

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



**La relación entre el apego inseguro y síntomas depresivos en
mujeres que acuden a apoyo psicológico
Práctica realizada en el Hospital General San Juan de Dios**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Mirna Paola Gaitán Láinez

Guatemala, marzo 2013

**La relación entre el apego inseguro y síntomas depresivos en
mujeres que acuden a apoyo psicológico
Práctica realizada en el Hospital General San Juan de Dios**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Mirna Paola Gaitán Laínez (estudiante)

Melissa Lemus (Catedrática)

Guatemala, marzo 2013

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica y
Secretaria General

M. Sc. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo

M. A. César Augusto Custodio Cobar

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana

Licda. Elizabeth Herrera de Tan



DICTAMEN
APROBACION PARA ELABORAR
INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

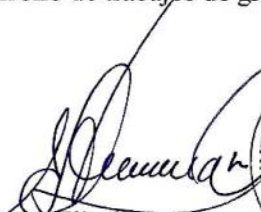
ASUNTO: Gaitán Laínez, Mirna Paola
Estudiante de la Licenciatura en Psicología
Clínica y Consejería Social de esta
Facultad, solicita Autorización para
realizar Práctica Profesional Dirigida para
completar requisitos de graduación.

Guatemala, 04 de febrero 2012

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta decanatura para cumplir requisitos de aprobación para elaborar informe Final de Práctica Dirigida.

Que es requerido para obtener el título de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social resuelve:

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: La relación entre el apego inseguro y síntomas depresivos en mujeres que acuden a apoyo psicológico, está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para un informe Final de Práctica Profesional Dirigida.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el Reglamento Académico de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, de la Práctica Art. 9 incisos del a) al i).
3. Se autoriza el nombramiento de la Licenciada Cristina Rodas como Asesora – Tutora, de conformidad con lo establecido en la normativa para el desarrollo de trabajos de graduación.


Licda. Elizabeth Herrera
Decano Facultad Ciencias Psicológicas





UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sapientia ante todo, adquiere sapientia"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala, 24 de noviembre 2012.

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: La relación entre el apego inseguro y síntomas depresivos en mujeres que acuden a apoyo psicológico, Práctica realizada en el Hospital General San Juan de Dios, presentado por la estudiante: Gaitán Laínez Mirna Paola, quien se identifica con número de carné 0804747 de la carrera 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 Cristina Rodas

Asesora - Tutora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduria ante todo, adquiere sabiduria"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala. 16 de febrero 2013.

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: La relación entre el apego inseguro y síntomas depresivos en mujeres que acuden a apoyo psicológico, Práctica realizada en el Hospital General San Juan de Dios, presentado por la estudiante: Gaitán Laínez Mirna Paola, previo a optar al grado Académico de Licenciada 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 se continúe con el proceso correspondiente.

Licda. Magda de Sandoval

Revisora de Estilo





UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala a los veintitrés días del mes de febrero año dos mil trece.

En virtud que el Informe Final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida: La relación entre el apego inseguro y síntomas depresivos en mujeres que acuden a apoyo psicológico, Práctica realizada en el Hospital General San Juan de Dios, presentado por la estudiante: Gaitán Laínez Mirna Paola 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, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del revisor (a), se autoriza la impresión del Informe de Práctica Profesional Dirigida.


Licda. Elizabeth Herrera Quiroz
Decano
Facultad de Ciencias Psicológicas



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

DEDICATORIA/AGRADECIMIENTOS

Dedico este trabajo a Dios Padre, Hijo y Espíritu Santo, agradeciéndole por todo lo que me ha dado a lo largo de la vida, especialmente en estos últimos cinco años que me ha brindado la oportunidad de culminar esta carrera con éxito, crecimiento personal y satisfacción.

A mis padres, María del Carmen Laínez y Efrén Guillermo Gaitán, por sus enseñanzas, cuidado, amor y respeto, ingredientes fundamentales para la elaboración del presente trabajo.

A mi Tía, Regina Laínez, quien ha fungido como una segunda madre, sembrando principios de vida, honestidad y sabiduría.

A mi esposo Julio César Aguilar Colón, quien ha llenado de alegría mi corazón, siendo apoyo incondicional, el amor de mi vida y un regalo de Dios.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
Capítulo 2	3
Referente Teórico	3
2.1 Desarrollo de la confianza	3
2.2 Teoría de Relaciones Objetales	3
2.3 Teoría del Apego	4
2.4 Depresión	6
Capítulo 3	14
Referente Metodológico	14
3.1 Lugar de práctica	14
3.2 Descripción de la población	16
3.3 Sujetos	16
3.4 Instrumentos Psicodiagnósticos	16
Capítulo 4	20
Presentación de resultados	20
4.1 Sujetos de estudio	25
4.2 Discusión de casos	38
Conclusiones	41
Recomendaciones	42
Referencias	43
Anexos	45

Resumen

En el presente trabajo de investigación, se presenta un estudio de casos en el que se intenta describir la relación entre el apego inseguro y el desarrollo de síntomas depresivos, en mujeres que acudieron a apoyo psicológico, al Hospital General San Juan de Dios, durante la práctica dirigida del año 2012.

Para ello se tomaron dos casos de los cincuenta casos atendidos de forma individual, ambas de sexo femenino. El caso de F. P. de 17 años, y el caso de L.H. de 43 años, a quienes se les realizó el proceso psicoterapéutico, que consta de: entrevista clínica, historia personal, historia familiar, examen del estado mental y pruebas psicológicas. Dentro de las pruebas realizadas se encuentran, pruebas cualitativas: Figura Humana, de Karen Machover; Test del Árbol, de Karl Koch; Test de la Familia, de Louis Corman; Test de Persona Bajo la Lluvia, de Silvia Mabel Querol y María Chávez Paz. Dentro de las pruebas cuantitativas se realizaron: Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MARS), Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) y para L.H., se realizó adicionalmente el Inventario Multifásico de la personalidad (MMPI).

Ambas pacientes presentaban las características de apego inseguro, y el desarrollo de síntomas depresivos. En el primer caso apego inseguro Ansioso/Ambivalente de tipo Preocupante, y en el caso de L. H., apego inseguro Evitativo/Temeroso, los cuales estaban relacionados, en el caso de F.P., con rasgos depresivos que le impedían alcanzar proyectos y metas, y en el caso de L.H., síntomas depresivos que habían evolucionado a un Trastorno Distímico.

Introducción

En la presente investigación de tipo cualitativa, se pretende describir, la relación que existe entre el apego inseguro y síntomas depresivos en mujeres que acudieron a apoyo psicológico, al Hospital General San Juan de Dios, durante la práctica profesional dirigida de 2012. Para ello resultó esencial identificar los rasgos depresivos en las pacientes de estudio, así como establecer el tipo de apego que presentaban.

El estudio del vínculo materno, como lazo emocional recíproco y perdurable entre el niño y su cuidador, en el que cada uno de ellos contribuye a la calidad de la relación, se hizo necesario para la comprensión de la confianza básica que menciona Erikson (1950-1982), citado en Papalia, Wendkos y Duskin (2007), funge como un precedente de cómo el sujeto se percibe a sí mismo y a su entorno; por lo tanto es indispensable establecer, el impacto que tiene en el desarrollo de síntomas depresivos, ya que dichos síntomas pueden tener un origen exógeno, haciendo estragos en la vida de los individuos que los padecen, evolucionando e instalándose según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSMIV-TR) en un trastorno Depresivo.

Dada la frecuencia del apareamiento de síntomas depresivos y un tipo de apego inseguro en la población de estudio, se hizo necesario indagar acerca de la relación existente, para una mejor comprensión y tratamiento de dichas alteraciones. Por lo que a continuación se describen los hallazgos encontrados.

Capítulo 1

Marco de Referencia

Uno de los principales factores de mayor influencia en la autorrealización, autoestima y salud emocional en un individuo, se forja a través de sus primeras relaciones durante la infancia, 0-6 meses. Específicamente, en el primer lazo o unión, que implica el apego materno, debido a que influye de forma directa en la etapa descrita por Erick–Erickson, conocida como Confianza Básica vrs. Desconfianza Básica.

Más adelante Bolwby (1951), citado por Satir (2009), expandió el concepto de apego, postulando que se trata de una forma de comportamiento, que hace que una persona sienta proximidad con respecto a otra, identificada y preferida.

En el momento en que una persona desconfía de su entorno, puede desconfiar de sí misma, experimentando sentimientos de incompetencia, incapacidad, infravaloración y desrealización; tales percepciones distorsionadas del yo, le pueden conducir a cuadros con síntomas depresivos, o trasladar su desconfianza a una dependencia patológica, repercutiendo así, en su deterioro, emocional físico y social.

Resulta interesante que los casos que se atendieron en la práctica clínica, presentados en este documento, cuyo motivo de consulta eran síntomas depresivos, tenían como parte de su historia clínica antecedentes de apego de tipo inseguro con la madre.

Debido a que al existir una relación directa entre ambos elementos, (síntomas depresivos y apego inseguro), se intervendría a nivel preventivo, disminuyendo síntomas depresivos, y aumentando el potencial humano, surge la pregunta:

¿Qué relación hay entre el apego inseguro y el desarrollo de síntomas depresivos, en mujeres que acuden a apoyo psicológico?

Objetivo general

- Describir la relación que existe entre el apego inseguro y síntomas depresivos en mujeres que acuden a apoyo psicológico.

Objetivos específicos

- Identificar rasgos depresivos en las pacientes de estudio.
- Establecer tipo de apego en las pacientes de estudio.

Capítulo 2

Referente Teórico

2.1 Desarrollo de la confianza

En Papalia, Wendkos y Duskin (2007), indica que Erikson (1950-1982) considera, que la Confianza básica vs. Desconfianza básica es la primera crisis del desarrollo psicosocial, la cual se lleva a cabo desde el nacimiento a los 12-18 meses, durante esta etapa el niño desarrolla confianza en las personas y en los objetos de su mundo. La cual se establece en las primeras relaciones con los cuidadores, específicamente con la madre a través de la alimentación.

Es importante resaltar que cada etapa descrita por Erickson es resuelta con éxito cuando se desarrolla un rasgo positivo y uno negativo en forma correspondiente, debido a que es necesario desarrollar confianza en el sistema social que rodean al individuo, y a su vez cierta desconfianza para protegerse del peligro, para que como resultado se fortalezca la personalidad, en esta primera etapa se espera que la fortaleza a desarrollar sea la esperanza.

Cuando el cuidado es sensible, responsable y consistente, el niño confía en que pueden satisfacer sus necesidades y obtener lo que desea. Por otra parte, si predomina la desconfianza, el niño considerará que el mundo es hostil e impredecible y tendrá problemas para relacionarse, pues será desconfiado.

De tal manera que, cuando el bebé tiene la certeza de que será satisfecho en sus necesidades básicas, se siente seguro, esta confianza se internaliza como parte de su personalidad y de la seguridad en sí mismo, por lo tanto es un fundamento importante en su autoestima y formará parte importante en su capacidad de resiliencia.

2.2 Teoría de Relaciones Objetales

La teoría de Klein (1953), citada por Clancy (2008), postula que para cada impulso hay una fantasía correspondiente, plantea la fantasía como mecanismo para calmar los instintos, debido a

que crea satisfacción de necesidades, o bien como mecanismo de defensa, porque cree que los impulsos han sido controlados.

La teoría de las relaciones objetales denota que los primeros seis meses el bebé tiene mecanismos de defensa básicos, lo que le ayuda a separar lo bueno de lo malo, esto se ve reforzado en el momento en que la madre se relaciona con él, de manera que si la madre gratifica es clasificada como objeto bueno, pero si frustra es clasificada como objeto malo. Es interesante resaltar que a mayor frustración, habrá mayor separación entre lo bueno y lo malo. El sentimiento que prevalece en esta etapa es la ansiedad paranoide y persecutoria.

Durante la segunda etapa, comprendida entre los seis meses a los dos años, el yo está más estructurado por lo que el niño comienza a percibir que el objeto que ama y odia es el mismo, y al mismo tiempo. En esta etapa el sentimiento que prevalece es el depresivo y se instala la culpa, debido a que en sus fantasías el niño ha “destruido” al objeto amado, por no satisfacer sus necesidades. En esta misma etapa el niño comienza a reconocer a las personas como individuos independientes, y a su vez percibe que estos objetos totales tienen relación con otros objetos, por lo que puede entrar a lo que se conoce como complejo de Edipo. Esta situación origina en el niño, frustración, celos y envidia.

Es en esta fase que el niño debe aprender a renunciar al control del objeto amado, y aceptarlo como es realmente, esto es el proceso al que Melanie Klein llamó Reparación. Como se puede concluir, si el niño no pasa por dicho proceso, tanto los sentimientos de culpa como los depresivos, pueden llegar a formar parte de su personalidad.

