

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



Estudio de caso: Apego ansioso y su influencia en el trastorno depresivo persistente en una paciente de 43 años, del Centro de Asistencia Social (CAS)

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Sheyla Yassmin Morales Linares

Guatemala, julio 2017

**Estudio de caso: Apego ansioso y su influencia en el trastorno depresivo
persistente en una paciente de 43 años, del Centro de Asistencia Social (CAS)**

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Sheyla Yassmin Morales Linares

Licda. Mirna Paola Gaitán Laínez (**Asesora**)

Licda. María Fernanda Ramírez Hernández (**Revisora**)

Guatemala, julio 2017

Autoridades Universidad Panamericana

Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. HC. Alba Aracely Rodríguez
Vicerrector Administrativo	M.A. Cesar Augusto Custodio Cóbar
Secretario General	EMBA Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultad de Ciencias Sociales

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

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

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduria ante todo, adquiere sabiduria

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

**FACULTAD DE HUMANIDADES,
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

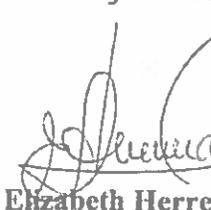
ASUNTO: *Sheyla Yassmin Morales Linares*

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

DICTAMEN: septiembre 2,016

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 en Psicología y Consejería Social* se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar *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: *Sheyla Yassmin Morales Linares* recibe la aprobación para realizar su *Práctica Profesional Dirigida*.


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

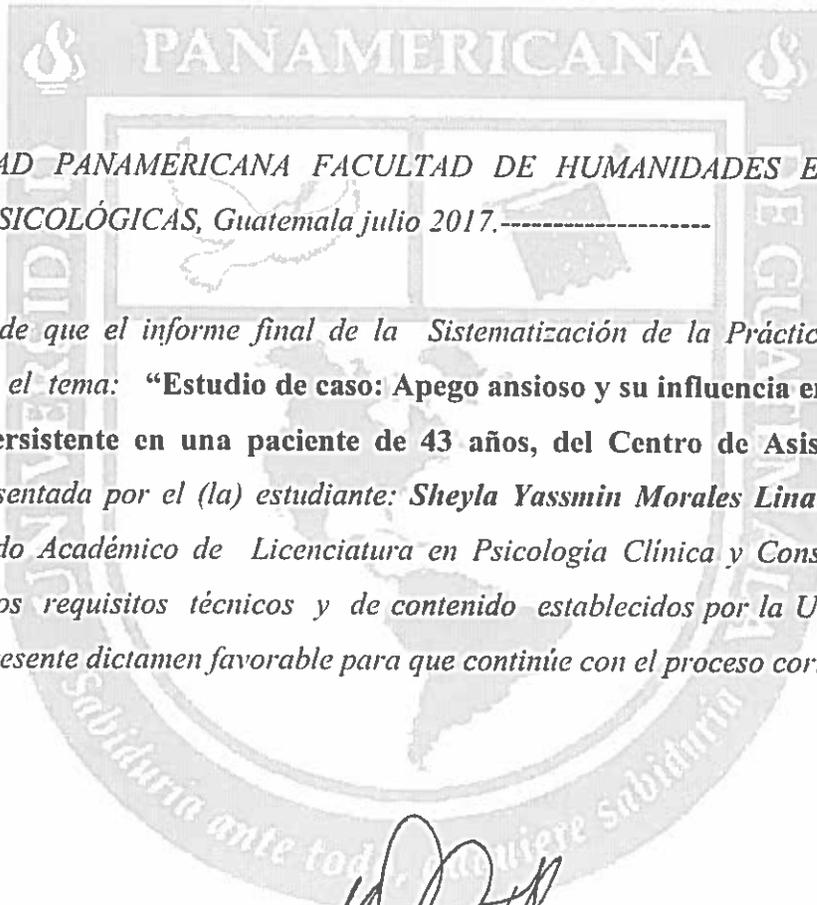


**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA
DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, Julio dos mil diecisiete.**

*En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema:
"Estudio de caso: Apego ansioso y su influencia en el trastorno depresivo
persistente en una paciente de 43 años, del Centro de Asistencia Social (CAS)".
Presentada por la estudiante: Sheyla Yassmin Morales Linares, 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 continúe con el proceso correspondiente.*



**Licda. Mirna Paola Gaitán Lainez
Asesora**



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala julio 2017.-----

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Estudio de caso: Apego ansioso y su influencia en el trastorno depresivo persistente en una paciente de 43 años, del Centro de Asistencia Social (CAS)”. Presentada por el (la) estudiante: Sheyla Yassmin Morales Linares, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

*Licda. María Fernanda Ramírez
Revisora*



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS
PSICOLÓGICAS, Guatemala agosto del dos mil diecisiete.-----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "Estudio de caso: Apego ansioso y su influencia en el trastorno depresivo persistente en una paciente de 43 años, del Centro de Asistencia Social (CAS)", presentado por Sheyla Yassmin Morales Linares, previo a optar grado académico de 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** del informe final de Práctica Profesional Dirigida.


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



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	4
1.8 Justificación de la Investigación	4
Capítulo 2	5
Marco Teórico	5
2.1 Trastorno depresivo persistente (Distimia)	5
2.2 Apego ansioso	8
2.3 Patrones repetitivos en la dinámica familiar	11
2.4 Autoimagen distorsionada	15
Capítulo 3	18
Marco Metodológico	18
3.1 Planteamiento del problema	18
3.1.1 Problemática del caso de estudio	19
3.2 Pregunta de investigación	19
3.3 Objetivos	20
3.3.1 Objetivo General	20
3.3.2 Objetivos Específicos	20
3.4 Alcances y Límites	20

3.5	Método	21
	Capítulo 4	24
	Presentación de Resultados	24
4.1	Sistematización de Estudio de Caso	24
4.2	Análisis de Resultados	35
	Conclusiones	39
	Recomendaciones	40
	Referencias	41
	Anexos	45

Listado de imágenes

Imagen 1 Organigrama del Centro de Asistencia Social	3
Imagen 2 Genograma	27

Lista de cuadros

Cuadro 1 pruebas e instrumentos aplicados	30
---	----

Resumen

El presente trabajo de investigación aborda la problemática de los vínculos afectivos en la adultez, los cuales fueron desarrollados de forma inadecuada en la infancia, por lo que los estilos de apego constituyen, una parte importante en las relaciones interpersonales del adulto. Esta investigación se llevó a cabo en el Centro de Asistencia Social CAS, como parte de la práctica profesional dirigida, de quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, es por ello que se trabajó durante los meses de marzo a noviembre del año en curso, para llevar a cabo dicho estudio.

En el capítulo 1, Marco de Referencia encontrará los antecedentes del Centro de Asistencia Social (CAS), en donde se encuentra información detallada respecto a cómo se llevó a constituir dicho centro, así como la descripción del establecimiento, por lo que también se incluyó información de la ubicación, organización y justificación.

El capítulo 2, Marco Teórico se presentará la información, que le da sustento al trabajo de estudio del trastorno depresivo persistente y cómo se relaciona con el apego ansioso, por lo que se utilizó información importante de varios autores que abordan el problema.

El Marco Metodológico, capítulo 3 enmarca el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, objetivos, alcances y límites del Centro de Asistencia Social (CAS), por lo que se elaboró un estudio cualitativo descriptivo, tomando como sujeto de estudio a uno de los pacientes atendidos durante la práctica.

Dentro del capítulo 4, se presenta los resultados obtenidos de la paciente, por lo que de esta manera se recabo la información que sería de importancia para llevar a cabo el trabajo de investigación, como las evaluaciones que fueron seleccionadas para sustentar el diagnóstico del trastorno depresivo persistente y el análisis de resultados que relacionan el trastorno depresivo persistente con el apego ansioso desarrollado en la adultez.

Introducción

La depresión es el estado de ánimo en el que se presentan sentimientos de inutilidad, falta de valía y dificultad para realizar actividades cotidianas, por lo que lleva a la persona a experimentar sentimientos de tristeza, pérdida de interés y desesperanza; el trastorno depresivo persistente (distimia) se caracteriza por el tiempo que afecta a la persona, siendo la duración de dos años, por lo que se puede distinguir del trastorno depresivo mayor, aunque presentan similitud en varios de los síntomas.

El trastorno depresivo persistente (distimia) repercute en las relaciones sociales, familiares y afectivas, por lo que genera la presencia de ansiedad, agravando así la dificultad para tomar decisiones, baja autoestima y la pérdida de relaciones afectivas, provocando un desajuste en el equilibrio emocional.

Los patrones de vida que presenta un individuo desde la infancia son importantes para que se desarrolle un estado emocional adecuado, el primer contacto que se adquiere con las figuras primarias, refuerza los vínculos afectivos, para obtener una calidad en las relaciones interpersonales, desenvolvimiento personal y seguridad para el logro de objetivos.

Es evidente que existe relación entre los estilos de apego que se desarrollan en la infancia con la satisfacción que se obtiene en las relaciones interpersonales en la etapa adulta, ya que, al presentar ausencia de vínculos afectivos, será mayor la dificultad que tenga la persona de obtener relaciones afectivas adecuados, por lo que la eficacia y capacidad de comunicación con el grupo familiar, social y afectivo disminuyen.

La importancia de abordar este tema es debido a que no se toma como relevante los cambios del estado emocional que sufre la persona, por lo que existen factores precipitantes que detonan un trastorno depresivo, como el divorcio, infidelidad, violencia física y emocional, siendo estos factores, indicadores de que existió una etapa de la infancia o adolescencia en la que no se desarrollaron estilos de apego efectivos, los cuales repercuten en la etapa adulta.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

El Centro de asistencia Social (CAS), se implementa como una proyección social, tomando como base la responsabilidad que se tiene como establecimiento universitario; este proyecto fue propuesto para los estudiantes de Ciencias psicológicas, para desarrollar la práctica profesional, brindando apoyo emocional y asistencia psicológica a niños, adolescentes y adultos. Hoy en día CAS es un lugar que contribuye y da la oportunidad a las personas que no cuentan con los recursos económicos necesarios, para obtener un servicio psicológico y de esta forma mejorar su salud integral.

