución existió apoyo y asesoría por parte de la coordinadora.

### 3.5 Metodología

La presente investigación se dio como parte de la asignatura de Sistematización de Práctica Profesional Dirigida, del quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social. La investigación tomó como modelo metodológico el estudio de un caso. Se seleccionó una paciente que llegó a la institución a buscar ayuda psicológica debido a la violencia intrafamiliar que sufría por parte de su conyugue. Por otra parte la investigación se basó en las estadísticas anuales de Violencia Intrafamiliar basadas en el Instituto de Estadísticas Guatemala. (INE).

Este estudio de caso se realizó con una mujer de 44 años que sufre dependencia emocional por violencia intrafamiliar que asistió al Centro de Atención Psicológica de la Universidad Panamericana.

Para fines de este estudio de caso, la recolección de datos se realizó a través de la entrevista clínica, se aplicó el examen mental y por último se realizó el genograma en donde se observó la dinámica familiar.

La entrevista para este caso fue realizado por el terapeuta. Luego se aplicó Test de pruebas proyectivas en donde evidenció baja autoestima y sentimiento de inferioridad.

Se aplicó las siguientes pruebas:

- Test de depresión BDI-II
- Escala de riesgo suicida de Plutchik
- Test de Auto diagnóstico de codependencia

En donde se pretendió establecer si existen rasgos de dependencia emocional, así como también identificar los indicadores que las conlleva a la dependencia emocional.

## Capítulo 4

### Presentación de Resultados

#### 4.1. Sistematización del Estudio de Caso

##### I. Datos generales

Nombre:	AC
Sexo:	femenino
Fecha de nacimiento:	12/06/1972
Edad:	44 años
Estado civil:	casada
Escolaridad:	Perito Contador
Profesión:	Contadora
Ocupación:	

##### II. Motivo de consulta

La paciente refiere “me siento con muy baja estima y temor de decir lo que quiero, pienso y siento de los demás”.

##### III. Historia del problema actual

La paciente refiere que sufre violencia física y verbal de parte de su esposo con el que lleva 20 años de casada y lleva una relación de 23 años con su amante, esta relación inició antes de casarse ella con su esposo, las dos parejas tienen un carácter parecido por esa razón ella ha intentado quitarse la vida tres veces.

La paciente refiere que la ansiedad ha empeorado su salud, y la presencia de un estado emocional vulnerable continuo, así como los sentimientos de desesperanza y falta de interés en su vida y los pensamientos suicidas la llevaron al límite, por esa razón decidió buscar ayuda profesional.

Ante esta situación la paciente presenta sentimientos de desvalorización, tristeza, inseguridad, frustración y miedo. Manifiesta que su situación ha afectado la relación con su esposo y sus hijos. Refiere que en su trabajo por su estado emocional, ya no tiene el mismo rendimiento en sus actividades.

#### IV. Historia Clínica

Primer embarazo de la madre. Completó el período de 9 meses de gestación. El padre la rechazó desde que nació y la abandonó, dejándola al cuidado únicamente de su madre.

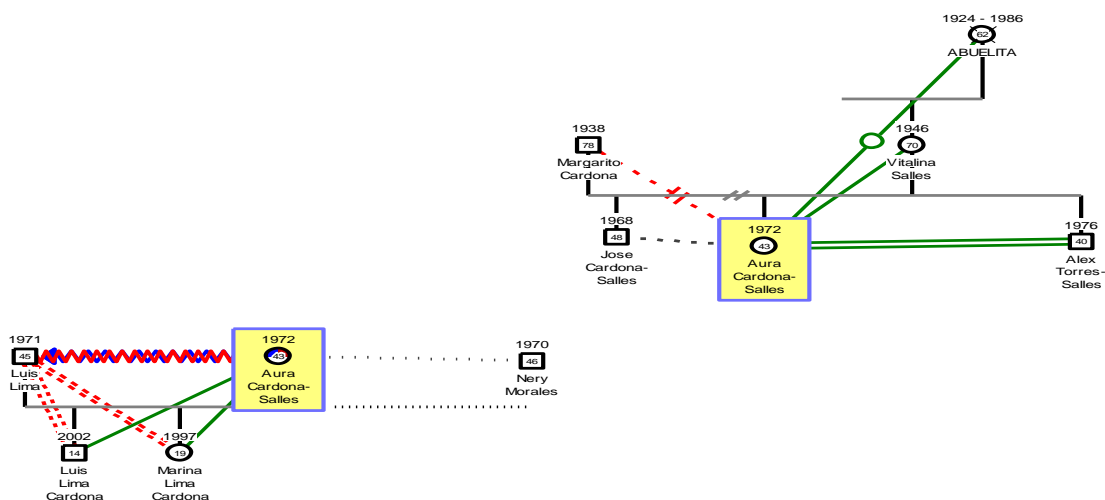
La paciente nació en su casa, según refiere la madre de la misma y fue parto normal.

La paciente refiere que fue una alumna muy dedicada y responsable. Siempre estuvo en el cuadro de honor. Se considera una persona poco sociable. La paciente refiere que se ha dedicado a trabajar desde adolescente lo cual ha continuado de la misma forma, formó su hogar y se ha dedicado a su familia. Aun trabajó ayudando a sus tías a hacer comida en su adolescencia, a los 20 años trabajó en el Hospital Bella Aurora en contabilidad, luego se casó y el esposo le indicó que no debía trabajar, aun así trabajó 2 años en contabilidad en el colegio de sus hijos, actualmente trabaja en una empresa familiar, es un depósito dental.