2.3 Teoría del Apego

Históricamente, la Teoría del Apego se desarrolló como una variante de las Relaciones Objetales del Psicoanálisis, tomando elementos de la Etología, y de la Psicología evolutiva.

El apego es un vínculo emocional recíproco y perdurable entre el niño y su cuidador, en el que cada uno de ellos contribuye a la calidad de la relación (Papalia, Wendkos y Duskin 2007). Para el bebé el apego funge como un factor que le garantiza que sus necesidades serán satisfechas.

Bowlby (1983), es citado por Satir (2009), ya que introduce un concepto de apego más amplio en el que lo define como un sistema de control dirigido al objeto, motivado por la necesidad del infante de sentir seguridad.

Es decir, cualquier forma de comportamiento que hace que una persona sienta proximidad con respecto a otra, identificada y preferida.

2.3.1 Patrones de Apego

Ainsworth y Bowlby (1951), citados en Papalia, Wendkos y Duskin (2007), estudiaron los principios del apego a través de una técnica de laboratorio, denominada Situación Extraña, consiste en una secuencia de ocho pasos, en la que la madre deja solo al bebé en dos ocasiones, en una habitación que no le es familiar, la primera vez lo deja con un extraño, la segunda vez lo deja solo y el extraño regresa antes que la madre, luego la madre entra en contacto con el niño tratando de animarlo. De acuerdo a las respuestas de los bebés advertidas al regreso de la madre y no cuando ella se iba, se obtuvieron patrones de resultados de los cuales se deducen los siguientes tipos de apego:

- Apego Seguro: demostración apropiada de angustia cuando los cuidadores se van, seguida de conducta reconfortante y comportamiento positivo al regreso de los mismos.
- Apego de Ansiedad/Ambivalente: inseguridad por parte del individuo acerca de la actitud del progenitor para ayudarlo o no cuando lo necesite.
- Apego de Evitación: caracterizado por una actitud defensiva y de rechazo hacia el objeto de apego, evitando al cuidador y exhibiendo señales de separación con angustia.
- Apego Desorganizado: representado por una conducta variable y contradictoria.

Más adelante Bartholomew (1990) y Bartholomew y Horowitz (1991), citados por Satir (2009), fueron quienes identificaron dos componentes adicionales: la imagen de los otros, relacionada con la evaluación de la figura de apego como alguien disponible y en quien se puede confiar, y la imagen de sí mismo, como alguien que vale o no la pena y despierta o no el interés de los demás, y adicionaron tres estilos de apego, que implican el desenvolvimiento social:

- Seguro: que alberga una idea positiva de sí mismo y una idea positiva de los demás.

- Evitativo-Rechazante: con una idea positiva de sí mismo y una idea negativa de los demás.
- Preocupado: con una idea negativa de sí mismo y una idea positiva de los demás.
- Evitativo-Temeroso: una idea negativa del Self como de los demás.

2.3.2 Apego y desarrollo social

Las relaciones interpersonales maduras incluyen elementos de la relación entre padres e hijos, especialmente con la madre, y las representaciones que el niño construye sobre sí mismo, los otros y el mundo. Esto determina en gran medida la calidad y el tipo de relaciones interpersonales, por lo que una vinculación afectiva deficiente en esta primera etapa esta relacionada con la soledad.

Melanie Klein en su obra “El sentimiento de soledad y otros ensayos” (1982), postula que para comprender como aparece el sentimiento de soledad, se debe retroceder a la temprana infancia en indagar el vinculo establecido, y la influencia del mismo en el funcionamiento psicológico posterior. Además deduce que la soledad resulta de dos tipos de déficit, uno asociado con la carencia de una red de apoyo social, y otro vinculado con la falta de una figura de apego particular. Ambos tipos de soledad son provocados por alteraciones en el sistema de apego.

Por el contrario, una buena relación de apego, influirá en la adecuada vinculación social, debido a que estas personas serán capaces de tener una percepción positiva de sí mismo y de los demás, lo cual a su vez actúa como un mecanismo protector, evitando caer en sentimientos depresivos y soledad.

2.4 Depresión

Hamilton (1982), en Sarason y Sarason (1993), indica que el término depresión es utilizado frecuentemente para describir una baja normal del estado de ánimo, debida a diferentes situaciones. Pueden ser la reacción ante un evento estresante, dificultades con otras personas, situaciones novedosas e imprevistas, entre otras. Inclusive acontecimientos que son percibidos como positivos, como el logro de metas, o el fin de fiestas navideñas, pueden provocar cambios difíciles de sobrellevar, dichos cambios pueden ser adaptativos, por lo que se espera que

desaparezcan rápidamente. Si los síntomas depresivos se prolongan comienza a instalarse una entidad conocida como depresión.

2.4.1 Tipos de depresión

Según Sturgeon, (1987). Especifica cuatro tipos de depresión que debían ser bien identificados, la Depresión Endógena, la cual es originada por un desequilibrio químico del sistema nervioso central, sin relación con una causa externa evidente, la Depresión Reactiva que es una respuesta ante un evento desadaptativo; Depresión Tóxica, provocada por el consumo de sustancias y la Depresión Psicótica un Trastorno Mental en donde aparecían síntomas psicóticos. En efecto la diferencia de categoría en la clasificación anteriormente descrita, radica en causas internas (endógena) o causas externas (exógena).

Zax y Cowen (1976), definieron la Depresión Neurótica como un estado de ánimo en donde predomina la ansiedad, culpa y vergüenza. Encontrando además debilidad, fatiga, dificultad en el trabajo y sueño irregular. Postulaban que los pacientes podían presentar quejas hipocondriacas con el objetivo de conseguir apoyo y afecto. Las cuales eran producidas por un acontecimiento penoso, la pérdida del objeto amado, un problema financiero o inclusive tras una realización importante, por la percepción de que se encuentran ante una responsabilidad mayor a la que acostumbraban a manejar, o el temor a la envidia y enojo de las demás personas.

El diagnóstico y clasificación de la depresión actualmente radica en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto revisado (DSM IV Tr), el cual clasifica los Trastornos del estado de ánimo de acuerdo a síntomas específicos, tiempo de evolución, y otros en:

2.4.1.1 Episodio Depresivo Mayor

Según el Criterio A requiere la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas, durante un período de dos semanas, uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo, ó (2) pérdida de interés o de capacidad para el placer. El criterio (3) se refiere a una pérdida o aumento importante de peso, es frecuente que sea pérdida del mismo, y en otros casos predilección de ciertas comidas como dulces y carbohidratos. Insomnio o Hipersomnia casi cada día (4), es

característico el insomnio medio, que es despertarse durante la noche y luego tener dificultad para volverse a dormir. Agitación o enlentecimiento Psicomotor casi cada día (5); fatiga o pérdida de energía casi cada día (6); sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (7); disminución en la capacidad de concentrarse o indecisión casi cada día (8); pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida (9).

2.4.1.2 Trastorno Depresivo Mayor

Está caracterizado por uno o más Episodios Depresivos Mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. De acuerdo con el criterio A puede tratarse de un episodio único o recidivante lo cual implica la presencia de dos o más episodios depresivos mayores. Para ser considerado episodios separados deben pasar por lo menos dos meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor. Según el criterio B, no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo, y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. El criterio C indica que no se ha producido nunca un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco.

Es importante si cumple con los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado actual en: leve, moderado, grave con y sin síntomas psicóticos, crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos; o de inicio en el período post-parto. En caso de que no cumpla con los criterios de un episodio depresivo mayor igualmente es necesario especificar el estado clínico actual. Es decir, si está en remisión parcial, remisión total, crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos y si se encuentra en el inicio del post-parto.

2.4.1.3 Trastorno Distímico

En el criterio A se encuentra estado de ánimo crónicamente depresivo, la mayor parte del día, de la mayoría de los días, durante al menos dos años, según el criterio B debe presentar dos o más de los siguientes síntomas: (1) pérdida o aumento de apetito; (2) insomnio o hipersomnia, (3) falta de energía o fatiga, (4) baja autoestima; (5) dificultades para concentrarse o para tomar

decisiones; (6) sentimientos de desesperanza. El criterio C, menciona que el paciente no puede estar más de dos meses seguidos sin los criterios A y B, durante esos dos años.

El criterio D requiere que no haya habido ningún episodio depresivo mayor, durante los primeros dos años de la alteración, ni de un trastorno depresivo mayor crónico, o en remisión parcial. Nunca ha habido un episodio maníaco, mixto, hipomaniaco, o trastorno ciclotímico (E); los síntomas no aparecen durante un trastorno psicótico crónico (F); los síntomas no se deben al consumo de sustancias, o enfermedad médica (G), los síntomas causan malestar clínicamente que es significativo, deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

4.1.4 Trastorno Depresivo no Especificado

Incluye el trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo menor, trastorno depresivo breve recidivante, trastorno depresivo post-psicótico en la esquizofrenia, casos en los que es difícil identificar fase o estadio en la que se encuentra. (DSM-IV-TR, 2005).

2.4.2 Diagnóstico Diferencial

El estado de ánimo deprimido es un síntoma importante en otros trastornos, por ejemplo: Trastorno de la Personalidad Límite, Esquizofrenia, Alzheimer. Los síntomas depresivos son provocados también debido a una enfermedad médica específica como Esclerosis Múltiple, Accidente Cerebrovascular (ACV), Hipotiroidismo, lo cual debe ser determinado durante la historia clínica apropiada, hallazgos de laboratorio o la exploración física realizada por un profesional de la salud. En ocasiones se presenta debida la suspensión de fármacos cuando han sido prescritos en grandes cantidades, en dicho caso se considera una respuesta ante el estrés, o un cambio físico, por lo que no se considera un Trastorno de Estado del Ánimo.

Debe distinguirse del Trastorno de Estado de Ánimo inducido por sustancias, debido a que en este caso es ocasionado por una droga, un medicamento o un tóxico. Algunos síntomas no aparecen durante la ingesta, sino durante el período de abstinencia. Cuando se trata de personas mayores puede llegar a confundirse con Demencia, porque en ella persisten también problemas cognitivos y de concentración, para su diagnóstico efectivo, es preciso tomar en cuenta el inicio

de los síntomas, el cual será gradual en el caso de Demencia, y abrupto en el caso de un Episodio Depresivo Mayor.

Debe distinguirse de episodios maníacos con estado de ánimo irritable y de episodios mixtos, debido a que puede haber períodos de profunda ira y cólera. Para lo cual se debe tomar como criterio de diagnóstico, el tiempo de evolución de los síntomas.

La falta de concentración y la baja tolerancia a la frustración, pueden ser signos también de Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad.

Es importante recalcar que pudieran darse ambos trastornos, pero debe tenerse el cuidado de no sobre diagnosticar. Debe distinguirse a su vez de un estado de irritabilidad y baja de tolerancia a la frustración que existe en los niños consentidos y/o hijos únicos.

Se recomienda tomar en consideración al Trastorno Adaptativo con estado de ánimo depresivo, el cual es originado por el estrés psicosocial, y no cumple del todo con los criterios correspondientes. Si existe una pérdida importante, se debe clasificar como duelo, el cual es un proceso y no se considera un trastorno.

Los períodos de tristeza son parte de la naturaleza humana, por lo que en determinados períodos y circunstancias es natural sentirse triste, en este caso no debe diagnosticarse como trastorno.

2.4.3 Diferencias de sexo en la depresión

En Lazarus y Colman (1998), citando a Brown (1989). Refiere que las mujeres son entre dos o tres veces más propensas a sufrir depresión clínica que los hombres. Las razones son inciertas. Las mujeres que tienen hijos pequeños son vulnerables en particular. La correlación entre el inicio de la depresión, el incremento en el estrés y la ausencia de apoyo social sustenta esta conclusión.

Amerson y Lewinsohn (1981), citado por Lazarus y Colman (1998). Concluye que la diferencia entre los sexos surge debido a que las mujeres que han sufrido un episodio de depresión, son más propensas a recaer que los hombres que han sufrido un episodio similar. Es posible que la vulnerabilidad de la mujer radique en su rol cada vez más extenso en el que siempre esta al

cuidado de los demás (Sarason y Sarason, 1993). Otra posibilidad es que los cambios hormonales que ocurren durante el ciclo menstrual de la mujer, aunque no suficientes para desatar una depresión clínica por sí mismos, pueden reactivar recuerdos o actitudes de otros períodos de mayor depresión aunque hayan ocurrido por otras razones.

