

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



**Estudio de caso: Desintegración familiar en la infancia como agente etiológico
en el desarrollo del trastorno depresivo persistente en un paciente de 49 años,
atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)**

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Daniela María Gutiérrez Coxaj

Guatemala, junio 2017

**Estudio de caso: Desintegración familiar en la infancia como agente etiológico
en el desarrollo del trastorno depresivo persistente en un paciente de 49 años,
atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)**

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Daniela María Gutiérrez Coxaj

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

Licda. Diana del Rosario Calderón Blanco (**Revisor**)

Guatemala, junio 2017

Autoridades Universidad Panamericana

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

Autoridades Facultad Humanidades

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

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

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

ASUNTO: *Daniela María Gutiérrez Coxaj*
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: junio 2, 017

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: *Daniela María Gutiérrez Coxaj* recibe la aprobación para realizar su *Práctica Profesional Dirigida*.


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



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

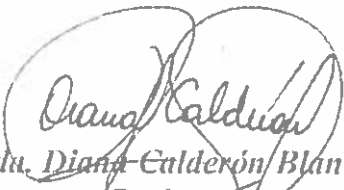
En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Estudio de caso: Desintegración familiar en la infancia como agente etiológico en el desarrollo del trastorno depresivo persistente en un paciente de 49 años, atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)". Presentada por el (la) estudiante: Daniela María Gutiérrez Coxaj, 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.



Lcda. Mirna Paola Gaitán Lainez
Asesor

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

En virtud de que el informe final de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Estudio de caso: Desintegración familiar en la infancia como agente etiológico en el desarrollo del trastorno depresivo persistente en un paciente de 49 años, atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)". Presentada por el (la) estudiante: Daniela María Gutiérrez Coxaj 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. Diana Calderón Blanco
Revisor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala junio 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: Desintegración familiar en la infancia como agente etiológico en el desarrollo del trastorno depresivo persistente en un paciente de 49 años, atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)", presentado por Daniela María Gutiérrez Coxaj, 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 Tan
Decano
Facultad de Humanidades



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

Agradecimientos

Agradezco primeramente a Dios, quien ha permanecido a mi lado a lo largo de mi vida y de la carrera, quien me ha dado la sabiduría e inteligencia, pero sobre todo que ha puesto en mí el deseo de practicar esta profesión para servir al prójimo con un propósito especial.

A mis padres quienes han sido mi guía y ejemplo a seguir para dar lo mejor de mi ser, por creer en mí y en el potencial del que ellos también son autores. Gracias a ellos y a mi hermano por permanecer junto a mí y apoyarme en todo momento.

Finalmente, agradezco a cada una de las personas que durante las primeras prácticas de la profesión depositaron su confianza en mí y de las que tuve la dicha de cruzarme en su camino para aportar con una sonrisa un granito de arena a sus vidas; ellos son mi mayor aprendizaje en la labor, además de aquellos psicólogos/catedráticos que, con entrega y dedicación, continúan aportándome sus conocimientos.

Pon en manos del Señor todas tus obras y tus proyectos se cumplirán.

Proverbios 16:3

Ha sido largo el viaje, pero al fin llegué...

Contenido

Resumen		i
Introducción		ii
Capítulo 1		
Marco de Referencia		
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		
Marco Teórico		
2.1	Trastorno depresivo persistente (Distimia)	5
2.2	Desintegración familiar en la infancia	9
2.3	Ruptura de vínculos afectivos en la infancia	14
2.4	Limitaciones sociales y económicas durante la infancia	18
2.5	Vínculos afectivos en la infancia y repercusiones en la vida matrimonial	21
Capítulo 3		
Marco Metodológico		
3.1	Planteamiento del problema	23
3.2	Pregunta de investigación	24
3.3	Objetivos	25

3.3.1	Objetivo General	25
3.3.2	Objetivos Específicos	25
3.4	Alcances y límites	25
3.5	Método	27
Capítulo 4	Presentación de Resultados	
4.1	Sistematización de Estudio de Caso	29
4.2	Análisis de Resultados	43
	Conclusiones	48
	Recomendaciones	49
	Referencias	50
	Anexos	53

Resumen

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo para la realización de un estudio de caso atendido en el Centro de Asistencia Social como parte de la práctica profesional del último año de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social de Universidad Panamericana, en el transcurso de 2016.

A partir del capítulo 1, Marco de Referencia, se abarcan los datos relevantes del centro asistencial donde se abordó el caso de estudio; incluyendo antecedentes, descripción, ubicación, organización y programas establecidos, además de la visión y misión que como institución poseen. Finalmente se encuentra la justificación de la presente investigación.