El propósito del Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana CAS, es formar estudiantes con valores académicos, brindando; supervisión directa y personalizada para el desarrollo de cada una de las etapas que la carrera de psicología clínica requiere, con el objetivo de dar seguimiento puntual, oportuno y adecuado a los casos que se presentan.

A través de la preparación académica, fomenta y 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 (CAS), fue establecido por la Universidad Panamericana; cuyo enfoque es brindar apoyo emocional a niños, adolescentes y adultos.

El establecimiento se distribuye en ocho espacios; dentro de cada cubículo se cuenta con un área con una mesa y tres sillas, una para el terapeuta practicante y las otras dos sillas para el usuario o usuarios; cuenta con todas las herramientas necesarias para poder llevar ordenadamente cada uno

de los expedientes, los cuales se resguardan en archivos, en donde cada estudiante tiene un espacio.

Dentro del centro se encuentra una pequeña salita de juegos, en la que se cuenta con material didáctico, los cuales se utilizan como herramientas para técnicas lúdicas con niños y adolescentes; también cuenta con una sala de reuniones en la cual se llevan a cabo las capacitaciones pertinentes.

1.3 Ubicación

El Centro de Asistencia Social (CAS), se encuentra ubicado en 7ª avenida 3-17 zona 9. Edificio Buonafina 3er. nivel, en la ciudad de Guatemala.

1.4 Organización

El Centro de Asistencia Social, funciona para brindarle a las personas la asistencia psicológica que necesitan, en donde el costo de cada sesión es accesible para las personas que lo visiten. Está dirigido por la coordinadora, que es la encargada de llevar a cabo la revisión y supervisión de cada uno de los estudiantes practicantes y dos secretarías las cuales apoyan y llevan el control de los usuarios que asisten al centro.

A continuación, se presenta el organigrama del Centro de Asistencia Social (CAS):

Imagen 1
Organigrama



Fuente: proporcionada por coordinadora del Centro de Asistencia Social, octubre, 2016.

1.5 Programas establecidos

El Centro de Asistencia Social no cuenta con un programa o proyecto con fines particulares, adicionales a la atención psicológica.

1.6 Visión

La visión de CAS es de “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

Para el CAS la 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

El presente trabajo de investigación fue preparado como requisito del pensum de la Facultad de Humanidades de la Universidad Panamericana. Esto ayuda al futuro profesional a poner en práctica el conocimiento y capacidades que fueron adquiridos en el transcurso de los cinco años de carrera, implementando así todos los valores éticos y morales que la Universidad Panamericana brindó a cada uno de los estudiantes. El objetivo es, ser agentes de cambio integrando el conocimiento que se obtuvo dentro de la práctica clínica; es de mencionar que la práctica de psicoterapia clínica se realizó en el Centro de Asistencia Social, CAS de febrero a noviembre, con una duración de nueve meses.

Es de importancia que la salud mental se tome en cuenta como parte de los requisitos necesarios, para lograr obtener un equilibrio tanto físico como emocional y que sea primordial que el adulto tome en cuenta, todos aquellos cambios emocionales que pueden repercutir en la vida diaria, tomando como base la estabilidad emocional que se tiene en el desarrollo desde la infancia hasta la adultez; es importante que el adulto pueda reconocer que los estilos de apego que se logren desarrollar en la infancia serán de vital importancia para que pueda obtener habilidades sociales y relaciones interpersonales seguras, estables y sanas, logrando así desenvolverse con confianza e independencia; el presente trabajo aborda el trastorno depresivo persistente en una mujer de 43 años, como un reflejo del apego ansioso, el cual se adquirió en la infancia, repercutiendo así en la adultez la carencia de vínculos afectivos seguros y escasas habilidades sociales, las cuales no fueron desarrolladas adecuadamente en el seno familiar.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Trastorno depresivo persistente (Distimia)

Baena, Sandoval, Urbina, Juárez y Villaseñor (2005), definen depresión como “una enfermedad que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y por lo tanto al organismo total. Es un sentimiento persistente de inutilidad, de pérdida de interés por el mundo y de falta de esperanza en el futuro que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto” (p. 3).

La depresión es uno de los trastornos psicológicos más antiguos que se conocen, incluso se conocía con otros nombres, pero los síntomas y los estragos producidos en los pacientes que la padecen son los mismos hasta la actualidad.

González, López y Zorrilla (2009) afirman que “el término manía, melancolía, y las descripciones de lo que conocemos actualmente como trastornos mayores del humor, pueden rastrearse hasta la antigua Grecia. Sin embargo, los conceptos modernos sobre los trastornos del humor no cristalizaron hasta el siglo XIX gracias al trabajo de psiquiatras franceses y alemanes como Falret, Baillarger, Kahlbaum y Kraepelin” (p. 325).

Los trastornos depresivos son un conjunto de síntomas, donde predomina la disminución del estado de ánimo, desinterés en realizar actividades cotidianas y la falta de valía personal, la cual abarca la escasa habilidad para tomar decisiones, por lo que puede afectar la rutina del sueño, alimentación y la salud en general.

Hall (2003) indica que el estado de ánimo característico es deprimido, irritable y/o ansioso. Este estado de ánimo puede ir acompañado de preocupaciones por culpa, sentimientos de minusvalía, dificultad para concentrarse, indecisión, pérdida de interés por las actividades habituales, desesperanza, desesperación y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio. En algunas

ocasiones las personas que padecen esta enfermedad pueden presentar insomnio o hipersomnia, tristeza, síntomas generales u orgánicos, como la herencia genética o la falta de neurotransmisores, cuyo funcionamiento y secreción es vital para la actividad normal del cerebro, cansancio y comorbilidad con la ansiedad.

Cabe destacar, que la etiología de los trastornos depresivos no son solamente los problemas emocionales, puede también estar asociado a enfermedades del cerebro, cuyo causante es la falta o el incremento de niveles neuronales que estimulan el cerebro, lesiones directas del cerebro como el accidente cerebrovascular o enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades del corazón, entre otras.

Una idea de Beck (1967), citado en Vázquez, Muñoz y Becoña (2000), postula que “la teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos clave que explican la depresión: la tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; los pensamientos automáticos negativos; errores en la percepción y en el procesamiento de información, lo que también se conoce como disfunción en los esquemas” (p. 427).

Sarason y Sarason, (2006) indican que los factores de riesgo que tienen que ver con la depresión incluye: la herencia, la edad, el género, los eventos de vida negativos y la falta de apoyo social.

La herencia es determinada por el juego genético, por lo que una persona que tenga familiares que hayan padecido algún trastorno del estado de ánimo, tiene mayor probabilidad de ser diagnosticado con ese trastorno, en algún momento de su vida.

La edad es otro factor de riesgo, en el cual el rango de edad en las mujeres oscila entre los 20 y 29 años, caso contrario en los hombres cuyo rango de edad oscila entre los 40 y 49 años.

El género es uno de los factores de riesgo, ya que las mujeres son más propensas a padecer estados depresivos que los hombres.

Los factores ambientales, son más impactantes para las personas genéticamente vulnerables, adicionalmente, la falta de herramientas para poder afrontar las causas situacionales pueden ocasionar la aparición de un trastorno depresivo.

La falta de información que se tiene respecto a los trastornos depresivos, ocasiona que quien lo padece o la familia de quien lo padece no busque el apoyo pertinente para sobrellevar esta enfermedad.

Al trastorno depresivo persistente o distimia se le ha dado poca importancia, ya que las investigaciones se basan en el trastorno depresivo mayor, sin embargo, la distimia también produce un deterioro en el estado emocional, limitando a la persona en las actividades sociales, familiares, educativas y laborales.

González et al. (2009) dice que “el trastorno distimico es por definición un trastorno afectivo crónico de menor intensidad que el trastorno depresivo mayor. Además, presenta al menos dos de seis grandes síntomas, similares a los de la depresión mayor, incluyendo las alteraciones del sueño, la falta de energía, dificultad para tomar decisiones y autoestima baja” (p. 340).

El DSM-V (2014) indica que, si el paciente cumple con criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor durante dos años, se deberá diagnosticar el trastorno depresivo persistente además del trastorno de depresión mayor.

Sarason y Sarason (2006) dice “la distimia y el trastorno depresivo mayor tiene un alto grado de comorbilidad. Esto significa que es probable que estos dos trastornos del estado de ánimo se presenten en la misma persona” (p. 338).

Debido a los síntomas que se presentan en el trastorno depresivo persistente, como la tristeza o falta de valía, el individuo no logró adquirir durante la niñez los vínculos afectivos que se establecen con los progenitores, por lo que provoca en la adultez la incapacidad de desarrollar

vínculos de apego seguros que son necesarios para establecer relaciones afectivas sanas y positivas.

2.2 Apego ansioso

Una idea de López (2009) citado por Sánchez (2011) define apego como “el vínculo afectivo por excelencia; lo establecen los niños y niñas durante el primer año de vida con las personas que los cuidan, con uno o varios cuidadores” (p. 19, parr. 2).

Esta relación afectiva es fundamental para el desarrollo cognitivo-emocional del niño, por lo que esto influirá posteriormente en el comportamiento que desarrolle con otras personas, siendo esto un estímulo importante en la infancia para que se construyan relaciones afectivas seguras en la adultez; conforme el adulto haya logrado experimentar y mantener una relación cercana con los cuidadores primarios, tendrá la capacidad de ser competente y seguro respecto al abastecimiento de sus necesidades.

En su teoría Bowlby (1980), citado por Chamorro (2012), defiende tres postulados básicos

- Cuando un individuo confía en contar con la presencia o apoyo de la figura de apego siempre que la necesite, será mucho menos propenso a experimentar miedos intensos o crónicos que otra persona que no albergue tal grado de confianza.
- La confianza se va adquiriendo gradualmente con los años de inmadurez y tiende a subsistir por el resto de la vida.
- Las diferentes expectativas referentes a la accesibilidad y capacidad de respuesta de la figura de apego forjados por diferentes individuos durante sus años inmaduros constituyen un reflejo relativamente fiel de sus experiencias reales.

Es importante señalar que el apego es la primera relación del recién nacido con la madre, con el padre o con el cuidador; el apego es un vínculo que se mantiene para toda la vida y no solamente en la lactancia, ya que esto sustentará la relación con otros miembros, que sean significativos para formar vínculos duraderos.