La paciente tuvo su primera relación sexual a los 22 años con su primer novio. Conoció a su esposo en el trabajo y fueron novios 2 años, se casó a los 24 años.

## V. Historia familiar

### Genograma



- Estructura familiar

La familia nuclear está constituida por la paciente, Aura Marina, su esposo, Luis, de 51 años, su hija mayor, Marina, de 19 años y Luis de 14 años. Los miembros anteriormente mencionados viven juntos. Aura Marina refiere que tiene una relación conflictiva y en ocasiones distante con su esposo, con frecuencia no tienen comunicación. Indica llevarse bien con sus hijos. La situación socioeconómica de la familia es baja. La vivienda es una casa bastante sencilla y únicamente con dos ambientes.

- Antecedentes familiares

Referente a los padres de Aura Marina, la relación es totalmente distante con el padre y de confianza con la madre. Refiere que su padre abandonó a su madre, a quien le tocó mantener económicamente el hogar por la ausencia del apoyo del padre. Al padre lo ha visto únicamente dos veces en su vida, la relación con él es distante y apática. Con su madre, la relación es en armonía aunque no la ve por prohibición del esposo, Aura siente enojo por esa situación. Aura



refiere que desde pequeña estuvo al cuidado de su abuela, y luego de sus tías, por todo lo anterior, la paciente formó una relación estrecha con su abuela, quien tomó el rol materno.

Aura Marina evidencia mucha tristeza cuando habla de su abuela, la tristeza la lleva a llorar intensamente reflejando este sentimiento. Con su hermano Alex, la paciente tiene una relación estrecha. Aura Marina refiere que con el hermano mayor ha tenido mucho conflicto.

## VI. Examen del estado mental

Aspecto general y conducta, la paciente se observó con un atuendo normal a la situación, higiene corporal adecuada, la mirada y expresión eran acordes al relato, su postura era hostil, la conducta era ansiosa e insegura.

Del lenguaje, en los aspectos cuantitativos, habla excesiva, no tuvo incongruencia en su relato.

El estado de ánimo y afecto, se observó a la paciente con ánimo bajo y triste.

Contenido del pensamiento, la paciente presento ideas suicidas.

Funciones del sensorio, la paciente se encuentra orientada en tiempo, persona, lugar y situación.

La memoria y aprendizaje son adecuados, atención y concentración.

## VII. Resultados de las pruebas

**Cuadro 1**  
**Pruebas e Instrumentos aplicados**

PRUEBAS E INSTRUMENTOS APLICADOS	FECHA DE APLICACIÓN
1. PRUEBA PROYECTIVA DEL ARBOL Y PRUEBA PROYECTIVA DE LA FAMILIA	04/04/16
2. TEST DE DEPRESION BDI-II	11/04/16
3. ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIC	11/04/16
4. PRUEBA PROYECTIVA PERSONA BAJO LA LLUVIA	11/04/16
5. TEST DE CODEPENDENCIA	11/04/16
6. TEST DE LA FIGURA HUMANA	18/04/16
	18/04/16

Fuente: Elaboración propia, diciembre 2016.

### Codependencia

La paciente refiere no poder tomar decisiones por ella misma, tiene un porcentaje alto de codependencia. Obtuvo un total de 32 puntos, tiene un alto porcentaje de codependencia. La codependencia se define como el ciclo de patrones de conducta y pensamientos disfuncionales que producen dolor y que se repiten de manera compulsiva como respuestas a una relación enferma y alienante, con un adicto activo o en una situación de toxicidad relacional.

La paciente refiere sentirse confundida, desamparada, busca la aprobación de otras personas por su conducta o decisiones, permite abusos físicos y verbales de parte de su esposo, evita confrontaciones, cree que no tiene fuerzas para seguir adelante, ha pesado en el suicidio como

escape de un problema, le resulta difícil comunicar a otros sus deseos o necesidades, se ve como alguien sin valor y no digna de recibir amor.

#### Test de Depresión

Obtuvo un total de 40 puntos, grado de depresión alto. La gravedad de su depresión es muy alta, se puede considerar que se encuentra en una situación de riesgo, especialmente si en los últimos días ha tenido ideas o pensamientos de hacerse daño.

#### Escala de Riesgo Suicida

En la escala de 15 ítems, obtuvo 10 respuestas positivas.

Compatible con un estado de ánimo depresivo severo, existe alto riesgo de suicidio por lo que es recomendable tratar la depresión y prevenir el suicidio.

La paciente expresa sentimientos de desesperanza, tristeza y desvalorización continuamente.

#### Test proyectivo de la figura humano:

La prueba muestra delicadeza de sentimientos, sensibilidad, aspectos femeninos, timidez e inhibición de instintos, se observa retraimiento en sí mismo, por otro lado hay expansión vital y extroversión y una fuerte tendencia a responder de manera agresiva, hostil y expansiva ante las presiones del ambiente. Se observa también en los resultados impulsividad, egocentrismo, inmadurez y controles internos deficientes.

La prueba proyecta instintos primordiales de conservación de vida, esto se puede asociar con depresión, apatía y desvalimiento. Se evidencia en la prueba intensa angustia e inseguridad por inestabilidad, por no tener donde pararse, además se observa personalidad pobremente integrada, coordinación escasa y necesidades orales e incorporativas; también se evidencia regresión debida a serias perturbaciones emocionales.