Para las mujeres el período de riesgo está comprendido entre 20-29 años, mientras que para los hombres es de 39-40 años. A su vez, se considera un factor importante el hecho de que la persona esté atravesando por varios sucesos estresantes durante un corto período de tiempo. Pueden también tener relevancia otros factores a largo plazo, como antecedentes familiares de depresión, o convivir con una persona deprimida.

Inclusive algunos autores mencionan el año en el que nació una persona. (Sarason y Sarason, 1993 p.289).

El hecho de que la mujer sea realmente la que atraviese por períodos depresivos con más frecuencia, aún no es muy claro, debido a que existe un elemento importante, que los varones tienden menos a exteriorizar sus sentimientos y emociones por lo que son más susceptibles de presentar quejas somáticas, y suelen buscar menos apoyo de tipo emocional.

2.4.4 Depresión y el objeto amoroso

Monedero (1978), considera que desde el punto de vista evolutivo, la depresión es una forma de elaborar la pérdida del objeto amoroso. Al igual que un lactante que se siente morir cuando ha sido abandonado por la madre, el depresivo revive de esa misma manera el abandono. Monedero postula que los síntomas depresivos son el duelo por el objeto amoroso perdido, pero como la pérdida tiene lugar en una situación tan regresiva, es vivida exactamente igual que como la pérdida de la madre. Al no poder vivir sin el objeto amoroso, la persona adulta tiende a “destruirse” por medio de la depresión.

Muchos Psiquiatras justifican el carácter endógeno de la depresión porque el paciente no encuentra ninguna causa real de su tristeza. Con frecuencia describen su tristeza “sin razón de ser”; en realidad los pacientes muchas veces no pueden verbalizar la pérdida, porque han

regresado a una fase de la vida en la que el lenguaje no existía, pero en la que el abandono era vivido como muerte.

El paciente con síntomas depresivos, tiende a mantener una actitud de autocastigo, tratando de reparar agresiones hacia el objeto amado. Por lo tanto, para Carmelo Monedero, una vez que la reconciliación con el objeto amoroso ha sido reparada, el individuo puede empezar a relacionarse de nuevo con objetos reales. La depresión no cumple la misión reparadora que se propone, puesto que los accesos o síntomas depresivos se repiten. La forma de sanar su dolor es a través de crear una madre ideal o imaginaria, porque ella puede ser tan buena como se quiera imaginar, su reparación lleva implícito un mensaje de pérdida, lo que genera una sensación de descontento y vergüenza. Se trata de un duelo patológico, que lleva al paciente al círculo vicioso de reparación-autodestrucción.

La depresión tiene lugar precisamente porque existen situaciones infantiles, en las que se vivió una pérdida del objeto, que el paciente vuelve a revivir en su edad adulta. Melanie Klein, habla de una posición depresiva en la segunda mitad del primer año. El lactante se ve obligado a admitir la existencia de un madre que frustra y gratifica, así como ha hacerse responsable de todas sus agresiones hacia el objeto amoroso.

Si el niño ha tenido una relación distante y conflictiva con la madre, sus vivencias agresivas han sido más intensas, y por tanto, siente más culpa. Las personas que más sentimientos de culpabilidad tienen, como son los depresivos, son precisamente las personas menos culpables. Han sido niños no queridos y abandonados, que no pueden renunciar al objeto amoroso ideal, precisamente porque no lo han tenido nunca.

El no poder aceptar esta frustración, les lleva a estar fijados a una posición depresiva, en la que inútilmente intenta reparar un objeto que fue efectivamente malo con ellos. Una relación adecuada con la madre es necesaria para un sano desarrollo psicológico. Por lo que la depresión no es un mecanismo reparatorio y el duelo normal si lo es.

La persona con depresión puede defenderse también de la pérdida del objeto negándola, entonces nos encontramos ante un acceso de manía, que resulta más grave que la depresión debido a que

en este caso se ha negado ya la necesidad del objeto amoroso (Monedero, 1978, p. 525). Una vez que las representaciones internas o imaginarias del objeto perdido han sido eliminadas, y se toma la realidad para aceptarla, la persona tiene posibilidades de desarrollar confianza, aceptación e integrar su autoestima.

2.4.5 Depresión y relaciones sociales

Los pacientes deprimidos tienen problemas en una comunicación efectiva, debidas al grado de atención que prestan, a la lentitud con la que responden y el aplanamiento afectivo manifiesto en el intercambio social.

En el estudio de Coyne (1976), citado en Lazarus y Colman (1998), no encontraron diferencias entre las capacidades sociales de los pacientes deprimidos y los no deprimidos, durante una conversación experimental; sin embargo, cuando se les preguntó a los estudiantes acerca de sus propios sentimientos al terminar la conversación, manifestaron sentirse deprimidos, angustiados y hostiles después de conversar con pacientes deprimidos en comparación con los no deprimidos, agregando que no deseaban establecer un nuevo contacto con dichos pacientes.

Cuando se analizó el contenido de la conversación de los pacientes con depresión, encontraron que se tomaban más tiempo para brindar información personal, que los no deprimidos, la cual estaba cargada de connotación negativa, esto parece tener un efecto “espejo” sobre la persona con quien habla. Debido al efecto depresivo que causa la escucha, las personas evaden conversar con personas que se centran en una actitud negativa, lo que a su vez refuerza su necesidad de ser escuchados. Dicha actitud deteriora su autoestima y dificulta el apoyo social que es necesario para reparar el objeto amoroso real.

Capítulo 3

Referente Metodológico

3.1 Lugar de práctica

La práctica profesional dirigida se desarrolló en el Hospital General San Juan de Dios, ubicado en la en la primera avenida, 10-50 de la zona uno de la ciudad de Guatemala, sus teléfonos son: 22530423 al 29, su correo electrónico sanjuandedios@telgua.com.

Es un centro asistencial público que atiende a personas que habitan en la ciudad capital de Guatemala y en el resto del país, referidos desde los hospitales departamentales y regionales. Se encuentra dentro del tercer nivel de atención dentro de la clasificación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que incluye hospitales y sanatorios.

Con su personal aproximado de de 3000 personas, ofrece servicios médicos y hospitalarios gratuitos en sus diferentes departamentos como: medicina interna, cirugía, ortopedia, traumatología, maternidad, ginecología, pediatría, oftalmología, cardiología, endocrinología y otras especialidades y subespecialidades.

También proporciona a la población guatemalteca atención de emergencias pediátricas y de adultos, las 24 horas del día, todos los días del año. Se describe como una entidad, con vocación docente, asistencial y de investigación.

Su visión es ser un hospital nacional-docente asistencial del tercer nivel del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, responsable de brindar atención médica integral, oportuna, eficiente y eficaz que contribuye en la salud de la población. Dentro de sus objetivos se encuentran:

- Contribuir a la salud asistencial de la población guatemalteca por medio de una atención de cobertura con calidad y calidez.

- Colaborar con las diferentes facultades de medicina y otras especialidades para incrementar la capacidad médica de sus estudiantes.
- Investigar y vigilar el proceso epidemiológico y farmacológico de enfermedades infectocontagiosas y productos medicinales utilizados en pacientes.

El Hospital San Juan de Dios fue puesto al servicio público en octubre de 1778, pese a que no se sabe la fecha exacta, se ha celebrado su aniversario el 24 de octubre. Los orígenes de la creación del hospital retroceden hasta 1630, cuando los hermanos hospitalarios de la Orden San Juan de Dios, bajo la dirección del Padre Fray Carlos Cívico de la Cerda, arribaron procedentes de México a la ciudad de Santiago de los Caballeros de Guatemala. Su objetivo era presentar la solicitud de administrar el hospital de la ciudad. La solicitud iba acompañada con la promesa de asistir a enfermos y atender el hospital no solo con los pacientes españoles, sino también tratar a los habitantes indígenas. La devastación causada por los terremotos de Santa Marta en los años 1773 y 1774 en la ciudad antes mencionada provocó que la capital de Guatemala se trasladara a la Nueva Guatemala de la Asunción, en el Valle de la Ermita, donde finalmente se establecería el hospital en 1778 (Hospital San Juan de Dios, 2011).

Los primeros profesionales de la medicina en atender en la Nueva Guatemala de la Asunción fueron el cirujano Toribio Carvajal y Mariano Rodríguez del Valle, quien sería reemplazado por José Felipe Flores. También participaron los doctores Manuel Vásquez de Molina, Joseph Antonio de Córdova, Juan Antonio Ruiz de Bustamante, Manuel de Merlo, Alonzo de Carriola y Francisco De Blanquéz (Hospital San Juan de Dios, 2011).

Hasta 1873 fue denominado Hospital General y en 1968 se empezó a denominar Hospital General San Juan de Dios.

3.2 Descripción de la población

Los pacientes atendidos durante la práctica profesional dirigida, fueron personas provenientes tanto de la ciudad capital como del interior de la república, llegando por su propia cuenta, o referidos de otros departamentos del mismo hospital, como áreas de: Ginecología, Psiquiatría, Psicología, Traumatología, consulta externa, Medicina de hombres y mujeres, Cirugía de hombres y mujeres, Urología y Cuidados Intensivos. Así como pacientes referidos desde otros hospitales nacionales como el Hospital Roosevelt, Derechos Humanos y Ministerio Público.

Los pacientes que acudieron a consulta son de situación socioeconómica: baja, media y media alta, con rangos de edad desde 13-72 años, en un 78 % mujeres y 22% hombres.

3.3 Sujetos

Para sustento de la presente investigación se describen los casos de la paciente F.P., de sexo femenino, nacida en Quiché, el cinco de octubre de 1994, de 18 años de edad, soltera, de religión católica, grado de escolaridad, tercero básico, actualmente vive con su hermana, en la ciudad capital y le ayuda cuidando a su sobrino de un año un mes.

Se presenta el caso del caso de L.H., paciente de sexo femenino, nacida en esta capital el uno de julio de 1969, de 43 años de edad, soltera, no profesa ninguna religión, grado de escolaridad, sexto primaria, su profesión es cultora de belleza, sus ingresos económicos provienen de ventas por catálogo.

3.4 Instrumentos Psicodiagnósticos

3.4.1 Pruebas Cualitativas

3.4.1.1 El dibujo de la Figura Humana

Elaborada por Karen Machover, ésta prueba evalúa el estado emocional a través del dibujo proyectivo de la forma en como el paciente se percibe a sí mismo. El formato de aplicación es individual y colectiva, preferiblemente debe realizarse de forma individual, el tiempo de aplicación no tiene límite específico. Se puede aplicar desde la edad de cinco años. Sus áreas de

aplicación comprende el área clínica, vocacional, laboral, educativa y organizacional (Hernández, 1996).

3.4.1.2 El dibujo de la Familia en la Práctica Médico-Pedagógica

Creada por Louis Corman, evalúa el estado emocional a través del dibujo proyectivo que manifiesta la forma en que la persona concibe su entorno familiar y el concepto del mundo que lo rodea. Su formato de aplicación es individual y colectiva, preferiblemente individual, el tiempo de aplicación no tiene un límite específico, se puede llevar a cabo desde los cinco años. Las áreas en la que se puede aplicar comprende la clínica, vocacional, educativa y organizacional (Corman, 1967).

3.4.1.3 Test Proyectivo Gráfico del Árbol

Realizada por Karl Koch, es un test proyectivo que evalúa el significado determinado en el subconsciente del individuo, basado en la figura de un árbol, debido a que de acuerdo con los arquetipos de Carl Jung, este tiene un significado en el inconsciente colectivo. Su formato de aplicación es individual y colectiva, preferiblemente individual, sin tiempo límite de aplicación. Se puede aplicar a escolares de primera y segunda enseñanza. Las áreas en las que se puede aplicar son la clínica, vocacional, laboral y educativa (Hernández, 1996).

3.4.1.4 Test Persona Bajo la Lluvia (PBLL)

Test de procedencia latinoamericana, específicamente de la Universidad de Buenos Aires, Estandarizado por Silvia Mabel Querol, Psico-neuro-inmunóloga y educadora para la salud, y María Chávez Paz, Psicoterapeuta, se considera una técnica proyectiva de naturaleza gráfica. Se puede aplicar en áreas clínica, forense, educativa, laboral, y en casos de abuso sexual. Cuyo objetivo es la evaluación profunda de la personalidad, imagen corporal, bajo condiciones desagradables, en donde se pueden evaluar, defensas utilizadas, ansiedades, temores, aspectos conductuales que se activan ante una situación de presión ambiental, y evidenciar una estructura psicopatológica subyacente. La aplicación es individual y colectiva, el tiempo para su ejecución

es variable, aunque podemos inferir en 30 minutos promedio. Se puede aplicar en niños, adolescentes, adultos y senectos (70-80 años) (Cerezo, 2010).