El capítulo 2, comprende el Marco Teórico, en el que se recaba la fundamentación teórica específica del trastorno depresivo persistente (distimia), tal y como lo nombra actualmente el DSM-5, además de las variables de estudio consideradas relevantes para el caso; entre ellas, la desintegración familiar, la ruptura de vínculos afectivos y las limitaciones socioeconómicas durante la infancia y las repercusiones en la vida matrimonial.

En el capítulo 3, Marco Metodológico, se delimita el planteamiento del problema, la pregunta de investigación y los objetivos trazados; asimismo, se describen los alcances y límites de la investigación y el método utilizado para su elaboración, el cual fue de tipo cualitativo con una muestra de estudio de caso.

Dentro del capítulo 4, Presentación de Resultados, se expone a través de la sistematización del estudio de caso, el análisis de resultados, con base en la correlación de la fundamentación teórica de las variables destacadas para así responder a la pregunta de investigación.

Finalmente, se enmarcan las conclusiones y recomendaciones a las que se llegaron a través de la investigación.

Introducción

El desarrollo de la persona consiste en el proceso evolutivo como ser humano y en la formación de las bases físicas, cognitivas y psicosociales según la etapa en la que se encuentre. La familia es uno de los contextos más importantes para su estructuración y solidificación en los primeros años. Por ende, las influencias del desarrollo se originan principalmente de la herencia de los padres biológicos y del ambiente interno y externo, destacan la experiencia y la socialización en la que el niño se ve envuelto y toma en cuenta la etapa en que surgen los acontecimientos relevantes.

La importancia de la familia surge a partir de que es ella quien provee a los individuos de cuidados básicos; sin embargo, cuando tal estructura sufre un quebrantamiento, se habla de desintegración familiar, en la que puede surgir la ruptura de vínculos afectivos y de limitaciones socioeconómicas que acarrearán consecuencias en el contexto global de la persona.

Tal ruptura puede llegar a ser la causa de un desequilibrio psicológico, capaz de detonar trastornos afectivos a partir de la infancia que incluso pueden conllevar a repercusiones en la vida matrimonial y al padecimiento de un trastorno depresivo persistente, ya que a medida que los niños entran en la adolescencia y la adultez, las diferencias individuales innatas y el impacto de las experiencias tienen un papel mayor en cuanto a la manera en que perciben y se logran adaptar a las condiciones adversas.

Por tanto, la presente investigación que se llevó a cabo mediante el método cualitativo, comprende y profundiza un estudio de caso en el que se establece la influencia de la desintegración familiar durante la infancia en el desarrollo del trastorno depresivo persistente en un paciente de 49 años atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS); lugar donde se realizó la práctica profesional dirigida del quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

El Centro de Asistencia Social (CAS), surge como un proyecto de responsabilidad social de Universidad Panamericana, a través de la práctica profesional de los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social de la Facultad de Humanidades.

Por medio de este servicio, los estudiantes proporcionan apoyo emocional y asistencia psicológica a niños, adolescentes y adultos con el propósito de mejorar su salud integral. Este centro es, además, una institución que contribuye con la población guatemalteca de escasos recursos que no pueden acceder a dichos servicios, ya que los brinda a un costo accesible.

El CAS, cumple también con la finalidad de formar a los estudiantes en la práctica de la profesión y reforzar los principios y valores dentro de la labor psicológica para así asistir a la población guatemalteca.

1.2 Descripción

El Centro de Asistencia Social cuenta con el área de recepción, atendido por personal capacitado en el que se calendarizan las citas de cada paciente según la terapeuta asignada y se emite el cobro; posteriormente los pacientes y familiares pueden permanecer cómodamente en la sala de espera.

Las instalaciones cuentan además con una oficina principal en la que se encuentra la coordinación del centro; un área de archivo, en el que se guardan todos los expedientes según el turno; el área de fotocopiado, accesible para todo el personal que lo requiera y una sala de reuniones, con mobiliario para ocho personas, el cual puede ser utilizado por los estudiantes fuera de turno.

Hay ocho cubículos asignados a cada estudiante por turno. Cada cubículo cuenta con mobiliario cómodo y útil para llevar a cabo las sesiones, dos sillas para los pacientes, una silla de rodos para el terapeuta y un escritorio con los recursos básicos a utilizar: caja de pañuelos desechables, archivador de hojas, tabla para notas, regla, engrapadora, sacabocados, lapicero, lápiz, sacapuntas y borrador, basurero, un cuadro decorativo y un reloj de pared. Si en caso se necesita un área mayor para trabajar sobre alfombras, los muebles pueden ser orillados a la pared.