Se proyecta repetidamente en la prueba una seria dificultad para conectarse con el mundo y perturbación en las relaciones con otros, esto podría relacionarse con sentimientos de inadecuación, inseguridad y pobre concepto de sí mismo y una fuerte necesidad de aprobación

que también se observa en los resultados. A la vez esto podría relacionarse con la percepción de ser distinto, de ver las cosas fuera de foco, en otras palabras, de no ver el mundo como lo demás y de cierta tendencia a la rebeldía. Los resultados muestran ambivalencia de sentimientos hacia la figura femenina pues se evidencia, valorización y a la vez desvalorización de la misma; hay también desvalorización de miembros de familia. Por último la prueba evidencia contacto con la realidad, con lo concreto y lo sólido, dinamismo, imaginación y espontaneidad.

#### Test del árbol

La prueba proyecta que la paciente se enfoca hacia el pasado, el yo, lo que fue y a la vez se enfoca en lo espiritual.

Hay calma y mucha inseguridad, existe desarraigo, falta de estabilidad, sociabilidad, dulzura, contacto fuerte, se observa en los resultados una actitud defensiva, actitud de hacer un gran esfuerzo por causar buena impresión ante los demás, así como inseguridad y carácter cambiante.

#### Test de la familia

En el dibujo de la prueba proyectiva de la familia se observa la violencia que se vive a diario, la timidez, la inestabilidad, personalidad pobremente integrada, la paciente le teme al sexo opuesto. Hay agresividad entre los miembros, sentimientos de inseguridad y desvalimiento.

#### Test de persona bajo la lluvia

La prueba proyecta que la paciente tiene sentimientos de inferioridad, es tímida, se auto desvaloriza, es dependiente, inadecuada percepción de sí misma. Se observa que está enfocada en su pasado, pesimista, depresión y agotamiento. Así mismo le cuesta tomar decisiones y se siente amenazada con su entorno, no tiene libertad para actuar, tiene conflictos sin resolver, se miente a ella misma, actúa con inmadurez emocional, tiene un cuadro clínico de depresión, agresión, sentimientos de culpa y deseo de independencia.

## VIII. Impresión Diagnóstica

Aura Marina es una persona que manifiesta perturbación y tensión debido a problemas del ambiente que le dificultan superarse, así como también la propia incapacidad para lograr esta superación. La paciente percibe falta de apoyo significativa, especialmente desde que su abuela falleció y ante esto se siente deprimida, sola e impotente para afrontar los conflictos. Se siente insatisfecha con la vida y con el hecho de no cumplir en una forma satisfactoria su rol como mujer independiente. Le preocupa no tener energía para actuar. Básicamente resiente la falta de apoyo de su padre en su vida. Se observa también conflicto en la relación conyugal, se proyecta desesperanza, falta de apoyo y comprensión, duda y temores respecto a la misma. También le produce conflicto la separación de personas significativas y la propia culpa, ambas situaciones le provocan desesperación y abatimiento.

Esto le ha causado perturbación en sus relaciones interpersonales, especialmente en las relaciones de pareja. También presenta diversos malestares físicos que pueden catalogarse como psicosomáticos ya que no hay una base médica que los sustente; por lo mismo, evidencia ansiedad provocada por la salud y las funciones corporales. Lo anterior es expresado ampliamente por la paciente durante el proceso; por la violencia física, verbal y sexual de parte del esposo se hacen más evidentes los sentimientos de culpabilidad, impotencia y depresión ya mencionados.

La paciente muestra personalidad pobremente integrada, regresión debida a serias perturbaciones emocionales y autoimagen inadecuada. En esa búsqueda por superar el sentimiento de inferioridad y esa imagen pobre e inadecuada que posee de sí mismo, busca compensar afectivamente la inseguridad interior; evidencia inmadurez y una tendencia a responder de manera sumisa ante todos.

Se muestra indecisa, insegura y ansiosa en las relaciones interpersonales, esto podría relacionarse con una seria dificultad para conectarse con el mundo y perturbación en las relaciones con otros que se proyectó repetidamente en las pruebas. En la relación con su familia muestra distancia

emocional entre ella y su esposo también con su relación extramarital, las relaciones la tienen agotada.

## IX. Evaluación según DSM-5

La paciente cumple con los siguientes criterios

300.4 (F34.1) Trastorno Depresivo Persistente (distimia)

Criterios:

A) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.

B) Presencia de dos o más síntomas:

1. Baja autoestima.

2. Dificultad para tomar decisiones.

3. Sentimientos de desesperanza.

C) Durante el periodo de dos años de la alteración, la paciente nunca ha estado sin los síntomas A y B.

Especificar con: Ansiedad

Dos o más de los siguientes síntomas:

1. Se siente nerviosa o tensa.

2. Dificultad para concentrarse.

3. Miedo a que ocurra algo terrible.

4. El individuo siente que puede perder el control de sí mismo.

Gravedad Actual:

Grave: cuatro o cinco síntomas con agitación motora.

Inicio Tardío: el inicio es a partir de los 21 años.