Papalia, Olds y Feldman (2009) indican que existen tres patrones principales de apego: el apego seguro y dos formas de apego ansioso o inseguro, el apego evasivo y apego ambivalente o resistente.

Los niños con un apego seguro lloran cuando la madre se aleja y la saludan con agrado cuando regresa. Es el tipo de apego en donde el niño puede explorar sin problema en ausencia de la madre, y regresan a ella para asegurar su tranquilidad; se irritan pocas veces y son colaboradores.

El apego evasivo se identifica en los niños cuando raras veces lloran en cuanto se aleja la madre, pero tienden a evitarla cuando regresa; muestran irritación y no buscan a la madre cuando lo necesitan; presentan desagrado cuando los cargan, pero se enfadan cuando los bajan.

El apego ambivalente (resistente), muestran ansiedad antes que la madre se aleje y se enfadan cuando ya no se encuentra junto a ellos; a su regreso buscan un contacto, pero al mismo tiempo se resisten al contacto con la madre; los niños resistentes son difíciles de controlar y exploran con menos frecuencia.

Una idea de Ainsworth (1978), citada en Van (2005) sostiene “Se ha determinado que, de hecho, la falta de respuesta o una sensibilidad inconsistente está asociada con la inseguridad en los niños y la respuesta sensible y consistente se asocia con vínculos seguros” (p. 2).

En el trabajo de Grossmann y Grossman (2005), citado en Zeanah (2005) indican que los períodos de estrés y los hechos vitales negativos ponen en riesgo la seguridad del apego. Es posible que el patrón de apego seguro que se observó en la infancia, cambiará en la adultez a inseguro, en donde el adulto haya experimentado una situación vital negativa como el divorcio. Si en la infancia se presentaba el apego inseguro, es más propenso a seguir siendo inseguros en la adultez, ya que en el transcurso del desarrollo experimento situaciones vitales negativas.

Debido a ciertas situaciones que repercuten cada etapa del desarrollo, como problemas familiares, divorcio e infidelidad, el apego desarrollado como seguro en la infancia, puede cambiar en la adultez debido a que el adulto fue partícipe ya sea en la niñez o adolescencia de estas situaciones negativas, influyendo de manera significativa en las relaciones sociales; igualmente si desde la infancia se viven estas situaciones negativas y el vínculo de apego es ausente con los cuidadores primarios, será mayor la insatisfacción en las relaciones sociales.

Mínguez y Álvarez (2013) indican que el estilo de apego ansioso en el adulto es asociada a relaciones dependientes y a una continua necesidad de confirmación y se puede hablar de características que identifican el apego ansioso en la adultez, como la dificultad con la autonomía, búsqueda y selección de pareja precipitada, miedo a no ser amado, miedo a la pérdida y celos constantes, ideas contradictorias sobre el amor, dificultad para romper una relación, inestabilidad e inseguridad emocional.

Las personas que presentan este estilo de apego tienden a ser inestables en aspectos de la vida diaria, no toleran estar solos mucho tiempo y presentan una gran dificultad para construir una relación en pareja; al instante de tener la oportunidad de encontrarse solos, buscan la manera de encontrar una pareja precipitadamente, ya que presentan aumento de la ansiedad, miedo y sentirse asfixiados a la propia soledad.

El adulto, al establecer una relación posterior puede temer ser abandonado, por lo que siente que tiene que confirmar continuamente con la pareja si realmente se le quiere; este miedo al abandono va enlazado a la inseguridad e induce a los celos sin fundamento debido a que estas personas no toleran las separaciones breves.

Sin embargo, el adulto con apego ansioso considera que no es capaz de entregarse completamente y que nunca encuentran a la persona que se merece; aun así presenta la dificultad para romper una relación porque le atemoriza la soledad.

Valdés (2002) indica que “se han realizado investigaciones con el fin de demostrar que los distintos estilos de apego están asociados a ciertas características personales sobre todo con los trastornos de ansiedad, depresión y el trastorno límite de personalidad” (p. 6).

2.3 Patrones repetitivos en la dinámica matrimonial

Arnaldo (2001), Díaz Loving y Sánchez (2002), citado por Alegría (2007) mencionan

La pareja generalmente conlleva un proceso de vida en el cual se va desarrollando cierta dependencia basada en el tiempo, las vivencias y evoluciones compartidas, lo que conforma el ciclo por el cual la pareja nace y se desarrolla. Mismo que consta de una serie de etapas complejas, en ocasiones progresivas, en otras regresivas, estáticas, dinámicas; estables y cambiantes, con oscilación entre periodos de cercanía y de distancia caracterizados por estadios de continuidad y discontinuidad (p. 15).

El presentar una relación de pareja estable, con una comunicación asertiva y dinámica, conlleva a generar grupos familiares más funcionales, en donde cada miembro de la familia podrá integrar y experimentar relaciones más significativas fuera del grupo familiar.

Todos los elementos que se mencionaran a continuación pertenecen a dinámicas matrimoniales que pueden llevar a repetir patrones en las relaciones de pareja.

Roussel (1980), citado por Del Campo (1994) describe cuatro modelos matrimoniales: Tradicional o institucional y los otros tres modelos se implementaron después de admitir el divorcio y son: matrimonio alianza, matrimonio fusión y matrimonio asociación.

El matrimonio tradicional o institucional, su finalidad es apoyarse mediante las generaciones, primero los padres a los hijos y luego de los hijos a los padres; para este matrimonio es importante el patrimonio tanto económico como simbólico y es vital la relación conyugal que sea indisoluble la cual desaparece por la muerte.

El matrimonio alianza, primordialmente es la felicidad que se presente en pareja, para este matrimonio es secundario el factor económico; no es solo establecer una familia o engendrar hijos, sino también es encontrar la felicidad personal.

El matrimonio fusión, la característica principal es el amor y no toman en cuenta la dimensión institucional; se reduce la autoridad del marido, limitando la obligación de sostener económicamente al hogar.

El matrimonio asociación o de compañía; la formalidad del matrimonio desaparece, solo los define el contenido de la relación, ya que solo se consolida por una unión estable; para este matrimonio no es de importancia la legitimidad de la unión.

Para Goleman (1997), citado por Torres (2004) indica que

La vida en familia es nuestra primera escuela para el aprendizaje emocional; en esta caldera aprendemos como sentimos con respecto a nosotros mismos y como los demás reaccionaran a nuestros sentimientos; a pensar sobre estos sentimientos y que alternativas tenemos; a interpretar y expresar esperanzas y temores. Esta escuela emocional no solo opera a través de las cosas que los padres dicen o hacen directamente a los niños, sino también en los modelos que ofrecen para enfrentarse a sus propios sentimientos y a los que se producen entre marido y mujer (p. 13).

Este tipo de interacción familiar juega un papel importante el estado emocional de cada uno de los miembros de la familia, dado que los hijos son el medio primordial para proyectar, expresar y retroalimentar la buena comunicación, la aceptación de sí mismo y el apoyo para lograr establecer una relación de pareja exitosa.

Existen diferentes modelos familiares, en donde destaca las formas de interacción familiar implementadas. Para Ríos (1994), los diferentes modelos son: familia distante, familia simétrica y familia complementaria.

En la familia distante, presenta escasa comunicación y cada miembro interioriza los sentimientos antes de expresarlo con la familia. Presentan un deseo de independencia, el cual mantiene a cada uno en su propio espacio y nadie más puede invadirlo.

En la familia simétrica, existe pérdida de la identidad; presentan mecanismos de control y dominación hacia la otra persona, no hay independencia ni autonomía y por esta misma dominación ningún miembro podrá enfatizar el derecho de independencia. Es una familia que externamente puede observarse equilibrada, en orden y con buena salud mental, pero internamente es todo lo contrario.

En la familia complementaria, cada miembro es único, porque se les da la oportunidad de ser lo que son, sin tener miedo a ser manipulados o controlados. Esta familia presenta una zona en común llamada “espacio común de encuentro”, es un espacio abierto en donde cada miembro puede entrar cuando lo necesite, porque existe la habilidad de comunicación.

Cada uno de estos modelos familiares, se utilizan para lograr diferenciar la dinámica que pueda existir entre cada miembro, por ser “modelos”, estos tienden a repetirse de familia en familia. Por ejemplo, el modelo familiar simétrico y distante conlleva a una desintegración familiar, porque en ella no existe una relación afectiva, tienen la dificultad de desempeñar el rol o el papel que cada miembro de la familia debe desarrollar.

Zapata (1999) citado por Zuazo (2013) señala “La desintegración familiar debe de entenderse no necesariamente como la separación y/o el divorcio, sino que es la descomposición de las relaciones entre miembros de una familia originando conflictos irresueltos y/o mal resueltos en su interior produciendo la carencia de proyectos comunes entre los integrantes de una familia” (p.25).

Dentro de los factores causales se encuentran la falta de comunicación, la falta de empatía y tolerancia dentro de la familia pueden evitar la resolución de problemas o llegar a acuerdos; esto también implica la inestabilidad emocional que pueda tener cada miembro debido a la escasa habilidad de establecer objetivos dentro del ambiente familiar.

Zuazo (2013) indica que la desintegración familiar puede estar vinculada con los siguientes problemas: la precaria situación económica, el machismo e infidelidad.

Cuando no se posee la capacidad económica para mantener a la familia, puede causar situaciones de estrés y desesperación para los padres de familia encargados del sustento económico, lo cual puede llevarlos a tomar decisiones que motivaran a conflictos de pareja, en donde pueden estar involucrados los hijos.

El machismo del hombre; como no poder darle la importancia a la familia, no presentar la responsabilidad que le atañe, solo pensar en sustentar la necesidad como hombre por considerar que tiene el privilegio por ser hombre; esto puede llevar a la separación o al divorcio.

La infidelidad, es una de las principales situaciones que ocurre en una relación de pareja. El descubrir la infidelidad, trae a la persona emociones de tristeza y enojo, por lo que la desconfianza se vuelve mayor y difícilmente podrá depositar confianza en otra persona.

Una persona es infiel, debido a que en pareja no ha encontrado satisfacción a sus deseos y necesidades, por lo que la relación se encuentra en una crisis la cual es difícil de sobrellevar, debido a que la persona engañada se desvaloriza a sí misma, por lo que tiene pensamientos negativos respecto a relaciones de pareja futuras.