3.4.2 Pruebas Cuantitativas

3.4.2.1 Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS)

Su autor Hamilton, creó la prueba con el fin de valorar el grado de ansiedad del paciente, su formato de aplicación es individual y colectiva. Su tiempo de aplicación es de 20 minutos, se puede utilizar en pacientes mayores de 18 años. Su uso es de tipo clínico, laboral y organizacional (Banco de Instrumentos y Metodologías CIBERSAM, 2012).

3.4.2.2 Escala de Depresión de Montgomery Asberg (MADRS)

Sus autores son Montgomery S.A y cols, conformado por Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dalré R, Badía X, Baró E y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicosométricas (GVPEEP). Es un instrumento estructurado, el área aplicación es clínica, identifica trastornos depresivos, se puede trabajar con adultos, ancianos. Es una escala de 10 ítems, que evalúan síntomas cognitivos y de alteración del estado del ánimo. Se consideran 7 niveles de intensidad o gravedad, puntuados de 0-6, se elige la alternativa que refleje de mejor manera la situación clínica actual del paciente (CIBERSAM, 2012).

3.4.2.3 Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI)

Sus autores Stake R. Hataway y J.C. Mckinley, realizaron el test con el fin de evaluar la probabilidad de la presencia de una personalidad patológica en los pacientes. El formato de aplicación es individual y colectiva, el tiempo de aplicación varía de 60-90 minutos. La edad de aplicación puede variar de 19-65 años. El área en la que se aplica es exclusivamente clínica (Núñez, 1994).

3.4.3 Investigación Cualitativa Estudio de Caso

Según Oblitas (2008), el estudio de caso es un tipo de investigación que le ha permitido aportar conocimientos y técnicas específicas para la psicología clínica. Es considerado por Kazdin, 1980, citado por Oblitas 2008, como una fuente inagotable de nuevas ideas para la investigación. A su vez propone que los objetivos principales del estudio de caso son: ser una fuente de ideas e hipótesis sobre el desarrollo y ejecución de la conducta humana, e influir en el desarrollo de nuevas técnicas de intervención.

Se puede utilizar con diferentes fines: para reportar un fenómeno raro o inusual, o de nuevos métodos o procedimientos terapéuticos o de evaluación; para rechazar postulados rígidos sostenidos por un punto de vista teórico en particular; para generar hipótesis que pueden ser comprobadas a través de la investigación controlada.

En un estudio de esta naturaleza, se analiza el caso y tratamiento de un solo paciente, en forma minuciosa, el proceso terapéutico, para que se puedan conocer los antecedentes del problema, la evaluación, diagnóstico y tratamiento del problema, así como la respuesta del paciente.

Dentro de los aspectos que debe contener están: la historia del problema, historia médica, historia escolar, historia de pareja, elementos sobre su desarrollo, y personalidad, historia familiar, y estado actual. La información se puede presentar por medio de bloques, sesiones o temas. La idea es que otro clínico pueda llegar a comprender y evaluar el caso, para ampliar sus conocimientos.

Dentro de sus limitaciones encontramos que, se puede llegar a ser interpretativo, por lo tanto ser subjetivo, ya que no se tiene un control, o grupo control, con quien realizar comparaciones, esto impide controlar las variables que afectan la validez del caso. Por lo tanto, no utiliza la estadística, solo la descripción del mismo. Por consiguiente, se puede presentar una serie de casos, para obtener mayor claridad de lo que se pretende comprobar.

Capítulo 4

Presentación de resultados

La práctica profesional dirigida se inició en el mes de enero de 2012, en la Consulta Externa, Clínica de Psicología 13 A, concluyendo en el mes de junio de 2012, dando atención los días jueves y viernes de 8:00 a 12:00 hrs. a los pacientes que venían por su propia cuenta y los referidos por otros departamentos y hospitales o entidades públicas del país, como Derechos Humanos y Ministerio Público, brindando atención a 30 pacientes.

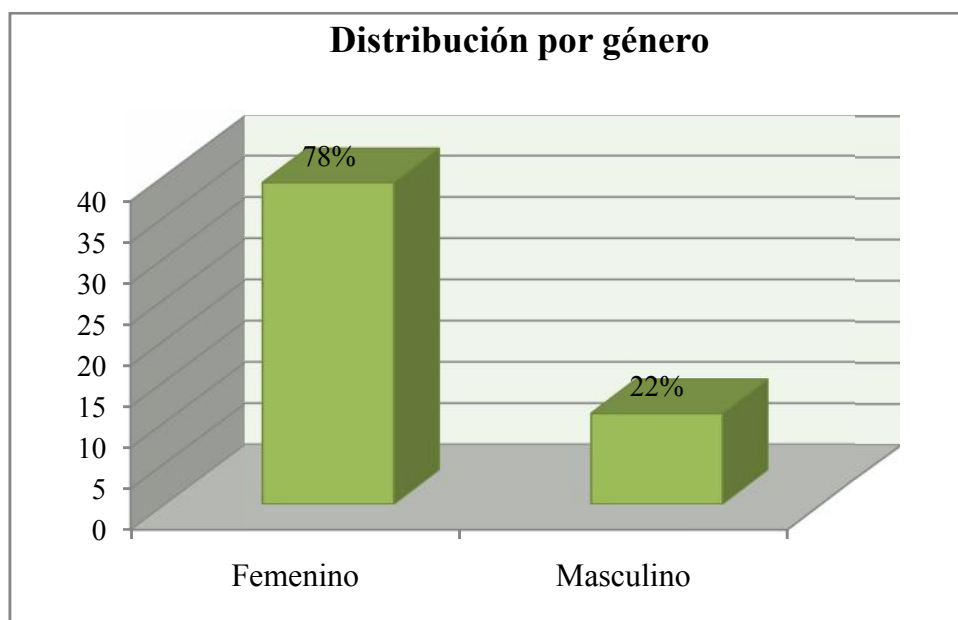
Rotando, posteriormente en los meses de julio y agosto de 2012, al área de encamamiento, en la cual se atendió en el mismo horario, los días martes y jueves, brindando atención a interconsultas provenientes de las áreas de Medicina de hombres y mujeres, Cirugía de hombres y mujeres, Urología, Traumatología, y Cuidados Intensivos. Dando atención a 20 pacientes. Para un total de 50 pacientes atendidos de forma individual.

Se realizaron cinco talleres para los grupos A y cinco talleres para el grupo B de pacientes con Hipertensión y Cardiopatías, los cuales se enfocaron en técnicas de Relajación, Visualización, Psicoterapia Corporal, Técnicas Cognitivo-conductuales y Psicoeducativas utilizando las instalaciones del hospital, material de trabajo y recursos audiovisuales. Los talleres para el Grupo A, conformado por 23 pacientes, se realizaron los días martes, mientras que los talleres para el grupo B, conformado por 28 pacientes, fueron impartidos los días jueves, ambos con una hora de duración.

La práctica profesional dirigida se realizó en 32 semanas, dos días por semana, para un total de 256 horas, dos semanas en las que se atendió todos los días, 40 horas adicionales para un total de 296 horas. Y 38 semanas en las que se utilizaron 6 horas semanales para la elaboración de expedientes, para un total de 524 horas.

A continuación se presenta los pacientes atendidos de forma individual, de acuerdo a distribución por género, edad, diagnóstico más frecuente y técnicas más utilizadas.

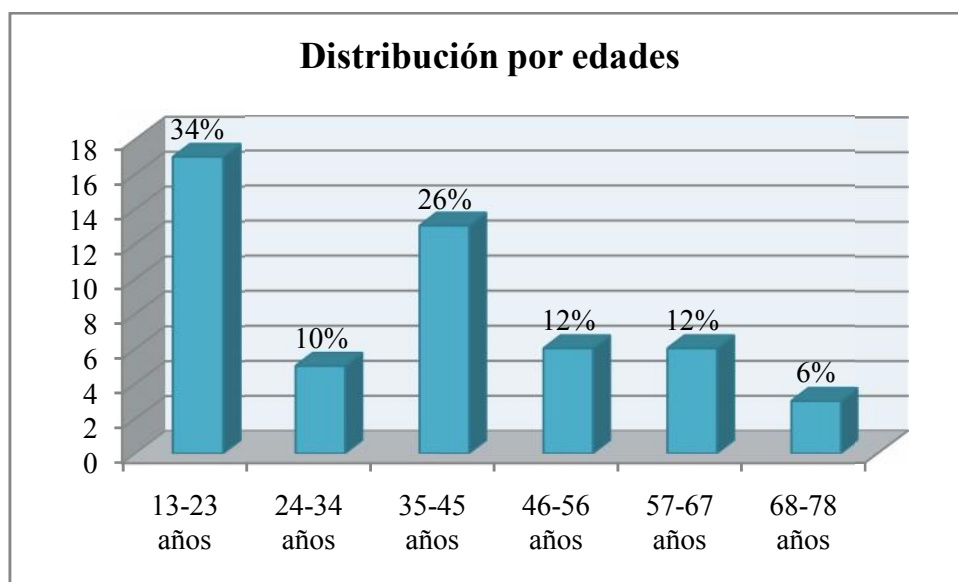
Gráfica N.1



Fuente: Pacientes atendidos en el área de Psicología Clínica del Hospital General San Juan de Dios (HGSJDD), durante la práctica profesional dirigida; año 2012.

Género	Femenino	Masculino
# de pacientes	39	11
# total de pacientes	50	

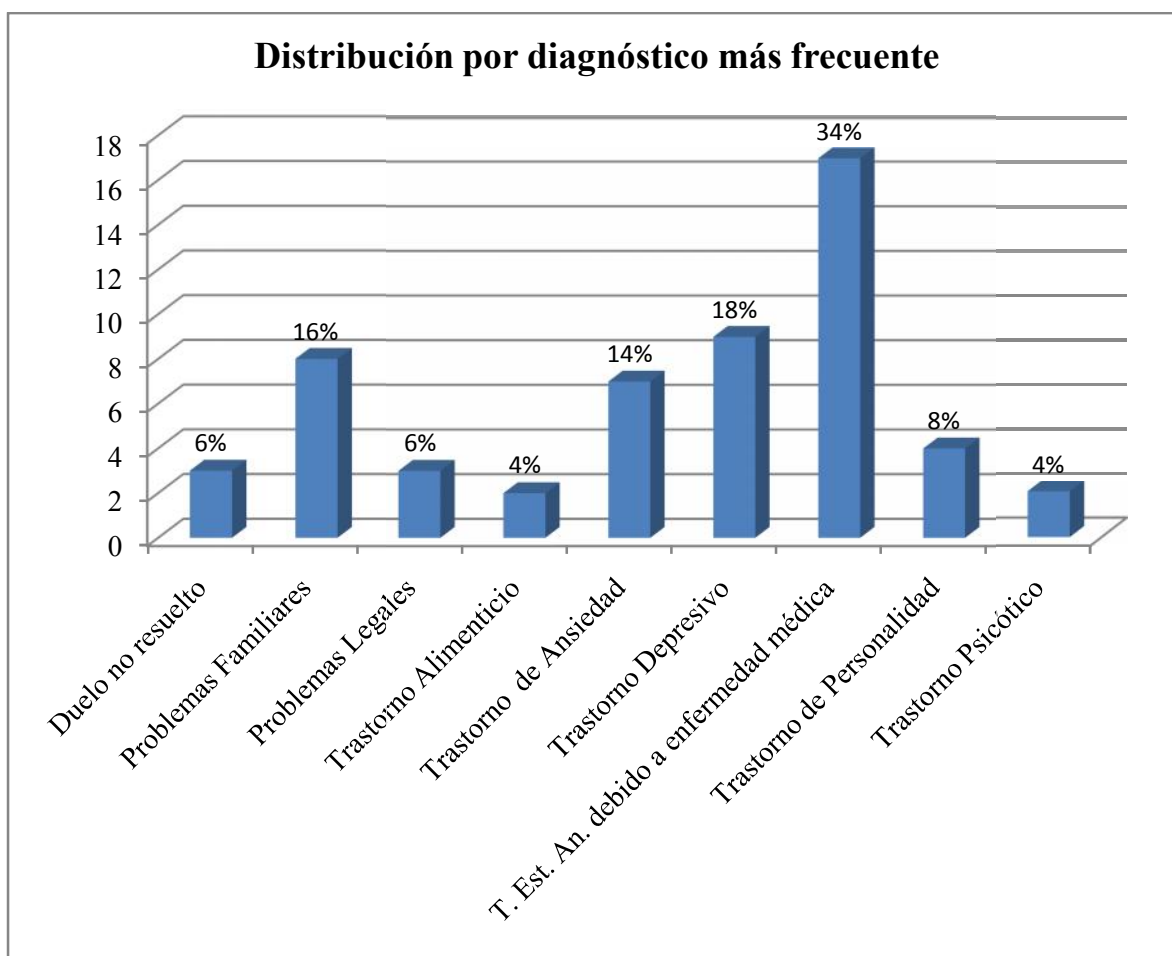
Gráfica N.2



Fuente: Pacientes atendidos en el área de Psicología Clínica del Hospital General San Juan de Dios (HGSJDD), durante la práctica profesional dirigida; año 2012.