### 301.6 Trastorno de la Personalidad Dependiente

Criterios:

1. Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la reafirmación excesiva de otras personas.
2. Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación.
3. Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.
4. Siente una preocupación no realista por el miedo a que la abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

### X. Recomendaciones terapéuticas para el caso

1. Se recomienda que la paciente inicie un proceso terapéutico basado en técnicas Cognitivo Conductual para establecer acciones más constructivas en sus relaciones interpersonales, esto a través del conocimiento de los principios de este enfoque y especialmente, de la formas de interacción de los tres estados del yo. Este trabajo ayudaría a disminuir de manera significativa el malestar que experimenta en la actualidad en las mismas.
2. Se recomienda combinar algunas técnicas Gestalt vivenciales para conectar al paciente con su presente y con sus emociones. Con estas técnicas se trabajaría especialmente la depresión, la ansiedad, la frustración, la inseguridad, la culpa y el resentimiento que Aura Marina maneja en el momento presente y que le provocan estrés significativo e incapacidad para actuar eficientemente en sus diferentes roles.
3. Se trabajara logoterapia, especialmente el Análisis existencial.
4. Referir a un Psiquiatra por los síntomas de depresión.

## XI. Plan terapéutico

El Análisis Existencial, es una teoría de psicoterapia centrada en la persona y su objetivo es orientar a la persona mental y emocionalmente, el Análisis Existencial se puede aplicar en casos de desórdenes psicosociales, psicosomáticos y psicológicos, tanto experienciales como conductuales. La escucha empática del terapeuta contribuye en las emociones del paciente. El análisis Existencial es una psicoterapia para el tratamiento de problemas y trastornos psíquicos tales como: Angustias, depresiones, adicciones, entre otras.

El objetivo del Análisis Existencial: ayudar al ser humano a encontrar una forma de vivir donde pueda dar su aprobación interior a su propio actuar. El ser humano no sólo es un interrogador y un desafiante; en la comprensión existencial el ser humano está verdaderamente ahí para, antes sus preguntas vitales, encontrar sus respuestas, responder a su vida en libertad.

### Desarrollo del Análisis Existencial

El Análisis Existencial se funda sobre la antropología de M. Scheler y V. Frankl. Como método psicoterapéutico el Análisis Existencial fue desarrollado en los años 80 y 90 en el marco de la Sociedad de Logoterapia y Análisis Existencial (Viena), particularmente por A. Längle.

### Las 4 motivaciones

El Análisis Existencial ha distinguido otras tres motivaciones existenciales (o personales) que preceden a la motivación por el sentido y que mueven al ser humano profunda y constantemente:

1ª MF: Al ser humano lo moviliza la pregunta fundamental de la existencia: Yo soy – pero ¿puedo ser y estar (como persona total)? ¿Tengo el suficiente espacio, protección y sostén? La carencia de esto conduce a la ansiedad (angustia), la paciente es muy ansiosa, no se siente aceptada.



2ªMF: Al ser humano lo moviliza la pregunta fundamental de la existencia: Yo estoy vivo – pero ¿me gusta vivir? ¿Experimento plenitud, afecto y aprecio por aquello que tiene valor en mi vida? La dedicación requiere sentir lo valioso en la propia vida. Este valor fundamental consiste en un profundo darse cuenta de que es bueno existir (“que yo soy y estoy aquí”).- La carencia de esto conduce a la depresión. La paciente siente constante desesperanza, falta de motivación.

3MF: Al ser humano lo moviliza la pregunta fundamental de la existencia: Yo estoy aquí – pero ¿para qué es bueno? ¿Qué puedo hacer hoy, para que mi vida sea parte de una totalidad con sentido? – ¿Para qué vivo?- Carencias en este nivel conducen a las adicciones y la dependencia. La paciente es codependiente de su esposo.

### Terapia Cognitivo-Conductual

La terapia cognitiva, de Beck, A.T. Beck desarrolló la terapia cognitiva, aplicándola primero a la depresión, luego a los trastornos de ansiedad y, posteriormente, a muchas otras áreas, incluidos los trastornos de personalidad. La teoría subyacente a la terapia cognitiva afirma que las cogniciones, las emociones y las conductas son interdependientes. El sesgo atribucional es la fuente principal de la emoción y de la conducta disfuncionales en los adultos. La terapia actúa cuando se han identificado y revisado los elementos cognitivos del proceso.

En particular, las interpretaciones erróneas o distorsiones cognitivas de los acontecimientos son corregidas por el trabajo conjunto de paciente y terapeuta durante una relación de colaboración (Wessler, 1993). Las distorsiones cognitivas se relacionan con los esquemas cognitivos: «El modelo de terapia cognitiva plantea la tesis de que importantes estructuras cognitivas están organizadas en categorías y jerárquicamente. Los esquemas proporcionan las instrucciones que guían el objetivo, la dirección y las cualidades de la vida diaria y de las contingencias especiales» (Beck y Freeman, 1990: 4). Un esquema es una estructura inferida y constituye el concepto clave en la explicación de Beck sobre la personalidad y los trastornos de personalidad.

El trastorno de la personalidad por dependencia (TPD) Este trastorno se caracteriza por una necesidad excesiva y general de ser cuidado, lo que conduce a una conducta pegajosa y de sumisión y a temores de separación. Los sujetos con un TPD son incapaces de tomar decisiones cotidianas sin una cantidad exagerada de consejos por parte de los demás, necesitan que los otros asuman la responsabilidad en las áreas más importantes de sus vidas, les es difícil expresar desacuerdo ante otras personas por temor a perder su apoyo o aprobación, no son capaces de iniciar proyectos o hacer cosas por propia iniciativa y se esfuerzan en exceso para obtener cuidado y apoyo por parte de los demás.