Según Salmerón García (2010), citado por Zuazo (2013) “Son varias las razones por las cuales somos infieles; los sexólogos especialistas en terapia de pareja coinciden en que en todas se intenta satisfacer las carencias del matrimonio: el sentirse devaluados, la monotonía, dependencia emocional de los padres y sentimientos de amenaza a la libertad” (p. 32).

Ponerle fin a una relación de pareja no es fácil para las personas involucradas, ya que las personas carecen de estrategias de afrontamiento, por lo que pierden la oportunidad de convivir y la compañía de otra persona, se les dificulta la decisión de ruptura.

“La repetición de los patrones familiares, se aprenden mediante entrenamiento o por imitación o al identificarnos con los papeles asequibles. Así, cuando niños, los padres recompensaban la conducta que se ajusta a su idea de la forma como un niño o niña debería actuar. En cada etapa

cronológica la conducta está regulada por la aprobación y el castigo que origina la acción. A medida que se envejece se estimula a imitar la conducta de personas que fungen como ejemplos de papeles modelo. Así, se aprende a ser marido, padre, esposa o madre” (Yáñez, 1996, p. 7).

Debido a los patrones matrimoniales repetitivos, se debe mencionar que, el adulto opta por las relaciones disfuncionales debido a que creció en un ambiente en el cual las relaciones de pareja no eran sanas; en la infancia, el niño está propenso a obtener este aprendizaje del seno familiar, dado que es ahí en donde se obtienen las herramientas necesarias para poder forjar una relación de pareja segura; la infidelidad y el divorcio, son repercutorios en la niñez y adolescencia, dado que el adulto cree que las relaciones de pareja tienen la misma dinámica de falta de comunicación o de ausencia entre pareja; por lo que buscan patrones relacionados a la dinámica familiar en la cual creció y de la cual fue partícipe de los cambios negativos que se dieron dentro de ella.

La seguridad, aceptación y estima en las relaciones de pareja, son elementos vitales que se aprenden con los cuidadores primarios, lo que repercute en el adulto sentimientos de inseguridad, dependencia y desvalorización hacia sí mismo, por lo que necesitara constantemente aprobación de otra persona para sentirse segura y valorada y es cuando se construyen relaciones de pareja desequilibradas.

2.4 Autoimagen distorsionada

Según Sullivan (1947), citado en García (1999) “todo lo que el hombre hace, piensa o siente, lo lleva a cabo en el contexto de las relaciones interpersonales; tal interacción puede darse con personas reales o con personajes ficticios, sobre la naturaleza de esta relación cada hombre elabora su autoimagen” (p. 410).

La autoimagen es la percepción que tiene la persona hacia su propio aspecto físico como también hacia su aspecto interno; este auto concepto lleva a la persona a presentar sentimientos y pensamientos negativos exagerados respecto a cómo es visualizada por los demás y por si misma.

Thompson (1990), citado por Cobos (2015), afirma que la imagen corporal está constituida por tres componentes: perceptual, cognitivo y conductual.

El componente perceptual se refiere a cómo la persona se percibe así misma en tamaño y forma del cuerpo, la cual puede alterar la percepción del mismo, por ejemplo, verse físicamente de manera exagerada a las dimensiones que presenta realmente.

El componente cognitivo-afectivo son las creencias, pensamientos y sentimientos en cuanto a la apariencia física; estos pueden ser positivos o negativos, cuando se expresan de forma negativa se puede presentar insatisfacción hacia el cuerpo, tendencia a tener pensamientos negativos, sentimientos de inutilidad, vergüenza y poca valía personal.

El componente conductual, se relaciona a lo que se siente y se piensa respecto al propio cuerpo, como la forma de vestir o evitar situaciones en las cuales tenga que mostrar el cuerpo, esto lleva a la persona a realizar constantemente ejercicios para perder peso.

La autoimagen puede ser influenciada por el contexto en donde la persona se desarrolle, como el área social y familiar; por lo que puede presentar ansiedad y estrés que dificulta el obtener respeto y autonomía hacia sí mismo.

Según Salaberria, Rodríguez y Cruz (2007), los factores que pueden influenciar en la imagen corporal negativa son: sociales, culturales, modelos familiares, amistades y características personales.

En cuanto a los factores sociales y culturales, proponen un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal, es decir, la imagen corporal a nivel social es la perfección física, el observar a personas delgadas, se tiene la idea de que es la imagen adecuada, ideal y realista, por lo que la gordura es para el nivel social algo desagradable y que no tiene lugar.

El modelado de figuras importantes, como padres excesivamente preocupados por el cuerpo y el atractivo, quienes expresan continuas verbalizaciones negativas sobre el mismo y prestan una excesiva atención hacia este tema, hace que un niño/a aprenda esas actitudes. Por otro lado, ser criticado o sufrir burlas por la apariencia, por parte del grupo de iguales hace a una persona más vulnerable.

Características personales como la baja autoestima, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos de ineficacia pueden hacer que una persona se centre en lograr un aspecto físico perfecto para compensar sus sentimientos (Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007, p. 176).

La autoimagen negativa que la persona presente, es el resultado de las percepciones negativas que le hayan modelado o introyectado otras personas desde la infancia; esto puede ser un factor predisponente para obtener juicios negativos del aspecto propio tanto físico como emocional, lo cual conlleva a desarrollar una baja autoestima y ansiedad que puede detonar distintos trastornos psicológicos.

“La insatisfacción corporal, ha sido relacionada con baja autoestima, depresión y con el impulso inicial en el comportamiento de desórdenes de la conducta alimenticia, como anorexia y bulimia nerviosa, especialmente en mujeres adolescentes o adultas jóvenes, ya que para esta población la apariencia es más centrada en el autoconcepto y la evaluación de los demás, y socioculturalmente la belleza ideal femenina es ser ultra delgada, la que es inalcanzable e insalubre” (García y Garita, 2007, p. 10).

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

El estado de vulnerabilidad emocional en el que una persona se encuentra como, la apatía y la indiferencia, pueden ser síntomas cruciales para un estado depresivo; el trastorno depresivo persistente (distimia), es un trastorno afectivo crónico de menor intensidad que el trastorno depresivo mayor; además presenta al menos dos de seis grandes síntomas, similares a los de la depresión mayor, incluyendo las alteraciones del sueño, la falta de energía, dificultad para tomar decisiones y autoestima baja.

Según los antecedentes del trastorno depresivo, las áreas que pueden ser de mayor riesgo son, el divorcio, cambio de ciudad, el desempleo, la discapacidad, disfunción familiar y malos tratos dentro del ambiente familiar, por lo cual existe una mayor incidencia en jóvenes y adultos entre los 18 y 44 años (Alarcón, Gea, Martínez, Pedreño y Pujalte, 2007, p. 14).

La vulnerabilidad de las personas que padecen este trastorno se puede enfocar en las etapas tempranas del desarrollo, en donde puede manifestar la dificultad para superar o enfrentar situaciones, en las cuales el estímulo fue desagradable o hubo falta de reforzadores positivos; todos estos factores pueden repercutir en la adultez obteniendo como resultado pensamientos automáticos negativos hacia el futuro o hacia sí mismo.

Otras de las dificultades, es la capacidad emocional que el adulto logre desarrollar durante la infancia, ya que esto es necesario para obtener relaciones interpersonales afectivas y equilibradas, ya que son dentro del seno familiar conductas aprendidas; el proceso de identificar, diferenciar y regular emociones, debe de ser guiado mediante las figuras parentales, que es con quienes se desarrollan los primeros vínculos afectivos; si esto no se llega a establecer en la infancia,

repercutirá en la adultez obteniendo relaciones desequilibradas e insatisfactorias en el entorno social y personal.

3.1.1 Problemática del caso de estudio

Dentro del grupo de pacientes referidos por el Centro de Asistencia Social (CAS), para proceso terapéutico, se seleccionó a la paciente de estudio, una mujer de 43 años quien se presentó a las primeras sesiones, manifestando ansiedad, desconsuelo y pérdida de interés en las actividades habituales, adicionalmente, pensamientos de pesimismo ante la vida, dificultad para tomar decisiones, falta de valía personal, pensamientos irracionales, como el creer que se quedaría sola, sin nadie que le sustentara o le apoyara emocional y económicamente.

Después de varias sesiones en las cuales se realizaron las evaluaciones correspondientes, se llegó a la conclusión que uno de los factores que influían, era la carencia de vínculos afectivos con los padres de familia, siendo el de mayor influencia el padre, presentando así un apego ansioso, el cual no fue superado en la infancia, ya que la paciente presentó necesidad de sustento y protección, tendencia a replegarse a sí misma y falta de autoconfianza.

Por lo cual se hizo necesario hacer un estudio del apego ansioso y su influencia en el trastorno depresivo persistente, para que este sea de utilidad para estudios pertinentes, en donde se amplió la investigación, para enfatizar que el desarrollo del estado emocional en la infancia puede repercutir en la adultez, involucrando las áreas sociales, familiar y afectiva.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cómo influyó el apego ansioso en el desarrollo del trastorno depresivo persistente en una paciente de 43 años, del Centro de Asistencia Social, (CAS)?

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo General

Determinar la influencia del apego ansioso en el desarrollo del trastorno depresivo persistente en una paciente de 43 años, del Centro de Asistencia Social (CAS).

3.3.2 Objetivos Específicos

- Establecer cómo el apego ansioso impactó en el caso de estudio.
- Describir como los patrones repetitivos en la dinámica matrimonial afectaron a la paciente de estudio.
- Analizar cómo la autoimagen distorsionada repercutió en el caso de estudio.

3.4 Alcances y límites

3.4.1 Alcances

Entre los alcances obtenidos en el estudio de caso de la práctica profesional dirigida, se encontraban, la modificación de los pensamientos, en el cual la paciente fue capaz de corregir, evaluar y modificar distorsiones cognitivas, luego de completar el proceso terapéutico con más de veinte sesiones de psicoterapia, con técnicas cognitivo conductuales y análisis transaccional, se obtuvo resultados observables y notorios en cuanto a su estado emocional, presentando capacidad para tomar decisiones, lograr objetivos y establecerlos.