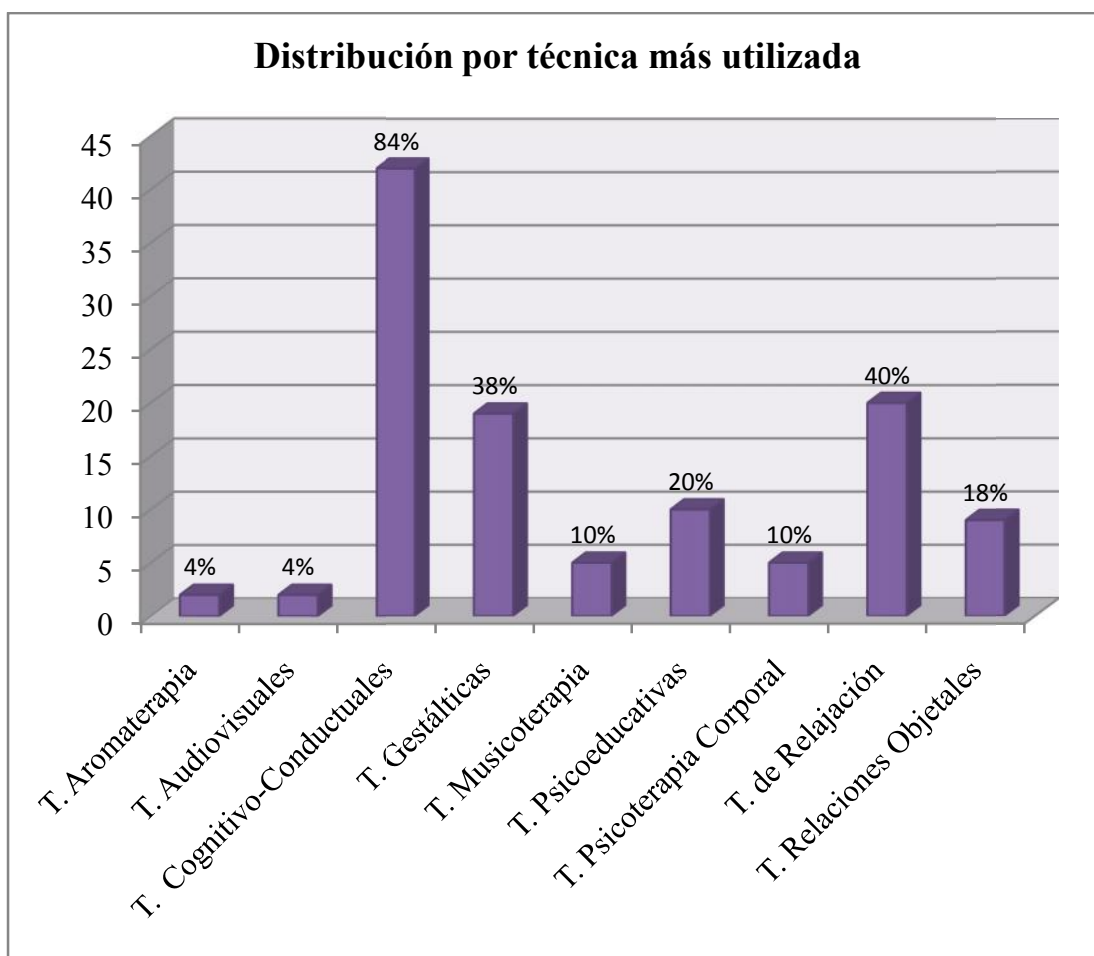
Rango de edades	13-23	24-34	35-45	46-56	57-67	68-78
# de pacientes	17	5	13	6	6	3
# total de pacientes	50					

Gráfica N.3



Fuente: Pacientes atendidos en el área de Psicología Clínica del Hospital General San Juan de Dios (HGSJDD), durante la práctica profesional dirigida; año 2012.

Gráfica N.4



Fuente: Pacientes atendidos en el área de Psicología Clínica del Hospital General San Juan de Dios (HGSJDD), durante la práctica profesional dirigida; año 2012.

4.1 Sujetos de estudio

De los casos atendidos de forma individual, se eligieron dos casos para la presente investigación, los cuales cumplían con las características de estudio.

4.1.1 Caso F.P.

Se describe el caso de la paciente F.P., de sexo femenino, nació en Quiché el cinco de octubre de 1994, al inicio de la intervención psicológica, la paciente tenía 17 años, soltera, católica, estudió hasta tercero básico. La hermana de la paciente la lleva a consulta, debido a que el presente año ya no quiso estudiar, manifestando sentimientos de infravaloración y tristeza causados por la falta de su dedo pulgar, la trajo a vivir a la capital, para cambiar de ambiente, porque en su lugar de origen refería sentirse cada vez peor.

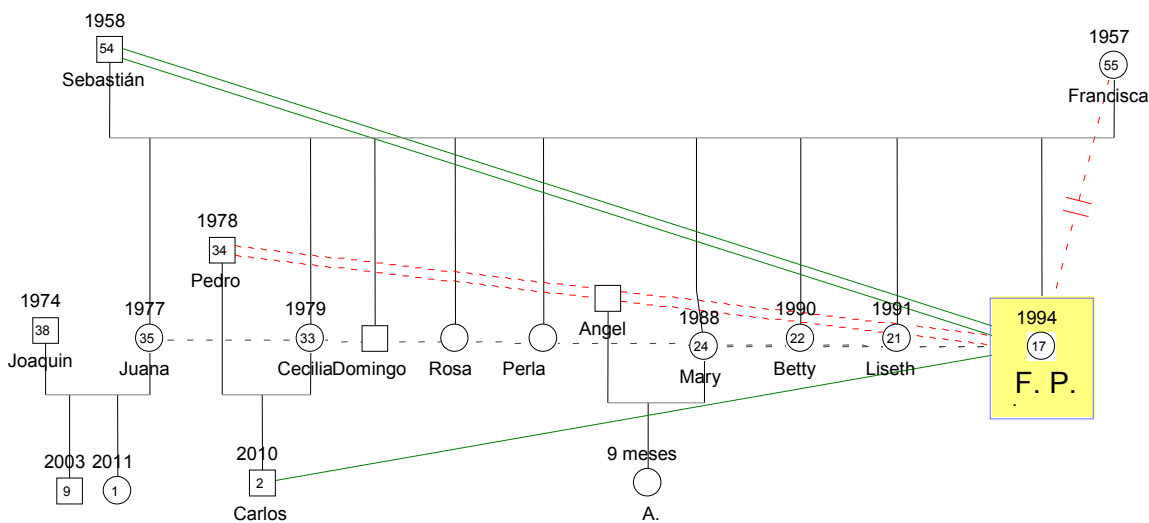
La paciente presenta baja autoestima desde que le sucedió el accidente a los 8-9 años. Se hirió el dedo pulgar, cuando estaba jugando con un machete, la llevaron al hospital, le hicieron algunas curaciones, a los quince días, el médico les sugirió que la llevaran, nuevamente al hospital debido a la presencia de zonas de necrosis, la amputación se realizó sin autorización de los padres, porque el padre estaba trabajando y la madre no se encontraba, la paciente deduce la responsabilidad hacia su madre. Su infancia fue difícil debido a la forma en que la trataban sus compañeros e incluso sus hermanos, quienes han llegado a decir que ella no es su hermana, ha tenido pocos amigos, refiere que ha sido tímida. Tiene intención de entrar a estudiar a la Escuela de Enfermería Auxiliar, pero debe tener dieciocho años cumplidos, así que va a esperar al otro año, aunque experimenta ciertos sentimientos de incapacidad al respecto.

Su etapa de adolescencia se desarrolló normalmente, en cuanto al aspecto fisiológico, en el área emocional ha enfrentado dificultades de autoestima, y en sus relaciones familiares y entre iguales, manifiesta una actitud sumisa ante los demás, sin ningún antecedente de consumo de drogas o alcohol.

Manifiesta no haber tenido relaciones sexuales, que a los quince años tuvo su primer novio, pero que lo dejó porque se regresó a Quiché por razones de estudio. Al inicio del proceso terapéutico

tenía una relación de noviazgo, terminó la relación porque se enteró que otra joven estaba esperando un hijo de él.

Dentro de la dinámica familiar, F. P. se lleva mejor con su padre, es una relación fusionada con grandes expectativas de aprobación, por otra parte la relación con su mamá es distante con cierta desconfianza, tienen escasa comunicación, desde que se encuentra en la capital habla muy poco con ella, en el fondo la extraña, pero existe un fuerte desapego. La relación con todos sus hermanos es distante, se lleva bien con sus hermanas aunque le cuesta expresarse y hablar de temas íntimos. A continuación el genograma:



Al inicio del proceso terapéutico F. P. se presentó en estado de alerta y lucidez, su aspecto físico denotaba higiene y cuidado, su forma de vestir fue siempre casual, al inicio su actitud era tímida e introvertida, la cual se fue tornando amistosa y colaboradora, durante el proceso terapéutico. Orientada en tiempo espacio y persona, con memoria, atención, concentración, y motricidad adecuadas.

Lenguaje coherente, poca velocidad, cantidad, volumen, de tipo concreto y condensado. Su pensamiento es lógico, relevante, organizado, coherente, en asociación y continuidad. El contenido del mismo era al inicio referente a ideas y preocupaciones de su estado físico, que poco a poco fueron teniendo una connotación positiva. Con secuencia verbal e ideacional, que respeta

las reglas de la lógica, al principio presentaba inadecuada conciencia de realidad con respecto a lo impactante de su estado físico para los demás, ya que al inicio creía las opiniones de sus compañeros de escuela y hermanos.

Su afectividad era discordante en cuanto al relato de los hechos, manifestaba una risa nerviosa cuando hablaba de temas dolorosos. En el transcurso del proceso fue aceptando y tomando conciencia de la naturaleza de sus síntomas y la necesidad de la intervención terapéutica. A continuación resultado de las pruebas:

Interpretación de Pruebas Proyectivas

(Figura Humana, Test proyectivo Gráfico del Árbol, Test Proyectivo de la Familia).

De acuerdo con los resultados obtenidos, se pudo evidenciar deseos de contacto, de relacionarse, introversión, poca determinación, tendencia a la depresión, cierto grado de impulsividad, incapacidad para recibir, rasgos de ansiedad de origen en sus pensamientos.

Tendencia a la regresión, la figura masculina contiene aspectos más femeninos que la figura femenina, quizá porque es de quien recibe mayor apoyo, afirmación y consentimiento que son aspectos maternos-femeninos es del padre y no de la madre, lo que puede representar, fuerte dependencia a la figura paterna, fijación o dependencia de persona de sexo opuesto.

Proyecta a su vez una figura femenina más grande, rígida y formal, con detalles que expresan estrechez y poca apertura, que denotan la relación distante con la madre. Hay cierta identificación con la madre, ya que en su dibujo las figuras femeninas se detallan igual, sin embargo expresa frustración, no solo hacia su figura sino a la figura femenina.

Denota horizontes limitados, ve el futuro como un espacio de prohibición en el que no tiene derecho de soñar y de realizarse, proyecta rigidez, artificialidad, persona reservada, obstinada, sistemática, falta de elasticidad, convencionalismo, habilidad para lo abstracto, cierto grado de infantilismo e inmadurez, vulnerabilidad, inhibición, dificultades en la adaptación.

Proyectaba además, actitud defensiva, trazos propios de sujetos con una personalidad formal, en control con lo que tenga que ver con espontaneidad de las emociones y de los sentimientos, filtran lo que van a exteriorizar. Manifestaba suavidad y cautela, deseos de importancia, necesidad de ver claro y concreto con la finalidad de eludir sus propios conflictos, pueden ser indicadores de sujetos vivaces, evaluativos y calculadores.

Presentaba indicadores de decaimiento, pesar, abatimiento, depresión, desgano. Se puso de manifiesto la negación de la existencia de los demás hermanos y la formación reactiva con uno de ellos, lo cual indica rivalidad fraterna.