Además, los pacientes con un TPD se sienten incómodos o indefensos cuando están solos debido al temor de ser incapaces de cuidarse de sí mismos, buscan urgentemente otra relación como fuente de apoyo cuando termina una relación íntima y están preocupados de forma poco realista por el temor de que le abandonen y tenga que cuidarse de sí mismo (APA, 1994). Los sujetos con un TPD evitan puestos de responsabilidad, no les gusta el liderazgo y prefieren ser sumisos. Su comportamiento se caracteriza por pesimismo, dudas sobre uno mismo, pasividad y miedos a expresar sentimientos agresivos. Sus necesidades son las de los demás, es feliz si los otros son felices, se entrega al cuidado de los demás y eso es lo que le da sentido a su vida.

## XII. Perspectiva terapéutica

La comunicación profesional - cliente ha de ser clara, directa y oportuna a la situación. Por ejemplo en la terapia ningún nivel está excluido, ni el emocional, ni el racional, ni el de los valores personales. Tampoco está excluida ningún área del comportamiento del foco de la terapia, ni la intrapsíquica (lo que pasa en la mente del ser humano), ni la corporal (lo que pasa dentro o en el cuerpo), ni la conductual (el comportamiento), ni la relacional, ni la social. El lenguaje es sencillo, claro, expresivo, la jerga es limitada y compartida por el terapeuta y el cliente.

El Análisis Existencial es un método contractual.

"Un contrato es un acuerdo Adulto con uno mismo o con otra persona para realizar un cambio."

El contrato orienta y guía el trabajo con Análisis Existencial. Supone un objetivo que el cliente desea alcanzar, una meta de cambio. Ayudar al paciente a encontrar una forma de vivir donde pueda dar su aprobación interior a su propio actuar (vivir afirmativamente).

El trabajo es dirigido hacia una vivencia libre (espiritual-emocional), hacia tomas de posición auténtica y hacia una relación autorresponsable con la vida propia y el mundo.

Además el contrato supone un compromiso en las dos direcciones. El cliente se compromete a resolver sus problemas para alcanzar su objetivo, y el Analista Existencial se compromete a proporcionar al cliente el espacio y el tiempo adecuado para que realice el cambio, además pone a disposición del cliente sus conocimientos y habilidades con el fin de que el cliente las use para resolver problemas.

Se aplicarán técnicas de cambio de conductas y pensamientos irracionales, con la Terapia Cognitivo- Conductual. (autoregistros).

El tiempo estimado de la terapia es de 2 meses, aproximadamente 11 sesiones, teniendo una sesión por semana de 50 minutos.

**Cuadro 2**  
**Presentación del Plan Terapéutico**

Problema Clínico	Objetivo	Tipo de intervención y técnica	Observaciones y duración
Dependencia emocional.	Empoderar a la paciente, haciendo cambios en su forma de pensar y actuar.	Se utilizarán técnicas conductuales que se enfocarán en sus relaciones conyugales.	Estas técnicas serán aplicadas en 3 sesiones.
Sentido de vida	Orientar a la paciente a una vida construida con pleno sentido, en libertad, fidelidad a sí mismo y responsabilidad.	Se utilizarán técnicas de logoterapia para encontrar sentido a su vida.	Dichas técnicas se presentarán en 2 sesiones.
El perdón	Conducir a la paciente a sanar heridas del pasado personas que quizás ya no pueda resolver conflictos.	Técnicas gestálticas de tipo vivencial y experimento para lograr contacto y conocimiento de las propias emociones	Dichas técnicas se harán en 2 sesiones.
Conductas depresivas	Tratar los componentes cognitivos, afectivos, motivacionales, conductuales y fisiológicos que conforman el síntoma.	Técnicas conductuales y gestálticas.	Dichas técnicas se harán en 3 sesiones.
Pensamientos irracionales	Detección y modificación de los pensamientos automáticos como productos de distorsiones cognitivas.	Técnicas conductuales, autor registros.	Dichas técnicas se harán 2 sesiones

**Cuadro 3**  
**Objetivos, Técnicas, Recursos**

Objetivo	Técnica Cognitivo-conductual	Recursos
Que la paciente identifique sus emociones en las diferentes situaciones.	Técnica Auto registro: Los auto registros son herramientas que sirven para identificar nuestros propios pensamientos, o darnos cuenta de lo que pasa en nuestra mente para poder modificarlos, cuando se detecta un pensamiento corto atrás de ese hay muchas ideas o información que se resuelven con otras preguntas. Los autos registros son necesarios para procesar un cambio.	Material de información y formatos de ejercicios para tarea.
Que el paciente pueda diferenciar los pensamientos automáticos de sus creencias.	Técnica de Introspección: Un punto importante y necesario de aclarar es que al tener pensamiento más racionales no significa que no tendremos tristeza, enojo, miedo o frustración, ya que estos sentimientos son parte del ser humano la finalidad no es eliminarlos sino enfrentarlos y evitar sentimientos negativos innecesarios que provengan de pensamientos irracionales.	Hoja de papel, Marcadores, hoja de formato para realizar el ejercicio como tarea de la casa.
Logra que la paciente reconozca sus virtudes y cualidades.	Técnica de Autorrealización: A través de información otorgada por la paciente de su niñez, adolescencia y adultez recuerde eventos positivos y negativos y exponga la forma de cómo los supero.	Hojas en blanco Marcadores.
Que la paciente logre visualizar un plan de vida positivo.	Técnica plan de vida: A través de ejercicios trabajar con el paciente las diferentes áreas de su vida para que así logre estructurar su plan de vida.	Hojas de formato, marcadores de colores.
Que la paciente sane las heridas de las ofensas recibidas durante años.	Técnica de cofrecito: A través de frases negativas dadas durante el proceso de terapia, cambiarlas por positivas.	Bote Papelitos con frases
Objetivo	Logoterapia	Recursos
Que la paciente llegue al	Técnica Sócrático:	Preguntas que conducen al

autoconocimiento.	El dialogo socrático es la herramienta de apoyo más útil y la que se usa con más frecuencia, nos ayuda a llevar a cabo el acceso al camino espiritual.	autoconocimiento.
Que la paciente comprenda que no se puede cambiar nuestro pasado.	Técnica de-reflexión:  Los hechos son incambiables no se pueden cambiar los hechos pero si la forma de verlos.	Hacer un listado de situaciones en las que te sientes sin solución o en conflicto.