Dentro de las sesiones, se tuvo la oportunidad de utilizar técnicas psicológicas, para reforzar en la paciente pensamientos positivos y erradicar conductas inadecuadas que le llevaban a la apatía y a la desolación, así la habilidad de establecer relaciones interpersonales más duraderas para evitar el aislamiento.

3.4.2 Límites

Dentro de los límites es necesario mencionar que fue difícil la integración de los ejercicios del plan terapéutico a la paciente, como auto registros de los pensamientos negativos y de las ideas irracionales que presentaba; debido a lo anterior, no lograba obtener resultados en cuanto a solucionar el problema, por lo cual se tuvo que reajustar técnicas, en las cuales ella logró establecer soluciones y comprendió cómo construía pensamientos automáticos negativos que desencadenaban su estado emocional.

Otra limitante importante, fue el no lograr obtener o establecer una comunicación certera con el padre, ya que, él aún la rechaza y la apartaba de la convivencia familiar, siendo este un factor que influía en mantener apatía e inseguridad en la paciente, por lo que se hizo necesario establecer estrategias de autoconocimiento emocional.

3.4.3 Temporalidad

El proceso se llevó a cabo durante siete meses continuos, planificados semanalmente en 21 sesiones de cincuenta minutos.

3.5 Método

La presente investigación se realizó mediante el método cualitativo y se dio como parte de la asignatura de Metodología de la investigación psicológica, del quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social.

La investigación cualitativa se basó en el estudio de caso, en el cual la paciente se presentó al Centro de Asistencia Social (CAS), buscando atención, debido a la labilidad emocional presente, además mostraba signos y síntomas de tristeza, desesperanza y baja autoestima, los cuales le provocaba un deterioro en sus habilidades sociales y laborales.

Procedimiento: La investigación se basó en un estudio de caso de una mujer de 43 años, quien se identificó como R.K., se enteró del Centro de Asistencia social (CAS) por medios de publicidad escritos. La paciente buscó ayuda debido a un proceso de divorcio por el cual estaba atravesando y por la carencia de relaciones interpersonales adecuadas y la dificultad en la toma de decisiones oportunas.

Mediante la observación, entrevistas, historia clínica, pruebas psicológicas aplicadas, se desarrolló el proceso psicodiagnóstico del caso de estudio, en el cual la paciente presentaba sentimientos de inferioridad, inseguridad, desvalorización e inadecuada percepción de sí misma, dinámica familiar problemática y carencia de lazos afectivos hacia los padres. El divorcio y la separación fueron los causantes de la apatía y labilidad emocional de la paciente, siendo un obstáculo para tomar decisiones, dificultando el estado del ánimo y voluntad para encontrar un trabajo que le ayudara a sustentar económicamente a su familia

Por otra parte, había iniciado una relación de pareja la cual era disfuncional y carecía de afectividad, por lo cual continuamente se encontraban discutiendo sin llegar a ningún acuerdo.

Se realizó una batería de pruebas proyectivas: El test de la figura humana, familia, persona bajo la lluvia, donde se confirmó que la paciente proyectaba pensamientos negativos hacia sí misma, necesidad de protección y sustento, dificultad para tomar decisiones, sentimientos de angustia y una necesidad de protección.

Por los resultados que se obtuvieron anteriormente, se aplicó a la paciente otras pruebas específicas como el Inventario de depresión de Beck, Inventario de autoestima de Coopersmith, Cuestionario de análisis clínico y el Cuestionario de satisfacción conyugal de Lazarus.

Se llevó a cabo el proceso terapéutico con la paciente mediante un establecimiento del rapport adecuado, para que la paciente se sintiera confiada y así obtener la mayor información, para abordar temas específicos, los cuales eran de importancia esclarecer con la paciente, obteniendo un diálogo preciso y oportuno.

Después de obtener el diagnóstico, se aplicó el modelo cognitivo de Beck, para el control de pensamientos automáticos, diario semanal, en el cual registraba la situación, que era el recuerdo desagradable, la emoción que causaba el recuerdo desagradable y la consecuencia, acción o decisión en donde logró modificar pensamientos negativos, técnicas de relajación y técnicas de afrontamiento.

Para el incremento de la valía personal, se utilizó un cuaderno práctico para vivir feliz, con el cual se realizaron ejercicios en casa y dentro de las sesiones, proyección en el espejo, describiendo las cualidades positivas.

Se efectuaron las recomendaciones correspondientes, enfocando los elementos primordiales que se trabajaron para la mejora y bienestar de la paciente, así como la participación de la familia, para que en el proceso terapéutico se lograran obtener resultados más precisos y se alcanzara así un equilibrio en el estado emocional.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización del Estudio de Caso

I. Datos Generales

Nombre: R.K.

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 11/11/1972

Edad: 43

Estado Civil: Divorciada

Escolaridad: Universitaria

Profesión: Auditora

Ocupación: ama de casa

Religión: católica

II. Motivo de consulta

“No logro y no puedo tomar decisiones en mi vida, necesito estabilidad emocional” (Sic)

III. Historia del Problema Actual

La paciente refirió que presentaba dificultad para afrontar los problemas con su exesposo; indicó que se encontraba en proceso de divorcio debido a la infidelidad que hubo dentro del matrimonio; manifestó que se arrepentía de haber tomado la decisión de separarse y de pedirle el divorcio.

R.K. comentó que estuvo casada 15 años, durante los cuales hubo infidelidad por parte del conyugue, y al enterarse la paciente de la situación, según indicó tomo “venganza” teniendo relaciones extramaritales de las cuales se arrepiente.

R.K. indicó que estos acontecimientos iniciaron en el año 2005, cuando ella estaba embarazada del segundo hijo; comenta que este embarazo no fue deseado y que tenía deseos de abortarlo porque según la paciente era un “hijo no querido” debido a los problemas que tenía con el ex-esposo; la paciente indicaba que el ex-esposo comenzó a distanciarse, no deseaba tener intimidad, a pesar de que ella buscaba fortalecer la relación en pareja; la paciente refirió que ese mismo año se enteró que tenía una relación sentimental con otra persona, pero no le dio importancia debido a que no quería que la familia se desintegrara. La paciente comentó que pese a que fueron cuatro veces que la expareja mantuvo relaciones extramaritales con otras personas, no le dio importancia a esta situación, para evitar problemas familiares y que los hijos no tuvieran una mala impresión del padre.

R.K. mantuvo una relación sentimental con otra persona, la cual conoció en el año 2015; la paciente indicó que aún sentía inseguridad por tener esta relación, debido a que deseaba que la ex-pareja cambiara de opinión respecto al divorcio; R.K. mantuvo la esperanza de regresar con la ex-pareja y mencionó que no le importaba los problemas de infidelidad que hubo en el pasado.

IV Historia Clínica

Personales no patológicos

R.K. refirió que a los seis años no presentaba ningún defecto en la pronunciación, comentó que tenía habilidad para relatar acontecimientos.

R.K. comentó que asistió al colegio a los cinco años, se adaptó con dificultad y tenía problemas para realizar actividades en grupo. Comentó que le gustaba estudiar, era destacada en el colegio, obtenía buenas notas, era disciplinada, debido a que el padre era estricto.

R.K. refirió que presentaba dificultad para hacer amigos en el colegio, participaba en actividades escolares, no hubo quejas por parte de los maestros, comentó que los compañeros de clase eran agresivos y se burlaban con frecuencia de ella.

R.K. indicó que la etapa de adolescencia fue la más difícil, debido al rechazo que obtuvo del padre y las burlas que padecía en el colegio; comentó que el padre constantemente criticaba el aspecto físico, desvalorizándola por ser mujer y diciéndole que la figura perfecta era indispensable.

R.K. refirió que comenzó a trabajar a los 23 años en una firma de auditores y contadores, en la que obtuvo experiencia para comenzar un trabajo independiente. A los 25 años se graduó de auditora en la Universidad Mariano Gálvez. Dejo de trabajar cuando contrajo matrimonio en el año 2002, mismo año en el que estableció con la expareja un proyecto, en el que se encargarían de la administración de un consultorio médico; lograron establecer el proyecto durante un año, después de abandonar el proyecto, la expareja, logro establecerse como médico general y fue cuando K. dejo de trabajar, debido a que la ex-pareja proveía a ella y a los hijos lo que necesitaban.

En mayo de 2016 comenzó a trabajar en un restaurante en el área de contabilidad en donde el dueño del establecimiento era expareja de R.K, de quien recibió malos tratos y desvalorizaba el trabajo que realizaba, tomo la decisión de renunciar a principios de julio de 2016, debido a que le hacía trabajar varias horas fuera del tiempo laboral y según R.K. existía un abuso verbal con insinuaciones sexuales hacia ella.

R.K. indicó que la primera relación sexual fue a los 18 años, a los 21 años tuvo la primera relación de pareja formal, la cual duro cuatro años. Indicó que desde los 21 años no le fue difícil tener pareja, porque ella se consideraba una mujer que llamaba la atención por la forma de vestir y por el aspecto físico, sin embargo, le llamaba la atención el ingreso económico que pudieran tener dichas parejas. A los 29 años contrajo matrimonio; después de quedar embarazada los problemas con la pareja aumentaron, por lo que no existía relaciones íntimas entre ambos; la

expareja tuvo relaciones con otras personas dentro del matrimonio y R.K indicó también que tuvo relaciones con 11 personas, en los 15 años que estuvo casada.