Interpretación de Pruebas Cuantitativas

Escala de Depresión de Montgomery- Asberg (MADRS)

La puntuación obtenida en el presente test es de 11 puntos, lo cual sugiere un estado de tristeza leve, sobre todo un estado de decaimiento pero que se anima sin dificultad, tensión interna media, apatía al inicio del día, ideas variables de fracaso, autorreproche o desvalidación. Menor capacidad par disfrutar de la vida y de las cosas que normalmente le interesan, pero dichos síntomas no son suficientes para sustentar un Episodio o Trastorno Depresivo, ya que aunque tiene una evolución de dos meses, no cumple cinco de los síntomas depresivos necesarios según los criterio del DSM-IV TR.

Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS)

De acuerdo con el resultado de 9 puntos, F.P. manifiesta humor ansioso moderado, tensión nerviosa leve, humor depresivo leve, síntomas somáticos musculares leves, sensación de desmayos leves, síntomas del sistema nervioso vegetativo leve. Para esta escala es necesaria una puntuación de 16 para considerarse Trastorno de Ansiedad, a su vez no cumple con criterios suficientes como para considerarse como tal según los criterios diagnósticos del DSM-IV TR.

Impresión Diagnóstica

De acuerdo con la entrevista clínica, historia personal, historia familiar, examen del estado mental y resultados obtenidos en las pruebas psicológicas, se consideró que F. P. presentaba síntomas depresivos y de ansiedad; sin embargo, no eran suficientes para sustentar en base a los criterios del DSM–IV TR, un Trastorno Afectivo o de Ansiedad. Se consideró que dichos síntomas eran fruto de que F. P. resentía la relación distante con su madre, que el accidente fue un tipo de confirmación del abandono emocional por parte de su progenitora, culpándola de no cuidarla, porque estaba pequeña cuando sucedió el accidente.

F. P. en su interior ha anhelado una relación afectiva y efectiva con su madre, y al no tenerla, su autoestima se ve soslayada debido a que su apego fue inseguro, y es la identificación con la madre la que tiene una fuerte impresión en la integración del Yo y de su feminidad. Por otra parte se ha apegado a su padre, a quien ve como su salvador, pero quien no tiene autoridad, ni ve como figura patriarcal, por su cultura la relación es de poca confianza y con mucha necesidad de apoyo y comprensión.

Aunado a ello, el trauma ocasionado por la carencia del dedo pulgar de la mano derecha y las burlas proferidas por sus propios hermanos e iguales, dieron como resultado una autoestima deficiente.

Diagnóstico Multiaxial

EJE I: Trastorno Depresivo Mayor (rasgos), Trastorno de Ansiedad (rasgos).

EJE II: Z03.2 Ningún diagnóstico.

EJE III: Ninguno

EJE IV: Z63.8 Problemas Paterno-filiales, F93.3 Problema de relación entre hermanos; Problemas relativos al ambiente social (discriminación); Problemas relativos a la enseñanza (conflicto con los compañeros de clase); Problemas de vivienda (conflicto respecto a con quien vivir en la capital).

EJE V: EEAG = 60 (en el momento de la evaluación).

Evolución

Una vez aplicado el plan de tratamiento la paciente fue capaz de:

- Disminuir sus sentimientos de infravaloración, aumentando su autoestima, autovalía, autoaceptación, autoconfianza y autodeterminación para encontrar el propósito de su vida y verse a sí misma como un ser humano útil y necesario para la sociedad.
- Vencer el sentimiento de vergüenza por la falta de su dedo pulgar, ahora es capaz de expresarse en lenguaje no verbal, utilizando sus manos, ya que antes de iniciar la terapia escondía su mano, y por lo tanto no manejaba adecuadamente su lenguaje corporal.
- Eliminar sentimientos de culpa y auto depreciación debidos a la pérdida de su dedo.
- Aumentar los niveles de funcionamiento y disminución de síntomas depresivos.
- Logró crear un insight de tipo afectivo, lo cual generó perdón y sanación de sus relaciones objetales, específicamente con la madre.
- Se motivó el perdón, hacia sus hermanos por burlas proferidas por su condición física, al mismo tiempo que se fortaleció la confianza en sí misma y hacia los demás.
- Logró establecimiento de límites de una forma adecuada específicamente con su cuñado. Es capaz de comunicarse de una manera efectiva y eficiente.
- Restablecer su integridad Yoica, lo suficiente para poder exponer a sus padres, sus planes a futuro, así como la necesidad de apoyo y respeto por parte de los mismos para poder alcanzar sus propios sueños y metas.
- F.P. logró incorporarse a la población laboralmente activa, como producto de la autodeterminación y autoconfianza generada, lo cual se retroalimenta al sentirse activa y productiva.
- Define como próxima meta, entrar a la escuela de enfermería y dedicarse a lo que más le gusta.
- Se logró una entrevista con la hermana y el establecimiento de una red de apoyo y comprensión por parte de la familia a través de ella.

4.1.2 Caso L.H.

Para la presente investigación se describe el caso de la paciente L.H. de sexo femenino, quien nació el primero de julio de 1969. De 43 años de edad, soltera, estudió hasta sexto primaria, es cultora de belleza, realiza ventas por catálogo. No profesa una religión.

Es referida por el Departamento de Psiquiatría del Hospital General San Juan de Dios, debido a que la paciente presenta un cuadro depresivo por lo que está siendo medicada, solicita apoyo psicológico para tratamiento integral. Hace dos años acudió al Hospital General para evaluación y tratamiento, por presentar síntomas como anhedonia, hipersomnias, debilidad, cefalea y labilidad afectiva, fue atendida por la Psiquiatra del hospital, quien le recetó Paroxetina, 20 mg $\frac{1}{2}$ al día, refirió mejoría en los primeros 8-10 días, pero recayó, por lo que consultó nuevamente, le fue cambiada la dosis le redujeron el $\frac{1}{2}$ mg, dosis actual.

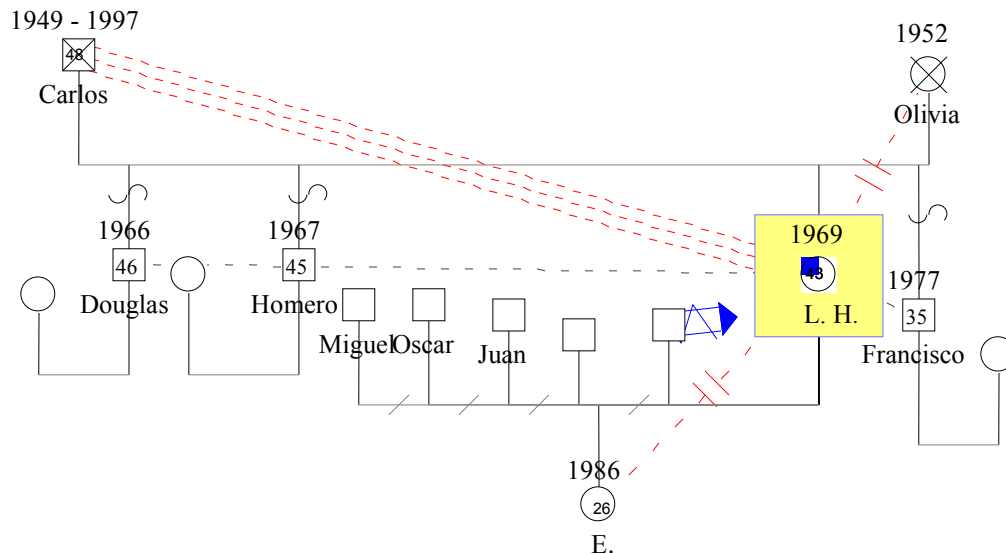
Manifestando leve mejoría, refiere que ha notado que no se emociona por nada, se siente aburrida, irritada la mayor parte del tiempo, se siente incapaz de sentir amor, todo lo molesta y ha manifestado una actitud crítica hacia las demás personas. En cuanto a su imagen corporal no se siente conforme, cuando se mira al espejo se siente mal con ella misma.

L. H. piensa que su mamá no la deseaba, porque la abandonó a los dos años y la dejó a cargo de su padre quien era alcohólico, a ella y a sus hermanos los cuidó su abuela. Estudió hasta segundo primaria, vendía periódicos o se iba a ayudar a descargar camiones, lo que hacían sus hermanos mayores. Luego de la muerte de su abuela no había quien les diera de comer, recuerda que una señora les ayudaba.

A los trece años huyó a México y conoció a una señora, quien la vendió a un señor quien abusó de ella, luego comenzó a fumar e ingerir alcohol. A los 17 años quedó embarazada, el período de embarazo lo vivió con su tía y cuando la niña nació se la dejó a ella, actualmente su hija tiene 26 años, ella desde que la entregó nunca la volvió a ver. Se unió en dos ocasiones, a los 19 y 25 años, las relaciones se terminaron porque ella refiere haber sido celosa y posesiva.

Manifiesta que a los veintidós años decidió dejar sus amistades y buscar la manera de trabajar, empezó ayudando en casas, después trabajó en la cocina de restaurantes, luego vendiendo por

catálogo y juntó un poco de dinero para estudiar belleza en el Intecap. A continuación el genograma:



Al inicio L. H. se presentó en estado de alerta y lucidez, orientada en tiempo espacio y persona, su aspecto físico lucía desaliñado. Actitud desconfiada y negativista, la forma en que saludaba denotaba ansiedad, reaccionando de forma hostil al estar en compañía, la forma de relatar su malestar era como que tuviera curiosidad en saber lo que tiene pero no está interesada en el tratamiento, su actitud se sostuvo a lo largo de la primera sesión. La cual se fue tornando colaboradora y amistosa a lo largo del proceso terapéutico. Atención y concentración, memoria, y conducta motora adecuadas.

Lenguaje coherente, con adecuadas velocidad, cantidad y volumen, su relato condensado, su pensamiento lógico, relevante, organizado, coherente en asociación y continuidad. En algunos puntos el pensamiento era tangencial. El contenido del pensamiento era relativo a querer resolver los problemas de la infancia. Con actitud egodistónica, en su afectividad manifestaba ansiedad, y anhedonia, su estado de ánimo era parco, indiferente, incapaz de sentir amor o motivación en la vida. Se consideró que tenía conciencia de la naturaleza de sus síntomas y la necesidad de

tratamiento psicológico, en capacidad de tomar decisiones y de condición fiable. A continuación resultado de las pruebas:

Interpretación de Pruebas Proyectivas

(Figura Humana, Test proyectivo Gráfico del Árbol, Test Proyectivo de la Familia, Test Persona Bajo la Lluvia).

L. H. manifiesta una tendencia a adoptar una actitud defensiva frente al mundo, debido a conflictos profundos sobre los cuales se mantiene un control rígido pero frágil.

La simetría de sus elementos se relaciona con estados de excesivo control emocional, y con estados fuertemente depresivos. Actitud de defensa ante situaciones emocionales reprimidas y protección contra un ambiente que es concebido como amenazante. El tamaño del dibujo denotaba sentimientos de inferioridad e inadecuación frente a su entorno.

La posición en la mitad inferior denotaba estabilidad, serenidad; sin embargo, cierta tendencia a deprimirse, se observaba marcada ubicación en el lado izquierdo lo cual implica tendencia a la regresión, inmadurez e introversión. L. H. dibujó una figura que no se interpreta a primera vista excepto por los tacones como figura femenina, lo cual denota confusión en su rol sexual.

Es decir lo que en este caso una mujer realiza en su rol como tal. Los botones y cinturón agregados al dibujo son de carácter masculino lo cual proyectaba sus actitudes de necesidad de protección e independencia como mecanismo de defensa, manifestaba inseguridad en el área femenina del ser. Su énfasis en el cabello significa pujanza viril, conflicto en conducta sexual.

Su dibujo revelaba altas aspiraciones intelectuales, sublimación, intelectualización o racionalización como mecanismo de defensa, así como evasión de las relaciones interpersonales para vivirlas de forma conflictiva, sus características a la hora de relacionarse son cautela, superficialidad y hostilidad. Énfasis en la boca, según los criterios de interpretación significa infantilismo, dependencia oral, de tipo pasivo.

Persona bloqueada por un fuerte estado angustioso, fallas en la voluntad, sentimientos de abandono y frustración.

Al lado izquierdo del test del árbol, dibujó otro árbol más pequeño, con características similares pero con rasgos menores de ansiedad en su copa, lo cual es una clara revelación del inconsciente, el cual a través de este árbol más pequeño representa a su hija a quien entregó a su tía al nacer, y a quien no volvió a ver ni a saber de ella. L. H. ha creado una familia como la que quisiera tener, que dista de la familia real, el dibujo trata de una pareja y sus dos hijos, la posición de la pareja manifiesta una actitud de cuidado, los hijos están ubicados al centro, no tienen ningún tipo de contacto que refleje afecto y unión lo cual puede ser por la poca experiencia de relación y afecto experimentada en la relación de familia.