Objetivo	Técnicas Gestálticas	Recursos
Aprender la diferencia entre la culpa y responsabilidad y reconocer otras emociones responsabilizándose de ellas.	Técnica Expresiva Psicodrama:  Dramatizar situaciones en donde hay enfoque en la culpa y responsabilidad.  Técnica Supresiva Awareness:  Practicar el “me doy cuenta de... a través de situaciones concretas.	Fichas con diferentes situaciones que se enfocan en la culpa.  Marcadores.
Que la paciente pueda lograr perdonar a las personas que la dañaron.	Técnica integrativa: silla vacía  Técnica utilizada para trabajar un evento traumático y presentar una situación perturbadora en la vida de la persona, han bloqueado su sano desarrollo y crecimiento personal, otra causa sería una persona ausente.	Dos sillas una frente a otra.
Que la paciente pueda	Técnica integrativa: la carta	Hojas de papel y lapicero.

expresar sus sentimientos hacia alguien que la daño.	Técnica utilizada para trabajar cualquier sentimiento negativo para alguien que causo algún sufrimiento.	Fósforos.
Que la paciente mejore su autoestima.	Técnica del espejo:  Es una técnica para mejorar tu auto concepto y autoestima, está basada en la observación personal de cada uno frente al espejo, así como en la que realiza el entorno en el que nos desarrollamos	Espejo Paciente-terapeuta
CIERRE DE PROCESO		Se realizará la técnica FODA para que el paciente identifique sus fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas y así saber qué áreas trabajará.

## 4.2 Análisis de resultados

Los resultados de las pruebas llevaron al diagnóstico según DSM 5 de: Rasgos depresivos y personalidad dependiente.

Luego se realizó el plan terapéutico en donde se trabajaron técnicas de Cognitivo-Conductual, se trabajó cambios de pensamientos automáticos y auto registros de emociones, Logoterapia que se elaboró un plan de vida y a encontrar sentido a su vida y Gestalt en donde se trabajó el aquí y el ahora. Se presenta la descripción de resultados obtenidos y se lograron los siguientes objetivos:

- Se identificó los rasgos característicos del abandono
- Se comprobó el apego en una mujer con dependencia emocional.
- Se definió los sentimientos de culpa en una mujer que sufre dependencia emocional.

## **Conclusiones**

Luego de realizar el estudio de caso se pudo establecer la relación entre la dependencia emocional y autoestima.

Se caracteriza por comportamientos de sumisión, falta de confianza, dificultad en la toma de decisiones, inhabilidad para expresar desacuerdo, temor al abandono, la soledad y la separación. Las características de la dependencia emocional se manifiestan en lo afectivo, sexual, laboral, profesional, social y económico.

Se puede decir que la dependencia emocional es una necesidad que se encarga de construir la prisión interior mediante alianzas con el miedo, la pasividad, la negación de la realidad y los sentimientos de culpa.



## **Recomendaciones**

Según los resultados de la investigación y de las pruebas aplicadas a la paciente se recomienda continuar con el estudio de caso.

Que se aplique las pruebas de igual forma en hombres para realizar un cuadro comparativo de géneros.

Así mismo realizar grupos de apoyo para mujeres que sufren maltrato y violencia intrafamiliar.

## Referencias

- Association, A. (s.f.). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-*  
Editorial Medica Panamericana.
- Beat, M. (s.f.). *Liberate de la Codependencia*. Malaga: Editorial Sirio, S.A.
- Blasco, J. C. (2005). *Dependencia emocional: características y tratamiento*. Madrid:  
Alianza Editorial.
- Bonilla, Z. (2002). *Taller de capacitacion, la violencia contra la mujer*. Boston: Servicios  
Editoriales L.S.
- Bucay, J. (2000). *El Poder de la Autodependencia*. del nuevo extremo en el 2000.
- Bucay, J. (2013). *De la Autoestima al Egoísmo*. Mexico : Ocean Express.
- Collins, R. (s.f.). *En busca de amor*. Publicaciones el camino.
- Dominguez Izquierdo, Eva Maria. E. M. (2005). *Las Figuras de Abandono de familia en  
sentido estricto*. Madrid: ISBN.
- Greenberger, D. (2013). *El control de tu estado de animo*. España: Paidos.
- Norwood, R. (2001). *Las Mujeres que aman Demasiado*. Mexico: Graficas Monte Alban.
- Riso, W. (s.f.). *¿Amara o depender?* Mexico: Editorial Oceano.