El área de almacenamiento de juguetes y bodega es de pequeñas dimensiones, cuenta con alfombras, cartulinas y cuenta con diversidad de material que se utiliza con niños y adolescentes. Entre los juguetes se encuentran títeres, elementos de la casa, diversos carros, soldados y personas, libros para colorear, crayones, pinturas, juegos de mesa, entre otros.

Adicionalmente se encuentra la cocineta, con mobiliario básico para almacenar, preparar y consumir bebidas y alimentos, un sanitario para uso exclusivo del personal y el área de almacenamiento de productos de limpieza.

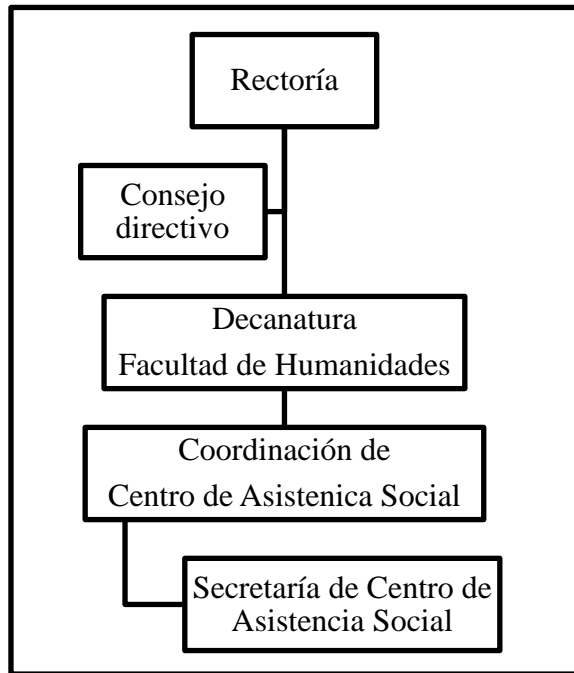
1.3 Ubicación

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

1.4 Organización

A continuación, se presenta el organigrama del Centro de Asistencia Social, el cual está constituido por la coordinación y la secretaría, supervisada por una psicóloga clínica y consejera social. El centro se encuentra sujeto a la Decanatura de la Facultad de Humanidades de Universidad Panamericana y ésta a su vez está a cargo de la Rectoría y el Consejo Directivo.

Imagen 1
Organigrama



Fuente: proporcionada por CAS, 2016

1.5 Programas establecidos

Actualmente el Centro de Asistencia Social (CAS) solamente cuenta con el programa de asistencia social en el campo de la psicología orientado a niños, adolescentes y adultos.

1.6 Visión

La visión del Centro de Asistencia Social es la “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 Centro de Asistencia Social su 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 trabajo de sistematización se fundamentó a través de la elaboración de una investigación como requisito de cierre de pensum del grado de Licenciatura de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social de Universidad Panamericana. Consistió en un estudio de caso atendido en el Centro de Asistencia Social durante la práctica profesional del último año de la carrera, el cual tuvo lugar de febrero a noviembre de 2016.

A través del presente estudio se determinó la importancia de percibir al paciente como un ser integral, de manera que no solamente pueda establecerse un diagnóstico, sino que también se logren identificar los agentes etiológicos que han tenido cabida desde la infancia y que son capaces de instaurar un trastorno de carácter crónico que puede perdurar hasta la edad adulta. En el caso de estudio se pueden constatar factores como la desintegración familiar, la ruptura de vínculos afectivos y las limitaciones socioeconómicas durante la infancia. Estos factores causaron repercusiones en la vida matrimonial y padecimiento de un trastorno depresivo persistente.

El foco de interés clínico, surgió a través de la posible interacción e interrelación de dichos factores a partir de una infancia monoparental, en la que se estableció una triangulación emocional debido a la carencia de vínculos afectivos entre padre e hijo, generando un impacto significativo en el funcionamiento cognitivo, en la ejecución de tareas cotidianas y laborales y en la restricción económica, la integración social y la autoestima del paciente. Causó además un continuo estado de ánimo depresivo con la respectiva sintomatología.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Trastorno depresivo persistente (Distimia)

Habitualmente, las personas son capaces de experimentar un estado de ánimo fluctuante dentro de rangos considerados estables, junto con expresiones afectivas. Sin embargo, cuando estas fluctuaciones sobrepasan los rangos de normalidad, ya sea de ascenso o descenso, se considera como un trastorno del estado de ánimo, en el que se manifiesta un desequilibrio en la reacción emocional y conductual.