El personaje con mayor significado y relevancia por su tamaño, amplitud, detalle es la madre, en este caso es el personaje temido, se observa que el dibujo de la hija tiene una posición de huida, en dirección contraria a donde está dibujada la madre, de los dos hijos es la que se encuentra lejos de ella, dispuesta en una actitud de sumisión y con los ojos cerrados, denota la rigidez en sus brazos que implica una negación a dar y recibir afecto, por el contrario el dibujo de la madre tiene una posición de autoridad, fluidez, una mirada altiva y segura de sí misma.

El personaje que está desvalorizado es L. H. representada por el dibujo de la hija, tiene sus hombros caídos, posición de sumisión, como viendo hacia abajo, ojos cerrados, sus piernas son delgadas, vs, las piernas de la figura materna que son gruesas y tienen tacones.

Se refleja una demanda de atención y aprobación hacia su padre, debido a que la figura se dirige hacia él, se encuentra alejada afectivamente, no se encuentra ningún lazo de unión, la figura paterna se encuentra viendo hacia enfrente con cierta actitud indiferente. El movimiento ejecutado al subir las manos como recibiendo el agua y la posición del dibujo viendo de frente muestra disposición a enfrentar al mundo. Comportamiento presente. O bien puede interpretarse como la expectativa de recibir ayuda, frente a los problemas.

La lluvia está ubicada, exclusivamente sobre el dibujo de la persona, lo que denota que L. H. percibe que las dificultades y situaciones difíciles están sobre ella o contra ella y no ve las dificultades que pueden estar presentes en su entorno y que tienen o padecen otras personas. La ausencia de paraguas indica sensación de falta de defensas ante el mundo.

Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)

Se obtuvo una puntuación de 31, lo cual es indicador de Depresión Moderada.

Escala de Hamilton de Ansiedad (HARS)

El resultado de la puntuación fue de 17, lo cual no llega a ser un Trastorno de Ansiedad según los criterios del DSM IV Tr, pero estos síntomas ameritan tratamiento, lo cual se tomará en consideración el plan y elaboración del mismo.

Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI)

Escala L se encontró una puntuación de 6, puntuaciones de 6-8 revelan la disposición de ofrecer respuestas socialmente aprobadas, en relación con valores morales y control de sí misma.

Escala F, se obtuvo una puntuación de 18, muestra resistencia a realizar la prueba o cualquier método que tenga que ver con la evaluar de su personalidad.

Escala K se obtuvo una puntuación T de 48, por ser inferior de 50 y tener una escala F alta, da la impresión de que se trata deliberadamente de dar un perfil falso de personalidad.

Escala 1. Hipocondría (HS): se encuentra dentro de puntuación D 26, natural en mujeres, dentro del rango de puntuación T de 75-84, manifiesta interés por la integridad física, y un gran número de preocupaciones de origen somático, en donde sus defensas somáticas no son efectivas, puede pedir que la traten y a la vez rechazar y devaluar cualquier ayuda, actitud de amargura con expresiones directas de hostilidad.

Escala 2, Depresión (D): con puntuación D de 29, rango de 60-69 en puntuación T, se encuentra Depresión Leve, pesimismo, pero con mecanismos para estabilidad duradera. Escala 3, Histeria (HI): no muestra datos relevantes en relación a las dos escalas anteriores.

Escala 4, Desviación Psicopática: se obtuvo una puntuación D de 15 y puntuación T de 41, característico en personas convencionales, conformistas, pasivas, reservadas, moralistas y con pocos intereses.

Escala 5, Masculino Femenino (MF): rango de puntuación T de 56-65, con una puntuación D de 33, refleja capacidad en la competencia, gran actividad.

Escala 6, Paranoide (Pa): su puntuación T elevada de 91, con puntuación D de 22, sugiere temor de ser atacado, que otros dominen sus habilidades, su conducta, sus creencias y quieran controlar su voluntad; característico en personas que han recibido diferentes grados de ataque, crítica y opiniones negativas, mientras más elevada es la puntuación mayor es el ataque y la humillación que han recibido.

Escala 7, Psicastenia (Pt): puntuación D de 35 y puntuación T entre rango de 60-74, en esta escala se evidencian conductas como el perfeccionismo, el orden y la autocrítica, presentando ansiedad, indecisión y tensión.

Escala 8, Esquizofrenia: puntuación D de 22, en el rango de puntuación T de 45-59, se presentan combinación de intereses prácticos y teóricos.

Escala 9, Manía (Ma): Se obtuvo una puntuación D de 20, cae en el rango de puntuación T de 45-59, esta puntuación se encuentra en personas cuya actividad y energía es característica de personas sanas.

Escala O Introversión Social (Is): se obtuvo una puntuación T de 55, correspondiente al rango de 45-59, dentro de este grupo se encuentran personas caracterizadas por su capacidad para establecer relaciones sociales, de naturaleza satisfactoria.

Impresión Diagnóstica

De acuerdo con la entrevista clínica, historia personal, historia familiar, examen del estado mental y resultados obtenidos en las pruebas psicológicas, se considera que L.H. manifiesta una actitud defensiva y hostil hacia el mundo, debido a que vive afectada por las situaciones pasadas de desamparo, abandono y desaprobación, originadas en la figura primaria de apoyo y confianza que es la madre. Lo cual la ha llevado a un estado de constricción emocional, porque los mecanismos de defensa para evitar todo el dolor que ello le genera son, racionalización, intelectualización, negación y formación reactiva.

En el fondo teme ser atacada, herida o humillada, ya que estas fueron las situaciones que la rodearon durante su infancia, lo que le genera una necesidad de tener un control excesivo y rígido, pero que a la vez resulta frágil y afectan en sus decisiones y conductas. A consecuencia del abandono a una edad temprana, L.H. carece de una figura materna real en la que pudiera identificarse, a la vez las demandas del padre con un nivel de exigencia como el que demandaba de sus hermanos varones forjó una confusión en el rol social de la mujer, y un conflicto con su imagen corporal, por lo que ella viste y actúa como un varón a la hora de sobrevivir ante las exigencias del mundo que le rodea. A la vez la situación de abuso sexual le ha ocasionado dificultad para desarrollar una relación de pareja emocional y sexualmente sana, en la que pueda dar y recibir.

Manifestaba una clara evasión en cuanto al rol materno, como parte del rol femenino, su necesidad de control, rigidez y alta moral son un mecanismo de defensa al evitar sentir culpa por ella misma haber abandonado a su hija, tal y como lo hizo su madre.

El vivir recordando y racionalizando estas situaciones le han desencadenado síntomas depresivos y ansiosos, autoestima deficiente, proyectando una imagen agresiva y socialmente dominante. Es importante resaltar que la constricción emocional que L.H. manifiesta tiene componentes de origen fisiológico, tanto la anhedonia como la apatía son parte de los efectos secundarios de la administración de Paroxetina, a la vez que estos estados afectivos son comunes en el Hipotiroidismo, por lo cual se tomará en cuenta a la hora de la elaboración del plan de tratamiento, así como estipular técnicas psicoeducativas para el abordaje terapéutico.

Diagnóstico Multiaxial

EJE I: F 34.1 Trastorno Distímico.

EJE II: F60.5 Trastorno Obsesivo Compulsivo de la personalidad (rasgos).

EJE III: Hipotiroidismo, Úlcera Gástrica, Bruxismo.

EJE IV: Z63.8 Problemas Paterno-Filiales; F93.3 Problema de relación entre hermanos; Problemas relativos al ambiente social; Problemas de vivienda; Problemas económicos.

EJE V: EEAG = 60 (en el momento de evaluación).

Evolución

Durante el proceso terapéutico la paciente fue capaz de:

- Entender la génesis multifactorial de sus síntomas, para disminuir la ansiedad que esto le provocaba.
- A través de técnicas Cognitivo-Conductuales, se logró la disminución de síntomas depresivos aunado al tratamiento farmacológico (Paroxetina).
- A través de técnicas de relajación y visualización se logró la disminución de síntomas ansiosos.
- A través de historias, cuentos y analogías se logró que la paciente pudiera adoptar y poner en práctica la espontaneidad, y creatividad para disminuir rigidez e inflexibilidad que le provoca preocupación pues refuerza su motivo de consulta.
- Fortalecer su autoconocimiento, aprender autodeterminación autovaloración, e integrar su sentido de capacidad e integridad del Yo.
- Se logró procesar el abuso sexual durante la adolescencia. (Perdón- duelo).
- Se logró el proceso de perdón hacia su madre, a través del ejercicio de Relaciones objetales, Madre Ideal-Madre Real.

4.2 Discusión de casos

En base a la entrevista clínica, historia personal, historia familiar, examen del estado mental y resultados obtenidos en las pruebas psicológicas, se pudo detectar que en ambos casos, el vínculo emocional primario, o apego fue de tipo inseguro, así como la presencia de rasgos depresivos.

4.2.1 Caso F.P.

En el caso de F.P. se trata de un apego de ansiedad /ambivalencia, lo que originó, inseguridad por parte de la paciente, acerca de la actitud de sus padres, para brindarle ayuda en el momento oportuno, generando inseguridad de que sus necesidades sean satisfechas. Esto quedó claramente evidenciado en el momento del accidente en donde F.P., perdió su dedo pulgar. Durante la

entrevista, respondió que atribuía a su madre el hecho de que no la hubiera cuidado, que no se diera cuenta, de que siendo una niña pequeña estaba jugando con un machete, y que hayan dejado tanto tiempo sin brindarle atención médica adecuada, ya que debido a esto la necrosis avanzó, dando como resultado la amputación del mismo.

De acuerdo con la clasificación descrita por Bartholomew y Horowitz (1991), citados por Satir (2009), exhibe a su vez un apego Preocupante, debido a que manifestaba una idea negativa de sí misma y una idea positiva de los demás. Pensando que los demás son personas capaces e íntegras, y ella no. Lo que contribuía, directamente al desarrollo de pensamientos y sentimientos de infravaloración, autoestima deficiente, inseguridad, incapacidad, soledad y culpa.

La carencia de una red de apoyo familiar-social, como el caso de que los mismos hermanos se burlaban y avergonzaban de ella, y la falta de una figura de apego particular, provocan una vinculación social deficiente, lo cual se transforma en un caldo de cultivo para síntomas depresivos.

De alguna manera F.P. reconstruía en su mente, una relación objetal ideal, la contrastaba con la madre real, experimentando frustración y culpa, reviviendo el círculo de reparación-autodestrucción. No fue sino hasta el momento de liberarse de la fantasía ideal, y comenzar el proceso de aceptación de la madre real, que pudo aceptarse a sí misma y evidenciar sus propias capacidades y crecimiento personal.

Es importante tomar en cuenta que durante el proceso terapéutico, fue de vital importancia, solicitar ayuda y colaboración de la hermana, quien fungió como soporte y apoyo.

4.2.2 Caso L. H.

En este caso se trata de un apego inseguro de tipo evitativo, el cual está caracterizado por una actitud defensiva y de rechazo hacia el objeto de apego, exhibiendo señales de separación con angustia.

Para la clasificación descrita por Bartholomew y Horowitz (1991), citados por Satir (2009), se encuentra en un tipo de apego Evitativo-Temeroso, es decir, una idea negativa del Self como de

los demás. Esto se evidencia de acuerdo a los resultados de el Inventario Multifásico de la personalidad, ya que la Escala 6, Paranoide (Pa): obtuvo una puntuación T elevada de 91, con puntuación D de 22, sugiere temor de ser atacado, de que dominen su vida y su voluntad, característico en personas que han recibido diferentes grados de ataque, crítica y opiniones negativas. Por lo que, manifiesta una actitud defensiva y hostil hacia el mundo, viviendo afectada por las situaciones pasadas de desamparo, abandono y desaprobación, originadas en la figura primaria de apoyo y confianza que es la madre. Lo cual la ha llevado a un estado de constricción emocional, debido a que los mecanismos de defensa para evitar todo el dolor que ello le genera son, racionalización, intelectualización, negación y formación reactiva.

La búsqueda constante de una respuesta al abandono emocional de su madre, le mantenían en un estado de autorreproche y autodepreciación, reuniendo los criterios para el diagnóstico de un Trastorno Distímico, de acuerdo con el DSM-IV -TR. Tal como lo explica Monedero (1978), la depresión no cumple la misión reparadora que se propone, puesto que los accesos o síntomas depresivos se repiten, en este caso se instalan como un trastorno crónico. A su vez, es interesante que en este caso no impidió que se repitiera, porque al sentirse incapaz para ser madre, la paciente abandonó también a su hija a una edad temprana.