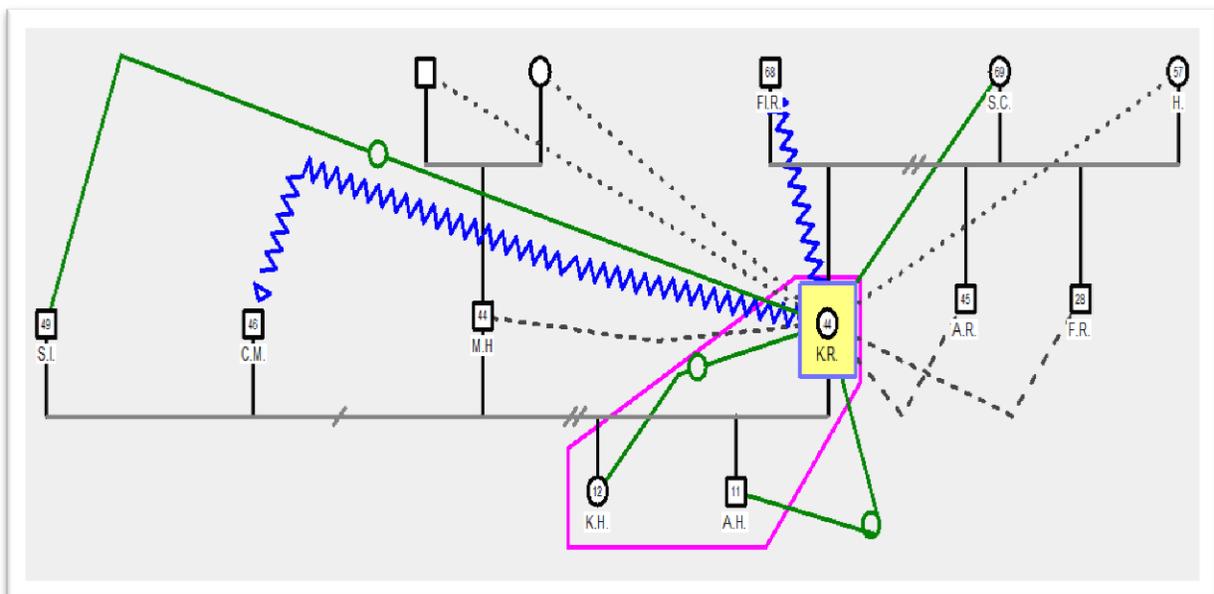
Personales Patológicos

K.R. refirió no haber tenido alguna enfermedad en la cual haya tenido intervenciones quirúrgicas; no indicó haber tenido algún accidente u hospitalizaciones.

K.R. comentó haber tenido un tratamiento psiquiátrico. De 1998 al 2001, llevó a cabo dicho proceso, del cual no tuvo ningún resultado positivo, debido a que la psiquiatra siendo un miembro cercano a la familia, criticaba las malas decisiones en la vida de la paciente. El medicamento el medicamento recetado fue Fluoxetina, que es un antidepresivo; la paciente no presentó la receta médica que prescriba dicho medicamento.

V. Historia Familiar

Imagen 2
Genograma



Fuente: elaboración propia, octubre 2016.

Estructura familiar

La familia de R.K. conformada por los hijos K.D. de 12 años y M.A. de 11 años, con los cuales refirió una relación armoniosa y estable, sin embargo el proceso de divorcio por el cual estaba pasando R.K, desequilibró la comunicación con el hijo menor, ya que comentó que tenía mal comportamiento y presentaba una actitud de rebeldía, con la hija mayor la comunicación y cercanía era mayor y algunas veces había rechazo de la hija hacia el padre, debido a la infidelidad, y distanciamiento del padre; R.K, indicó que le había sido difícil el proceso de divorcio con M.H. de 42 años, quien se dedicaba a la profesión de médico y cirujano; también comentó que él le brindaba una buena posición económica y que no le faltaba nada a ella y a los hijos, por lo que no le fue necesario buscar un trabajo.

Antecedentes familiares

Los padres de R.K, eran F.R de 68 años quien estaba jubilado y S.C. de 69 años quien se dedicaba a la profesión de secretaria. La paciente comentaba que la infancia fue difícil, ya que existió violencia psicológica e infidelidad por parte del padre. Comentó que ella tenía seis años cuando los padres se divorciaron, convivieron en el mismo hogar, dormían en camas separadas y existió agresiones del padre hacia la madre. R.K. indicó que no existió un vínculo afectivo hacia el padre, ya que el padre la rechazaba y la desvalorizaba por ser mujer. Indicó que a los nueve años intentó suicidarse con aspirinas, por los problemas en la familia, pero en ese entonces ella se encontraba resfriada y las aspirinas no causaron ningún efecto. R.K, comentó que la relación con la madre fue estrecha, a pesar de que le era difícil expresar sentimientos afectivos hacia R.K.

El hermano mayor de R.K, era A.R. de 45 años, comentaba que tenían una relación cercana, ya que le agradecía haber estado pendiente de ella y de los hijos

El hermano menor era F.R. de 27 años, hermanastro de la paciente, quien ella rechazaba por ser hijo de H. pareja del padre de la paciente, con quien mantuvo relación de pareja cuando el padre aún seguía casado con la madre.

R.K, continuaba sin tener buena relación con el padre, porque él seguía con la misma actitud de desprecio hacia la mujer. La paciente indicó que los pensamientos de suicidio habían sido recurrentes pero no sería capaz de intentar quitarse la vida, sin embargo comentaba que en estos pensamientos de suicidio incluía a los hijos, teniendo estos pensamientos de quitarles la vida a los hijos si ella se quitaba la vida, pero recalco que no intentaría hacerlo.

La paciente refirió que no existió antecedente familiar relacionados con problemas mentales de origen genético, hereditario o congénito.

VI. Examen del Estado Mental

La paciente se mostraba lúcida y alerta durante la entrevista. Se presentó a consulta con apariencia personal agradable, atuendo provocativo, utilizaba frecuentemente vestuario ajustado, denotaba limpieza y aseo personal.

Complexión física mesomórfica, estatura aproximada de 1.55 cm. Tez morena, cabello lacio de color castaño oscuro, teñido a rubio. Mantuvo contacto visual, postura erguida. Presentaba habilidad para conducirse durante la entrevista, la actitud que presentó era colaboradora y amable en cada una de las sesiones.

Las expresiones faciales eran acordes al estado de ánimo que presentaba, sus gestos eran de preocupación, en algunas ocasiones el llanto era mínimo y era observable que reprimía ese sentimiento; el volumen de voz era alto y ritmo fluido.

La paciente se observó alerta durante la entrevista, no se encontraba ningún distractor que perturbara su diálogo. Orientada en tiempo, lugar y persona. Su lenguaje era fluido, habla espontánea, comprensible y coherente. Memoria remota, inmediata y reciente en adecuadas condiciones. Presentaba comprensión adecuada en las instrucciones que se le daban, respondía sin ninguna dificultad y su razonamiento era adecuado.

La paciente presentaba proceso de pensamiento coherente, lógico y circunstancial. El contenido del pensamiento estaba orientado a esperanza, ilusiones, preocupaciones y con frecuencia presentaba ideaciones suicidas u homicidas y esto interfirió en la concentración y el sueño. La paciente estaba consciente que estos problemas estaban afectando su vida. Presentaba adecuada capacidad de interpretación intelectual y emocional.

La paciente presentó congruencia adecuada en el contenido del pensamiento, manifestó sentimientos e infelicidad y era observable frustración y tristeza, respecto a los problemas que presentaba en el ámbito familiar, entre ellos el proceso de divorcio.

VII. Resultados de las pruebas

Cuadro 1
Pruebas e Instrumentos aplicados

PRUEBAS E INSTRUMENTOS APLICADOS	FECHA DE APLICACIÓN
Inventario de depresión (Beck, T.)	15/06/2016
Cuestionario de satisfacción conyugal (Lazarus, A.)	15/06/2016
Test figura humana (Machover, K.)	06/07/2016
Inventario de autoestima (Coopersmith, S.)	06/07/2016
Test de la familia (Corman, L.)	13/07/2016
Test persona bajo la lluvia (Querol, S. y Chavez M.)	13/07/2016
Cuestionario de análisis clínico-CAQ (Krug, S.)	13/07/2016

Fuente: Elaboración propia, octubre 2016

- Resultados de pruebas proyectivas

Test de la familia (Corman, L)

De acuerdo a la prueba que fue aplicada, la paciente proyectaba una fuerte tendencia a replegarse hacia sí misma, expansión imaginativa, sentimientos de inferioridad, inseguridad, depresión, percibía el ambiente como amenazante, distancia emocional entre los miembros de la familia, inadecuación intelectual, desvalorización, perturbaciones en las relaciones interpersonales, pobre imagen de sí misma, negación de problemas, no quería enfrentar el mundo y escapaba a la fantasía, alta incidencia de miedo, angustia generalizada, perfeccionismo, depresión e inhibición de impulsos

Test de la figura humana (Machover, K)

La paciente proyectaba ansiedad, necesidad de sustento, dependencia, falta de autoconfianza, tendencia a la regresión, inmadurez, tensión, fuerte apego o dependencia a la persona del sexo opuesto, sentimientos de inadecuación intelectual, relaciones interpersonales caracterizadas por superficialidad, cautela y hostilidad, precoz sexualmente, la conducta era guiada por el instinto que por lo intelectual, necesidades agresivas dirigidas al exterior, ambición, deseos de proeza o adquisición, sentimientos de culpa en relación a actividades manipulativas, falta de estabilidad o miedo a la realidad, expresión de poder físico y psíquico.

Test persona bajo la lluvia (Querol, S. y Chavez, M.)

De acuerdo a la prueba que fue aplicada se concluyó que la paciente presentaba aplanamiento, no reconocimiento, desvalorización, inseguridad y temor. Sentimientos de inadecuación, inferioridad y dependencia. También transmitía sencillez, introversión, humildad, falta de vitalidad, avaricia, inadecuada percepción de sí misma. Adicionalmente introversión, encerrarse en sí misma. Pesimismo, debilidad, depresión, fatiga, desaliento, pereza, agotamiento, excesiva defensa y control. Le resultaba difícil planificar tareas. Bajo nivel de tolerancia a la frustración, ponía obstáculos para lograr avanzar en la vida, temer o no querer asumir responsabilidades, acontecimientos sin resolver. Presiones, restricciones, ideales, fantasías, necesidades de

protección, autoridad, conductas fóbicas, tendencias autoagresivas o dolencias psicosomáticas, sentimientos de angustia, necesidad de sustento y protección.

Resultados de pruebas psicométricas

Cuestionario de análisis clínico-CAQ (Krug, S.)

De acuerdo con la prueba aplicada la paciente presentaba, preocupaciones por la salud, los desarreglos y las funciones corporales. Insatisfacción de la vida, acogía pensamientos autodestructivos. Preocupación, sin energía para actuar, sentimientos de intranquilidad. Evitaba contactos interpersonales, no se hallaba comfortable con los demás. Creía que se le perseguía, espiaba, controlaba o maltrataba, pérdida de aplomo y pensamientos de inferioridad.

Inventario de depresión (Beck, T.)