En el caso de una disminución del estado de ánimo, se habla de trastornos depresivos, los cuales se caracterizan por manifestaciones psíquicas y fisiológicas, capaces de ocasionar una afectación global de la funcionalidad del individuo.

2.1.1 Origen del concepto de depresión y su nosología

Según Cobo (2005), el concepto de depresión tiene una larga evolución a través de la historia, no sólo a nivel teórico, sino también a nivel cultural. Históricamente el término surge a través de la relación que Hipócrates hizo acerca de los temperamentos, entre los cuales figuraba el tipo melancólico, caracterizado por el miedo y la tristeza.

A partir de entonces, surgieron diversos abordajes de la melancolía y no fue sino hasta el siglo XIX en que la escuela alemana, centrada en las aportaciones de Kraepelin, comienza a utilizar el término de depresión, en lugar de melancolía, definiéndola como una enfermedad con sus diversas manifestaciones clínicas. Para el siglo XX, la taxonomía de Kraepelin estaba plenamente aceptada, por lo que otros clínicos como Hecker, Kahlbaum y Schneider realizaron estudios en los que describieron diversos tipos de depresión, entre ellos, la distimia.

Desde mediados del siglo XX hasta nuestros días, la psicopatología contemporánea ha descrito un proceso de constante desarrollo en cuanto a la definición y clasificación de los trastornos afectivos. Prueba de ello, son los diversos manuales de clasificación diagnóstica como DSM-5, CIE 10, GLADP, entre otros, utilizados por profesionales de la salud.

2.1.2 Clasificación de los trastornos depresivos según el DSM 5

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés), es una obra que contiene la codificación de los trastornos mentales descritos en categorías diagnósticas.

Anteriormente, en el DSM IV-TR, se utilizó la clasificación de trastornos del estado de ánimo, cuya característica principal era la alteración del estado de ánimo, en ellos se incluían los trastornos depresivos (con episodios depresivos).

Actualmente, con base en la clasificación diagnóstica presentada por el DSM-5 (2014), estos tienen su propio apartado, surgiendo una clasificación específica que se diferencia según la duración, la presentación temporal o la etiología. Entre ellos están el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado.

“El constructo distimia del DSM-IV entra a formar parte de la categoría de trastorno depresivo persistente, que incluye tanto el trastorno depresivo mayor crónico como el trastorno distímico tal y como se concebía anteriormente” (DSM-5, 2014, p. 810).

2.1.3 El trastorno depresivo persistente como cuadro depresivo crónico

Debido a que los trastornos depresivos se caracterizan por el predominio de síntomas afectivos, cognoscitivos, volitivos y somáticos, se dice que este tipo de depresión tiene como característica principal un ánimo deprimido que aparece en los adultos durante la mayor parte del día, la mayoría de los días y por al menos un período de dos años.

Los síntomas que el paciente distímico manifiesta de manera persistente en tal período, pueden ser al menos dos de los siguientes: alteración del apetito, alteración del sueño, disminución de energía, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Estos pueden incluso ausentarse en un intervalo no mayor de dos meses continuos, por lo que el paciente desarrolla una visión pesimista del mundo y una pobre conciencia del estado de ánimo normal que le lleva a habituarse a tal perturbación.

Debido a que el desarrollo puede ser de inicio temprano (antes de los 21 años) el individuo está propenso a referir cierta egosintonía, afirmando este estado de ánimo permanentemente; por el contrario, puede ser de inicio tardío (a partir de los 21 años).

Con base en las investigaciones, el trastorno depresivo persistente se considera como un trastorno depresivo leve pero crónico capaz de afectar diversas áreas de la vida de índole personal, social, laboral y familiar. Por lo general, el paciente distímico consulta hasta que los síntomas provocan un deterioro en la calidad de vida, con altos niveles de discapacidad, mal ajuste social y disfunción marital.

Lo anterior, se debe a que “en base a la semiología distímica además del estado de ánimo depresivo, se encuentran la disforia, irritabilidad, astenia, ansiedad, alteraciones de la cognición y cierto estilo comportamental” (Soler, 2009, p. 11).