La evidencia nos dice que en parte la depresión tiene lugar porque en la infancia, se vivió una pérdida del objeto amoroso, que el paciente depresivo vuelve a revivir en su edad adulta, pero el tratamiento de éste tipo de trastornos, se debe llevar a cabo de manera integral, e interdisciplinaria.

Conclusiones

Existe una relación directa entre apego inseguro y el apareamiento de síntomas depresivos, debido a que a medida en que sus apegos no eran sanos, provocaban en las pacientes de estudio, necesidades y anhelos del objeto amoroso, de tal manera que al no obtener dicha retroalimentación afectiva, aparecían pensamientos y sentimientos de frustración y auto depreciación que dieron inicio a los síntomas depresivos; sin embargo, son determinantes otros factores como, la personalidad, y la existencia de una red de apoyo familiar-social, para que dichos síntomas, evolucionen o no a un Trastorno Depresivo.

Los rasgos depresivos en el caso de F.P. son: estado de tristeza leve, decaimiento pero que se anima sin dificultad, tensión interna media, apatía al inicio del día, ideas variables de fracaso, autorreproche o desvalidación. Menor capacidad par disfrutar de la vida y de las cosas que normalmente le interesan, pero dichos síntomas no son suficientes para sustentar un episodio o trastorno depresivo, ya que aunque tiene una evolución de dos meses, no cumple cinco de los síntomas depresivos necesarios según los criterio del DSM-IV TR.

Los rasgos depresivos en el caso de L.H. son: tristeza e infelicidad la mayor parte del tiempo, de forma continua e invariable; sentimientos de miseria o abandono; sentimientos ocasionales de desesperación e incomodidad patológica.; insomnio; hipofagia; dificultad para iniciar actividades rutinarias simples, las cuales son llevadas a cabo con esfuerzo; anhedonia; ideas fluctuantes de falla autorreproche o autodepreciación. Cumpliendo con los criterios de F 34.1 Trastorno Distímico.

En el caso de F.P. se trata de un apego de ansiedad /ambivalencia de tipo preocupante, esto le generaba desconfianza e inseguridad, obteniendo una imagen negativa de sí misma y positiva de los demás, lo que afectó su autoestima y autoconcepto.

En el caso de L.H. se trata de un apego inseguro de tipo Evitativo-Temeroso, el cual se caracteriza por una actitud defensiva y de rechazo hacia la madre, así como una idea negativa del Self como de los demás, lo cual se manifestaba por una conducta hostil y desconfiada hacia su entorno.

Recomendaciones

Dada la relación apego inseguro con la manifestación de síntomas depresivos, se recomienda, evaluar el tipo de apego, par intervenir preventivamente, en la evolución de los síntomas hacia un Trastorno Depresivo.

Al existir antecedentes de apego de tipo inseguro y síntomas depresivos relacionados, se recomienda, utilizar técnicas que ayuden a la aceptación del vínculo materno, que se traduce en autoaceptación. Lo cual produce en el paciente un movimiento psicológico que conlleva salud emocional y desarrollo personal.

Debido a que el ser humano es un ser integral, y al origen endógeno/exógeno de los síntomas depresivos, se considera importante la interconsulta con otros profesionales de la salud, para evaluación y de ser necesaria la intervención multidisciplinaria, para el abordaje psicoterapéutico apropiado.

Se recomienda tomar en consideración, la entrevista con familiares y/o amigos del paciente, para promover el apoyo familiar-social, ya que es un elemento importante en el establecimiento de habilidades de comunicación, autoestima y retroalimentación social, necesarias para reparar el objeto amoroso real.

Referencias

Bibliográficas

Aquilino, M. y Polaino L. (1993). *Psicología Patológica*. (8ª Ed.) Madrid: Impresos y Revistas, S.A. IMPRESA.

Corman, L. (1967). *El Test del Dibujo de la Familia en la Práctica Médico-Pedagógica*. Argentina: Editorial Kapelusz, S.A.

Enciclopedia de la Psicología Océano (vol. 2, 4) (2001). España: Grupo Editorial Océano.

Engler, B. (Ed). (1996). *Teorías de la personalidad*. Barcelona: Mc Graw Hill.

Hernández, T. (1996). *Compendio de Técnicas Proyectivas Menores*. (1ª Ed.). Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.

Klein, M. (1996). *Obras Completas. Amor, Culpa y Reparación*. Tomo 1. Buenos Aires: Paidós.

Klein, M. (1982). *El sentimiento de soledad y otros ensayos*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Lazarus, A. y Colman, A. (Ed.) (1998). *Psicología Anormal*. (4ª Ed.). México: Fondo de Cultura Económica.

López, J. y Valdés, M. (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto revisado*. DSM-IV-TR. México: Masson S.A.

Monedero, C. (1978). *Psicopatología General*. (2ª Ed.). Madrid: Biblioteca Nueva.

Morris, C. y Maistro, A. (2005). *Psicología*. (12ª Ed.). México: Pearson Prentice Hall.

Núñez, R. (1994). *Aplicación del MMPI a la Psicopatología*. (3ª Ed.). México: Editorial Manual Moderno, S.A.de C.V.

Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias Contemporáneas*. México: Cengage Learning.

Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2007). *Psicología del Desarrollo de La Infancia a la adolescencia*. (9ª ed.). México: Mc Graw Hill Interamericana.

Sarason, I. y Sarason, B. (1993). *Psicología Anormal*. (7ª Ed.). México: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A.

Segal, H. (1999). *Introducción a las obras de Melanie Klein*. Barcelona: Editorial Paidós.

Sturgeon, W. (1987). *Depresión, cómo identificarla, cómo superarla, cómo curarla*. México: Ediciones Grijalbo, S.A.

Timothy, J. y Jerry, P. (2003). *Psicología Clínica*. (6ª Ed.) México: Editorial Color S.A.

Zax, M. y Cowen, E. (1976). *Psicopatología*. (2ª Ed.) México: Nueva Editorial Interamericana, S.A.

Internet

Cerezo, H. (2010). *Test Persona Bajo la Lluvia. PBL*. Recuperado: <http://www.authorstream.com>.

Clancy, M. (2008). *Introducción a los Conceptos de Melanie Klein*. Recuperado: <http://librosintinta.com>.

Escala de Ansiedad de Hamilton. Banco de Instrumentos y Metodologías, CIBERSAM. Recuperado: 06.07.2012. <http://www.cibersam.isp.ndsite.net>.

Escala de Depresión de Montgomery-Asberg. Banco de Instrumentos y Metodologías, CIBERSAM. Recuperado: 06.07.2012. <http://www.cibersam.isp.ndsite.net>.

Hospital San Juan de Dios. (2011). Recuperado: 27.03.2011 <http://www.hospitalsanjuandediosguatemala.com/infogeneral.shtml>.

Satir, V. (2009). *El estudio de las relaciones interpersonales y el apego*. Recuperado: <http://Catarina.udlap.mx/cap1pdf>.

ANEXOS

Anexo 1

Cartas



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

Guatemala, 25 de febrero de 2012

Licda.
Teresita Gaytán
Hospital General San Juan de Dios
Jefatura del Departamento de Psicología
Su Despacho


Estimada Licda. Gaytán:

Después de enviarle un cordial saludo en nombre de la Universidad Panamericana de Guatemala, respetuosamente nos dirigimos a usted con el objeto de solicitarle autorice que la alumna, **Mirna Paola Gaitán Láinez**, estudiante del Quinto Año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social realice sus prácticas en la entidad a su digno cargo.

La estudiante, deberá llevar a cabo dicha práctica de Psicología Clínica, sustentando cinco casos clínicos continuos en los meses comprendidos entre febrero a octubre, por lo que le ruego desde ya tomar en cuenta a la misma y concederle la oportunidad de llevar a cabo el proceso ya relacionado, completando el formulario que se adjunta para la debida acreditación de la alumna Gaitán Láinez.

Agradezco su apoyo con esta casa de estudios, cuyo objetivo principal es servir a la población guatemalteca.

Respetuosamente,


Licda. Cynthia Brenes
Cátedrática de Práctica V



Vo. Bo. Licda. Elizabeth Herrera
Decana de la Facultad de Educación



- Carretera a San Isidro, Aldea Acatán Zona 16 - PBX: 2390 1200
- www.universidadpanamericana.edu.gt



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

INFORMACIÓN REQUERIDA:

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
DIRECCIÓN: _____

NOMBRE DEL ENCARGADO: Licenciada Teresita Gaitán

PUESTO: Jefatura del departamento de psicología

SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN:
Servicio de consulta externa

Atención al paciente en encamamiento cirugía de
hombre y mujeres, Pautas de Medicina interna
Pediatria, Emergencias

NOMBRE DE LA PRACTICANTE: MIRNA PAOLA GAITÁN LAINEZ.

GRADO: 13° Trimestre

HORARIO DE PRÁCTICA: Días: Jueves y Viernes

Horario: De 8:00 am a 12:00 pm

FECHA DE LA PRÁCTICA: con inicio el 1 de febrero de 2011

OBSERVACIONES: _____

FIRMA Y SELLO DE ACEPTADO



Anexo 2

Diploma



HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Comité de lactancia Materna



Hospital General San Juan de Dios

Y EL COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA

Hace entrega del presente reconocimiento a:

Mienna Paola Gaitán Lainez

Por haber participado en el curso de
Lactancia Materna Feliz y Banco de Leche Humana.

Dr. Fernando Solares
Director Ejecutivo

Hospital General San Juan de Dios



Dr. Carlos Roberto Rizo Fajardo
Coordinador Comité de Lactancia Materna
Departamento de Pediatría



Guatemala, 18 de Abril de 2012

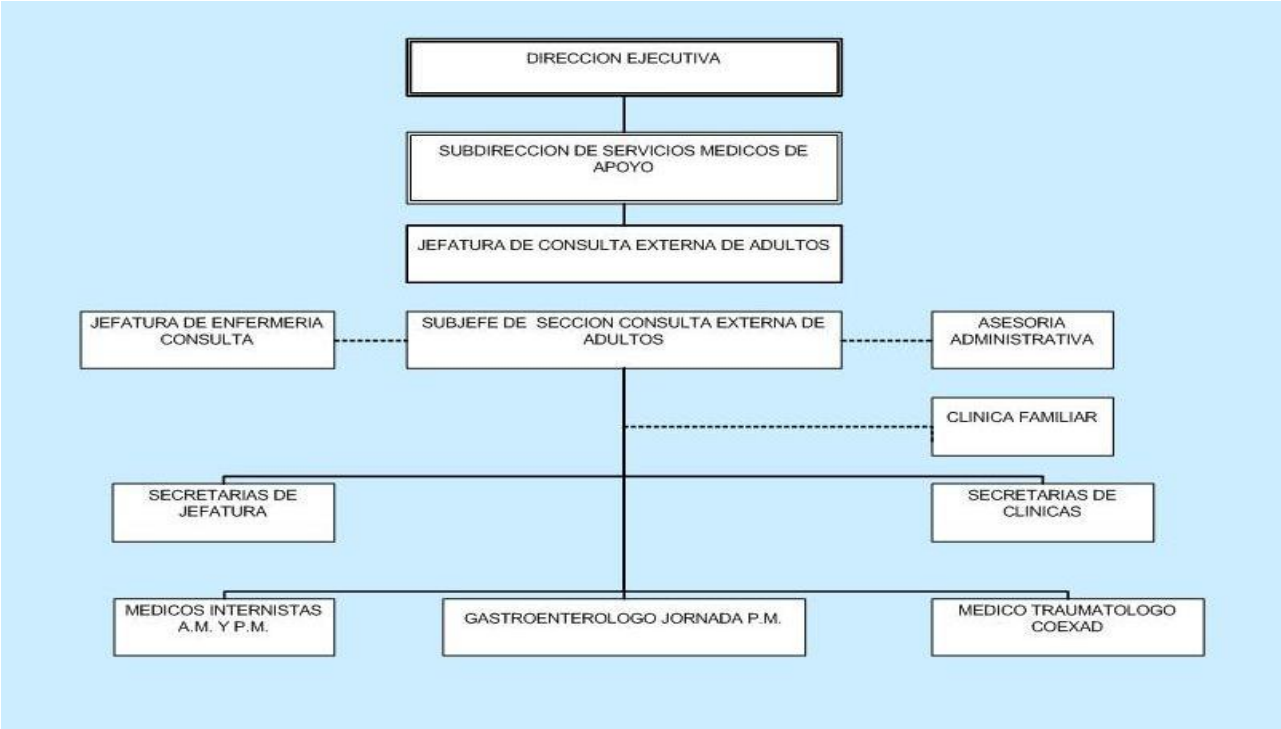
Anexo 3

Fotografias



Anexo 4

Organigrama



Anexo 5

Planos