## **Anexos**

## Anexo 1

### Tabla de Variable

**Estudio de caso:** Dependencia emocional por violencia intrafamiliar en una mujer de 44 años.

Problema 1	Variable de Estudio (Tema a investigar) 2	Sub temas de la variable de estudio 3	Pregunta de investigación 4	Objetivo General 5	Objetivos específicos 6
Rasgos característicos depresivos. Intento suicida. Falta de perdón. Pensamientos automáticos negativos. Abuso sexual	Dependencia Emocional	Miedo al abandono.  Apego  La culpa.  Relaciones interpersonales.	¿Cómo provoca la dependencia emocional a una mujer de 44 años que ha sufrido violencia intrafamiliar?	Demostrar cómo se relaciona la dependencia emocional a la violencia intrafamiliar en el caso de una mujer de 44 años.	Identificar que rasgos característicos del abandono están presentes en una mujer de 44 años que sufre dependencia emocional.  Comprobar el apego en una mujer de 44 años que sufre dependencia emocional.  Definir los sentimientos de culpa en una mujer de 44 años que sufre dependencia emocional.  Facilitar las relaciones interpersonales.

## Anexo 2

### Examen Mental

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

#### 1. Conducta y aspecto general:

##### 1.1 Aspecto:

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

##### 1.2 Conducta hacia el evaluador y personal del instituto:

<input type="checkbox"/> Cooperador	<input type="checkbox"/> Ansioso
<input type="checkbox"/> Abierto	<input type="checkbox"/> Despreocupado
<input type="checkbox"/> Hostil	<input type="checkbox"/> Distráido
<input type="checkbox"/> Tenso	<input type="checkbox"/> Evasivo
<input type="checkbox"/> Concentrado	<input type="checkbox"/> Lento
<input type="checkbox"/> Atento	<input type="checkbox"/> Desorientado
<input type="checkbox"/> Relajado	<input type="checkbox"/> Amable
<input type="checkbox"/> Repetitivo	<input type="checkbox"/> Inseguro
<input type="checkbox"/> Confiado	<input type="checkbox"/> Retador

Forma en que pasa el día: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

##### 1.3 Conducta motora:

<input type="checkbox"/> Mov. estereotipado	<input type="checkbox"/> Aumento de actividad motora
<input type="checkbox"/> Mov. lento	<input type="checkbox"/> Disminución de actividad motora
<input type="checkbox"/> Mov. rápido	

#### 2. Estado de la cognición y del sensorio:

2. 1  Orientación en persona  
 Orientación en lugar  
 Orientación en tiempo

2. 2  Atención  
 Concentración

2. 3  Memoria corto plazo  
 Memoria mediano plazo  
 Memoria largo plazo

2. 4 Inteligencia: \_\_\_\_\_

### 3 Discurso:

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

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

Ansiedad                       Temores                       Pensamiento morboso  
Ideas obsesivas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Compulsiones y rituales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fobias: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ideas delirantes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ideas suicidas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Planes a futuro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

¿Las preocupaciones interfieren con la atención, concentración, sueño y/ o apetito? \_\_\_\_SI  
\_\_\_\_NO

## 5 Creencias y experiencias anormales

### 5.1.1 En relación al ambiente:

\_\_\_\_ ilusiones \_\_\_\_ alucinaciones \_\_\_\_ delirios \_\_\_\_ ideas de referencia  
\_\_\_\_ interpretaciones inadecuadas

5.1.2 En relación al cuerpo: \_\_\_\_ ideas \_\_\_\_ delirios

---

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

---

## 5.2 Experiencias anormales:

### 5.2.1 Al medio ambiente:

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

### 5.2.2 Al cuerpo:

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

### 5.2.3 Al Yo:

\_\_\_\_ disociación                      \_\_\_\_ despersonalización                      \_\_\_\_ retardo de ideas autónomas  
\_\_\_\_ bloqueos                      \_\_\_\_ pensamiento forzado

## 6. Afectividad:

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

## 7. Juicio:

Actitud del paciente hacia su situación actual:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Insight

Enfermedad:  mental  nerviosa  física  relac. problema personal

Tipo de ayuda que espera: \_\_\_\_\_

Origen que atribuye a su problema: \_\_\_\_\_

Actitudes y expectativas:  constructivas  destructivas  realistas  irrealistas

## 8. Sentimientos del entrevistador hacia el paciente:

\_\_\_\_\_ Simpatía \_\_\_\_\_ Frustración Dificultad de la entrevista: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Interés \_\_\_\_\_ Impaciencia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tristeza \_\_\_\_\_ Enojo Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ansiedad \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Irritabilidad \_\_\_\_\_

## 9. Personalidad:

### 9.1 Actitudes en sus relaciones familiares, sociales y sexuales:

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

Capacidad para hacer y mantener relaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Actitud hacia su propio sexo: \_\_\_\_\_



---

## 9. 2 Actitudes hacia sí mismo:

<input type="checkbox"/> indulgente	<input type="checkbox"/> egocéntrico	<input type="checkbox"/> vano
<input type="checkbox"/> histriónico	<input type="checkbox"/> crítico	<input type="checkbox"/> despectivo
<input type="checkbox"/> preocupado	<input type="checkbox"/> cohibido	<input type="checkbox"/> limpio
<input type="checkbox"/> minucioso	<input type="checkbox"/> escrupuloso	<input type="checkbox"/> negligente
<input type="checkbox"/> descuidado	<input type="checkbox"/> se autovalora	
<input type="checkbox"/> Satisfacción consigo mismo		

Ambiciones y metas: \_\_\_\_\_

Actitudes hacia su salud: \_\_\_\_\_

Actitud hacia éxitos y fracasos: \_\_\_\_\_

## 9. 3 Actitudes morales y religiosas:

<input type="checkbox"/> comprometido	<input type="checkbox"/> no comprometido	<input type="checkbox"/> crítico
<input type="checkbox"/> disoluto	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> permisivo
<input type="checkbox"/> escrupuloso	<input type="checkbox"/> conformista	<input type="checkbox"/> rebelde
<input type="checkbox"/> flexible	<input type="checkbox"/> rígido	