De acuerdo con los resultados de la prueba, R.K. manifestó alteraciones del estado del ánimo, lo que ponía en evidencia los síntomas que generaban malestar como: pesimismo, desvalorización de sí misma, dificultad para tomar decisiones, desinterés de hacer actividades físicas, preocupaciones somáticas y fatigabilidad.

Inventario de autoestima (Coopersmith, S.)

De acuerdo con los resultados de la prueba, R.K. presentaba un nivel de autoestima intermedio, el cual se dividía en el área social con un puntaje de 50, por lo que indicó un nivel no adecuado de acuerdo a las actitudes en el medio social y también insatisfacción de su rendimiento académico profesional. En el área de sí misma obtuvo un puntaje de 31, el cual evidenciaba una escasa autopercepción y propia experiencia valorativa sobre las características físicas y psicológicas. En el área familiar presentaba un puntaje de 50, el cual se toma como un nivel bajo de acuerdo a que no había buena comunicación y convivencia en el medio familiar.

Cuestionario de satisfacción conyugal (Lazarus, A.)

De acuerdo a los resultados de la prueba, la paciente presentaba 48 puntos el cual se encontraba en el rango de 60 o menos, lo que indicaba un bajo nivel de satisfacción en la pareja, esto se manifestó en la entrevista previa con la paciente.

VIII. Impresión Diagnóstica

La problemática principal que se pudo observar y que se evidenciaba en las pruebas aplicadas, era el conflicto interpersonal que presentaba con el conyugue y la familia, debido a que la paciente no se creía ser capaz de poder tomar decisiones.

De acuerdo a las pruebas aplicadas, observación y entrevista clínica, la paciente presentó alteración del estado de ánimo como tristeza, pesimismo y desvalorización hacia sí misma, debido al rechazo que sufrió por parte de la figura paterna; durante la infancia y adolescencia el cual acrecentó estos síntomas y no fue tratado debidamente.

La relación conflictiva que presentaba con el padre influía en tomar malas decisiones y tener pensamientos negativos, por lo que no prestaba interés a las cosas que le rodeaban, no tenía círculos sociales, debido a que no se sentía satisfecha consigo misma.

También era evidente, la frustración y el fracaso del matrimonio, debido a la falta de respeto que había, y que ella no lograba separarse del ex conyugue porque presentaba temor a no poder lograr rehacer su vida.

Estos acontecimientos que fueron causantes del desbalance del estado emocional de la paciente, se demostró que la falta de vínculos afectivos con los cuidadores primarios, en este caso el padre, produjo en la paciente inseguridad, falta de sustento y protección, por lo que es evidente no fueron establecidos durante la infancia, ya que presento un apego ansioso en la adultez debido a que la paciente mostraba miedo al abandono, baja tolerancia a que la desaprobaran y por ende buscaba que validaran sus acciones constantemente.

Otro punto importante de observación fue la dificultad que tenía para lograr establecer una relación de pareja, devaluación, falta de respeto y no podía lograr objetivos relevantes para tener una relación estable y en la que existiera una comunicación adecuada.

La paciente presentaba sentimientos de desesperanza, baja autoestima, no se sentía satisfecha con su cuerpo, sentimientos de infelicidad y deseos de quitarse la vida, esto venía presentándose desde la adolescencia.

El proceso de divorcio había generado en la paciente estados de melancolía y tristeza, por lo que había sido evidente la poca aceptación que había tenido ante la separación; esto provocó en la paciente aumento del apetito, dificultad para concentrarse, insomnio y la poca energía que presentaba para realizar actividades que anteriormente acostumbraba hacer.

Tras las evaluaciones psicométricas y pruebas proyectivas se descartó el trastorno de depresión mayor debido al periodo de tiempo que presentaba, de al menos dos semanas, pero se evidenciaron con criterios del trastorno depresión mayor.

De acuerdo a la entrevista clínica, pruebas proyectivas y pruebas psicométricas conllevaron a un diagnóstico de trastorno depresivo persistente (distimia), ya que se presentó durante un período de al menos dos años, por lo cual se tomó con mayor atención los síntomas de baja autoestima, los sentimientos de desesperanza, la fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, la incapacidad de tomar decisiones y los pensamientos de muerte recurrentes; igualmente se debía tomar en cuenta la dependencia que había presentado ante la pareja, y la falta de comunicación que existió dentro del grupo familiar.

IX Diagnóstico

300.4 (F34.1) Trastorno depresivo persistente (distimia)

V61.03 (Z63.5) Ruptura familiar por separación o divorcio.

X. Recomendaciones terapéuticas para el caso

Se recomendó a la paciente la continuación del proceso terapéutico, para que se pudiera lograr un equilibrio en el estado emocional, y así obtener objetivos a largo plazo y concluir metas, con el fin de obtener conductas y pensamientos adecuados para mejorar las habilidades sociales.

Se recomendó que R.K. realizara actividades fuera de casa, como algún deporte que le agrade, para lograr equilibrar el nivel de energía y sentirse activa la mayor parte del tiempo.

Se informó que era necesario reforzar la comunicación con la familia, para que R.K., pudiera aprender a tener vínculos afectivos con la familia, intentando así, convivir nuevamente con el padre para crear lazos afectivos.

También era necesario que R.K., lograra tomar decisiones respecto a las relaciones interpersonales, como las relaciones de pareja, ya que al permanecer el conflicto podía llevar a R.K. a una inestabilidad emocional, por no saber sobrellevar de manera adecuada los cambios que pudieron darse dentro de la relación de pareja.

4.2 Análisis de Resultados del Estudio de Caso

Trastorno depresivo persistente como consecuencia del apego ansioso

Mínguez y Álvarez (2013) indican que el estilo de apego ansioso en el adulto se asocia a relaciones dependientes y a una continua necesidad de aprobación y se puede hablar de características que identifican el apego ansioso en la adultez, como la dificultad con la autonomía, búsqueda y selección de pareja precipitada, miedo a no ser amado, miedo a la pérdida y celos constantes, ideas contradictorias sobre el amor, dificultad para romper una relación, inestabilidad e inseguridad emocional.

La paciente del caso de estudio presentaba apego de tipo ansioso ya que se comprobó que dentro de la dinámica familiar presentaban inestabilidad en varios aspectos, tales como el rechazo y desvalorización por parte del padre, la falta de vínculos afectivos necesarios para desarrollarse en las diferentes etapas de la infancia, la desatención que hubo por parte de los padres para cubrir las necesidades, fueron factores que repercutieron en la adultez, ocasionando inestabilidad emocional y escasa habilidad para obtener relaciones interpersonales seguras, miedo al abandono, ansiedad y baja autoestima factores que fueron detonantes para el trastorno depresivo persistente.

Influencia del apego ansioso en la adultez

En el trabajo de Grossmann y Grossman (2005), citado en Zeanah (2010) indican que los períodos de estrés y los hechos vitales negativos ponen en riesgo la seguridad del apego. Es posible que el patrón de apego seguro que se observó en la infancia, cambiara en la adultez a inseguro, en donde el adulto haya experimentado una situación vital negativa como, por ejemplo, el divorcio. Si en la infancia se presentaba el apego inseguro, es más propenso a seguir siendo inseguros en la adultez, ya que en el transcurso del desarrollo experimentó situaciones vitales negativas.

La paciente del caso de estudio se vio afectada, por la inestabilidad, falta de comunicación de los padres y la infidelidad del padre, hecho que causo el rompimiento de lazos afectivos entre padre e hija y también era consecuente el rechazo y la falta de fiabilidad que el padre tenía hacia la paciente, obteniendo así en la adultez relaciones interpersonales inestables y promiscuidad en cierto grado, debido a la labilidad emocional que la paciente presentaba, lo que la hacía pensar que era una forma de sentirse valorada como mujer, ya que había introyectado creencias irracionales respecto a que el aspecto físico era lo más relevante en una mujer, sin poner atención a otras capacidades y habilidades que poseía.

Debido a que el padre de la paciente presentaba un comportamiento hostil y de desapego, la paciente desarrolló el estilo de apego ansioso o inseguro debido a que no encontró sustento o seguridad por parte de los padres, específicamente del padre, por lo que la paciente no se sentía lo

suficiente amada o valorada, por lo tanto, el haber establecido en la infancia vínculos afectivos inseguros, produjo en la paciente relaciones interpersonales conflictivas y la incapacidad de toma de decisiones.

La paciente presentó apego ansioso ya que en la infancia la falta de estimulación de cuidados afectuosos, la ausencia de contacto e insatisfacción de las necesidades, como seguridad, afecto y atención, fueron precipitantes para que la paciente desarrollara en la adultez dependencia y falta de valía.

Patrones repetitivos en la dinámica matrimonial

Zuazo (2013) indica que la desintegración familiar puede estar vinculada con los siguientes problemas: la precaria situación económica, el machismo e infidelidad.

“La repetición de los patrones familiares, se aprenden mediante entrenamiento o por imitación o al identificarnos con los papeles asequibles. Así, cuando niños, los padres recompensaban la conducta que se ajusta a su idea de la forma como un niño o niña debería actuar. En cada etapa cronológica la conducta está regulada por la aprobación y el castigo que origina la acción. A medida que se envejece se estimula a imitar la conducta de personas que fungen como ejemplos de papeles modelo. Así, se aprende a ser marido, padre, esposa o madre” (Yáñez, 1996, p. 7).

La dinámica familiar que se presentó, en donde la paciente fue participe de situaciones en donde la falta de respeto, el desapego, la falta de atención, la dificultad en la comunicación asertiva y la falta de vínculos afectivos, repercutieron en la estabilidad emocional, debido a que la paciente obtuvo estímulos inadecuados, siendo las figuras primarias las causantes de patrones inadecuados, por lo que estas conductas se repitieron en la etapa adulta, obteniendo así patrones repetitivos de inestabilidad en las relaciones de pareja, infidelidad, falta de comunicación y machismo.

Autoimagen distorsionada y sus consecuencias.

Thompson (1990), citado por Cobos (2015), afirma que la imagen corporal está constituida por tres componentes: perceptual, cognitivo y conductual.

El componente perceptual se refiere a cómo la persona se percibe así misma en tamaño y forma del cuerpo; puede alterar la percepción del cuerpo, verse físicamente de manera exagerada a las dimensiones que presenta realmente.

El componente cognitivo-afectivo son las creencias, pensamientos y sentimientos en cuanto a la apariencia física; cuando presentan insatisfacción hacia su cuerpo, tienden a manifestar pensamientos negativos, al sentirse inútiles o gordos, se avergüenzan y tiene pensamientos de que nadie los va a querer.

El componente conductual, se relaciona a cómo actúa en relación con los sentimientos y pensamientos respecto a su propio cuerpo, indicando que evitaba situaciones en las que mostraba su cuerpo, a pesar de que la ropa ajustada que utilizaba exponía su figura corporal, esto llevaba a la persona a realizar constantemente ejercicios para perder peso.

Es observable en la paciente, la importancia del aspecto físico, ya que el padre recalcaba en ella desde la adolescencia la perfección física que debía tener, por lo que la paciente manifestaba insatisfacción hacia su cuerpo y por ende mostraba pensamientos pesimistas hacia su persona, el concepto inadecuado que el padre tenía de la mujer, generaba en la paciente un autoconcepto de inutilidad y vergüenza hacia sí misma, lo que le ocasionaba alteraciones emocionales dañando su salud emocional.

Conclusiones

El apego ansioso influyó en el trastorno depresivo persistente en la paciente de estudio, debido a la falta de vínculos afectivos con los cuidadores primarios, por lo que la ausencia de contacto e insatisfacción de las necesidades de sustento y protección, repercutieron en el estado emocional obteniendo así relaciones afectivas inseguras y dependientes.

El apego ansioso impactó en la paciente de estudio, debido a que buscaba dentro de las relaciones de pareja la necesidad de protección, de sentirse valorada y amada de los cuales careció en la infancia, por lo que la paciente desarrollo temor al abandono, incapacidad en la toma de decisiones y relaciones interpersonales inseguras y deficientes.

Los patrones repetitivos en la dinámica matrimonial afectaron a la paciente, ya que en su matrimonio existieron circunstancias que eran similares a la dinámica disfuncional que tenían los padres como la desvalorización, desapego, falta de atención y dificultad en la comunicación asertiva, por lo que en la etapa adulta obtuvo conductas y patrones repetitivos, mismos que le causaron inestabilidad en las relaciones de pareja, infidelidad y machismo.

La autoimagen distorsionada repercutió en la paciente debido a la importancia que presentaba en obtener la perfección del aspecto físico, ya que en la adolescencia obtuvo críticas negativas y desvalorativas hacia la figura por parte del padre, presentando la paciente insatisfacción por su cuerpo, autoconcepto de inutilidad y vergüenza hacia sí misma.

Recomendaciones

Se recomienda establecer vínculos afectivos padres e hijos, ya que esto es importante para que se obtengan estilos de apego adecuados y seguros, ayudando a desarrollar equilibrio emocional, logrando así relaciones interpersonales efectivas y apropiadas, lo que funcionará como factor preventivo en el desarrollo de trastornos psicológicos.

Es fundamental que se establezcan lazos afectivos dentro del medio familiar, reforzando una comunicación asertiva, en donde se implemente el respeto, la autonomía y la autoestima sana, siendo las figuras primarias el modelo adecuado a seguir.

Es necesario utilizar herramientas para obtener mecanismos adecuados para la resolución de conflictos en la pareja, disminuyendo así los patrones repetitivos en la dinámica familiar, ya que se debe tomar en cuenta aspectos importantes como la aceptación, la armonía y empatía, para fomentar relaciones interpersonales e intrafamiliares adecuadas

Es importante que se aprecie la autoimagen, obteniendo críticas constructivas y valorativas que se utilicen para reforzar la autoestima, lo que ayudará a construir estados emocionales saludables y apropiados.

Referencias

Bibliográficas

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (DSM-5). (5ª. Ed.). España; Asociación Americana de Psiquiatría.

Palomo, T., Jiménez, M., Fernández, A., Gómez, M., y Vallejo, J. (2009). *Depresión unipolar y otras depresiones*. González, A., López, P. y Zorrilla, I. Manual de psiquiatría. España.

Sarason, I. y Sarason B. (2006). *Psicopatología Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. (Undécima edición). México: Pearson Educación.

Internet

Alegría, M. (2007). *Estilos de comunicación y manejo de conflictos en el noviazgo de estudiantes de la facultad de psicología de la Universidad Veracruzana zona Xalapa*. (Tesis). Recuperado 10.10.2016 de <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/37001/1/alegriadelangelmanoella.pdf>

Alarcón, R., Gea, A., Martínez, J., Pedreño, J. y Pujalte, L. (2007). *Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos*. Región de Murcia. Consejería en sanidad. Recuperado 07.10.2016 de <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>

Baena, A., Sandoval, M., Urbina, C., Juárez, N. y Villaseñor, S. (2005). *Los trastornos del estado del ánimo*. Revista digital universitaria, núm. 11 (Vol. 6). p. 2-14. Doi: 1067-6079

Cobos, S., (2015). *La insatisfacción corporal y la alteración de la imagen corporal en población*

universitaria. (Tesis de maestría). Recuperado 07.10.2016 de <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/14968/1/TFM-G%20456.pdf>

Chamorro, L. (2012). *El apego. Su importancia para el pediatra*, núm. 3 (Vol. 39), pp. 199-206. Recuperado 06.10.2016 de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4221475.pdf>.

Del Campo, S., (1994). *Tipos de familia y modelos de matrimonio*. Boletín de la facultad de derecho, núm. 7, p. 169-181. Recuperado 06.10.2016 de <http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:bfd-1994-7-d15284b6&dsID=PDF>

García, L., (1999). *Configuración histórica del concepto de autoimagen*. Revista de la historia de la psicología, núm. 3-4 (Vol. 20), pp. 405-414. Recuperado 06.10.2016 de <http://sfcbl1628de7748e1.jimcontent.com/download/version/1392121446/module/5971679811/name/38.%20GARC%C3%8DA.pdf>.

García, L., y Garita, E., (2007). *Relación entre la satisfacción con la imagen corporal, autoconcepto físico, índice de masa corporal y factores socioculturales en mujeres adolescentes costarricenses*. Revista de ciencias del ejercicio y la salud, núm. 1 (Vol. 5), pp. 9-18. Recuperado 10.11.2016 de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4790855.pdf>.

Hall, V., (2003). *Depresión: fisiopatología y tratamiento*. (Actualización profesional). Recuperado 09.10.2016 de <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf>

Mínguez, L., y Álvarez, L., (2013). *Estilo de apego y estilo de amar*. (Trabajo fin de grado. Departamento de enfermería). Recuperado 11.10.2016 de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3007/MinguezMartinezL.pdf?sequence=1>

Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2009). *Desarrollo psicosocial en los primeros tres años*.

Desarrollo humano. Recuperado 11.10.2016 de <https://iessb.files.wordpress.com/2015/03/175696292-desarrollo-humano-papalia.pdf>.

Ríos, J. (1994). *Manual de orientación y terapia familiar*. Fundación Instituto de Ciencias del Hombre. Recuperado 11.10.2016 de <http://www.m-cano.com/stirpe/files/manual.pdf>

Salaberria, K., Rodríguez, S. y Cruz, S. (2007). *Percepción de la imagen corporal*, núm. 8, pp. 171-183. Doi: 1577-8533

Sánchez, M. (2011). *Apego en la infancia y apego adulto, Influencia en las relaciones amorosas y sexuales*. (Tesis de maestría). Recuperada 11.10.2016 de http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/99355/1/TFM_EstudiosInterdisciplinariosGenero_SanchezHerrero_M.pdf

Torres, J. (2004). *Influencia de patrones conductuales transgeneracionales familiares, en las relaciones disfuncionales de pareja*. (Tesis de maestría). Recuperado 07.10.2016 de http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/JORGE_TORRES_HERNANDEZ.pdf

Vásquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). *Depresión: diagnostico, modelos teóricos y tratamientos a finales del siglo XX*. Psicología conductual, núm. 3 (Vol. 8), pp. 416-449. Recuperado 07.10.2016 de <http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>

Van, M., Zeana, J. y Prachi, S. (2005). *El apego durante los primeros años (0-5) y su impacto en el desarrollo infantil*. Apego. Recuperado 11.10.2016 de <http://www.iin.oea.org/pdf-iin/RH/Apego.pdf>

Valdés, N. (2002, agosto del 8 al 11). *Consideraciones acerca de los estilos de apego y su repercusión en la práctica clínica*. V Congreso Sudamericano de Investigación en Psicoterapia Empírica y III Encuentro Psicoterapéutico, Reñaca, Viña del Mar, Chile.

Yáñez, C. (1996). *Patrones de interacción familiar y su repetición en las relaciones de pareja*.
núm. 9 (Vol. 3) pp. 5-14. Recuperado 10.11.2016 de
http://bvirtual.ucol.mx/descargables/195_patrones.pdf

Zuazo, N. (2013). *Causas de la desintegración familiar y sus consecuencias en el rendimiento escolar y conducta de las alumnas de segundo año de la institución educativa nuestra señora de Fátima de Piura*. (Tesis de maestría). Recuperada 10.10.2016 de
https://pirhua.udep.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1818/MAE_EDUC_110.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Anexos

Anexo 1

Tabla de variables

Estudio de caso sobre apego ansioso y su influencia en el trastorno depresivo persistente en una paciente de 43 años, del Centro de Asistencia Social (CAS)

Problemática 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
Vínculo afectivo de tipo ansioso, con el padre.	Trastorno depresivo persistente	Apego ansioso	¿Cómo influyó el apego ansioso en el desarrollo del trastorno depresivo persistente en una paciente de 43 años, del centro de asistencia social de la Universidad Panamericana?	Determinar la influencia del apego ansioso en el desarrollo del trastorno depresivo persistente en una paciente de 43 años, del Centro de asistencia social de la Universidad Panamericana.	Establecer cómo el apego ansioso impactó en el caso de estudio.
Problemas matrimoniales, infidelidad y separación.		Patrones repetitivos en la dinámica matrimonial			Describir como los patrones repetitivos en la dinámica matrimonial afectaron a la paciente de estudio.

Exigencia y perfeccionismo respecto a la imagen corporal.		Autoimagen distorsionada			Analizar cómo la autoimagen distorsionada repercutió en el caso de estudio.
---	--	--------------------------	--	--	---