Creencias religiosas que profesa: \_\_\_\_\_

## 9. 4 Humor y ánimo:

<input type="checkbox"/> estable	<input type="checkbox"/> cambiante	<input type="checkbox"/> optimista	<input type="checkbox"/> pesimista
<input type="checkbox"/> irritable	<input type="checkbox"/> preocupado	<input type="checkbox"/> tenso	<input type="checkbox"/> práctico
<input type="checkbox"/> inhibido	<input type="checkbox"/> abierto	<input type="checkbox"/> expresivo	
<input type="checkbox"/> habilidad para expresar y controlar emociones			

## 9. 5 Intereses y actividades:

---

tiempo libre solo     con pocos amigos     con muchos amigos     con familia

## 9. 6 Fantasías:

sueños repetitivos     sueños impresionantes     sueña despierto

---

---

---

**9. 7 Reacción a situaciones críticas:**

\_\_\_ tolerancia a frustración      \_\_\_ tolerancia a pérdida      \_\_\_ desilusiones  
\_\_\_ insatisfacción de necesidades biológicas      \_\_\_ insatisfacción de necesidades sociales  
\_\_\_ uso de mecanismos de defensa: \_\_\_\_\_

**9. 8 Rasgos del carácter:**

\_\_\_ pasivo      \_\_\_ agresivo      \_\_\_ pasivo- agresivo      \_\_\_ esquizoide  
\_\_\_ neurótico      \_\_\_ paranoide      \_\_\_ psicopático      \_\_\_ asténico  
Otro: \_\_\_\_\_

**Anexo 3**  
**Entrevista directa**

**1. Ficha de identificación**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Idioma: \_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

Niños/as:

Nombre de ambos padres, edad y grado de instrucción:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre, edad y sexo de hermanos/as en orden cronológico:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adultos:

Estado civil: \_\_\_\_\_

Años de matrimonio: \_\_\_\_\_

Nombre del conyugue: \_\_\_\_\_

Nombre, edad y sexo de los hijos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Fuente de información**

---

---

**3. Motivo y circunstancias de la consulta**

---

---

---

---

**4. Padecimiento o problema actual**

---

---

---

---

---

**5. Antecedentes familiares**

**5.1 De la madre:**

---

---

---

---

**5.2 Del padre:**

---

---

---

---

**5.3 Hermanos:**

---

---

---

---

**5.4 Otros familiares:**

---

---

---

---

**5.5 Ambiente familiar en la infancia:**

---

---

---

---

**6. Antecedentes personales**

**6.1 Desarrollo temprano:**

---

---

---

---

**6.2 Conducta durante la primera infancia:**

---

---

---

---

**6.3 Etapa escolar:**

---

---

---

---

**6.4 Actividades laborales:**

---

---

---

**6.5 Adolescencia:**

---

---

---

---

**6.6 Vida sexual:**

---

---

---

---

**6.7 Vida marital:**

---

---

---

---

**6.8 Hijos/as:**

---

---

**6.9 Historia médica:**

---

---

---

---

**6.10 Salud mental previa:**

---

---

---

---

**6.11 Uso y abuso de sustancias legales e ilegales:**

---

---

---

---

**6.12 Comportamiento antisocial:**

---

---

---

---

**6.13 Constelación familiar:**

---

---

---

---

**Anexo 4**  
**Examen mental**

**1. Conducta y aspecto general del paciente:**

---

---

---

**2. Estado cognitivo y sensorio:**

---

---

---

**3. Orientación:**

---

---

**4. Memoria:**

---

---

---

**5. Inteligencia:**

---

---

---

**6. Discurso:**

---

---

---

**7. Contenido del pensamiento:**

---

---

---

---

**8. Creencias y experiencias anormales de interpretación de eventos:**

**8.1 En relación al ambiente:**

---

---

---

**8.2 En relación al cuerpo:**

---

---

---

**8.3 En relación a sí mismo:**

---

---

---

**8.4 Experiencias anormales:**

---

---

---

**8.5 Al medio ambiente:**

---

---

**8.6 Al Yo:**

---

---

**9. Afectividad:**

---



---

---

**10. Juicio:**

---

---

**11. Personalidad:**

---

---

**12. Actitudes en sus relaciones familiares, sociales y sexuales:**

---

---

**13. Actitudes hacia sí mismo:**

---

---

**14. Actitudes morales y religiosas:**

---

---

**15. Humor y ánimo:**

---

---

**16. Intereses y actividades:**

---

---

---

**17. Fantasías:**

---

---

---

**18. Reacción a situaciones críticas:**

---

---

---

---

**19. Rasgos del carácter:**

---

---

---

---

**20. Sentimientos y reacciones del entrevistador hacia el paciente:**

---

---

---

---

**Anexo 5**  
**Examen somático**

**1. Examen Físico:**

---

---

---

**2. Exámenes de Laboratorio:**

---

---

**3. Exámenes de Gabinete:**

---

---

**4. Test Psicológico:**

---

---

---

**5. Terapéutica Previa:**

---

---

---

**Para uso del terapeuta posterior a la entrevista:**

Impresión sobre la entrevista, los informantes y la información recibida:

---

---

---

Especificar si existieron contradicciones en el relato:

---

---

---

Hipótesis sobre situación del paciente, así como de posibles diagnósticos:

---

---

---

Pronóstico:

---

---

---