Según Leader y Klein (1996) y Moch (2011) citados en Gallardo, Jimenez, González y Villaseñor (2013), la etiología del trastorno distímico es compleja e involucra:

- Mecanismos biológicos con vulnerabilidades genéticas y fisiológicas (anatómicas funcionales, neuroquímicas y neuroendocrinológicas).
- Mecanismos psicosociales, los cuales aumentan la vulnerabilidad a los trastornos afectivos y se relacionan a modificaciones neurobiológicas.

“Las experiencias estresantes inician una serie de cambios neuroquímicos que pueden ser de significancia adaptativa. Cuando estas alteraciones son insuficientes para enfrentar las demandas ambientales, se incrementa la vulnerabilidad a la patología depresiva” (Griffiths, Ravindran, Merali y Anisman, 2000, citado en Gallardo, et al., 2013, p. 219).

Por lo anteriormente expuesto los trastornos depresivos son el resultado de la lucha contra situaciones estresantes.

En 2005, Baena, Sandoval, Urbina, Juárez y Villaseñor refieren “el estrés que acompaña al primer episodio produce cambios a largo plazo en la biología cerebral. Estos cambios de larga duración pueden producir variaciones en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores y sistemas de señales intra neuronales, variaciones que implican pérdidas neuronales y una disminución exagerada de conexiones sinápticas” (p. 4).

Dentro de los factores de riesgo, el DSM-5 (2014) hace mención a los de tipo genético hereditario, sobre todo una mayor proporción de familiares de primer grado con dicho trastorno y a los factores de riesgo en la infancia como eventos adversos, la pérdida de los padres y su separación.

Baena, et al. (2005) sugieren que el tipo de personalidad premórbida, con características de bajo autoconcepto, autocrítica pesimista o baja tolerancia a la frustración, es un factor que puede coadyuvar al apareamiento del trastorno.

El pronóstico del paciente distímico aún no queda claro ya que, según estudios longitudinales realizados en un curso de cinco años por Klein, Schwartz, Rose y Leader (2000) citado en Gallardo et al., (2013), la probabilidad de recuperación de los pacientes con distimia, incrementó lentamente los primeros tres años de seguimiento y después de cinco años, solo la mitad se recuperaron. No obstante, variables como edad avanzada, menor nivel de educación, comorbilidad con trastorno de ansiedad, pobre relación materna, mayor duración del trastorno distímico e historia de abuso sexual en la infancia, predijeron mayor disfunción.

En otro estudio de Hayden y Klein (2001) citado en Gallardo et al., (2013) concluyeron que diversas variables como edad, sexo, escolaridad, historia de depresión mayor, edad de inicio de la distimia y comorbilidades no predijeron la recuperación, sin embargo, la historia familiar de distimia, adversidad en la infancia y comorbilidad con el eje II eran los mejores predictores de peores cursos y pronósticos del trastorno distímico.

2.2 Desintegración familiar en la infancia

2.2.1 Familia

El concepto de familia tiene una amplia y variada definición según la literatura y la disciplina que se pretenda abordar. Para fines de esta investigación el enfoque es de carácter psicológico, por lo que no es posible escindirla de un enfoque biológico, afectivo o social.

Burgess y Locke citado en Sánchez (2012), la definen como “una unidad de personas en interacción, relacionadas por vínculos de matrimonio, nacimiento o adopción cuyo objetivo central es crear y mantener una cultura común que promueva el desarrollo físico, mental, emocional y social de cada uno de sus miembros” (p.10).

Además, Gil (2007) citado en Sánchez (2012) señala que la familia debe asegurar la creación de vínculos afectivos, que funjan como precursores de otros, de manera que la unidad familiar

otorga la fuerza y sentido a sus miembros desde su interior, pero que a la vez los relaciona y pone en contacto con el exterior.

2.2.2 Estructura y dinámica familiar

El grupo familiar puede ser analizado a partir de la interconexión que existe entre la estructura y el funcionamiento de sus miembros, sin descartar la evolución y desarrollo constante en el que están inmersos, tomando en cuenta el ciclo vital y las crisis.

A nivel general, la estructura comprende dos tipos de familia, según la ontogénesis:

- Familia nuclear: conformada por dos generaciones, padres e hijos, son un grupo transitorio por la evolución de cada miembro. Si se produce muerte, separación o divorcio de uno de los dos cónyuges, se denomina familia monoparental.
- Familia extensa: conformada por dos generaciones o más. Incluye la cohabitación de padres, hijos, hermanos y abuelos.

Se dice que la familia se encuentra incompleta cuando uno de los miembros está ausente, por lo que se denomina completa cuando están ambos cónyuges.

Según Valladares (2008), la familia atraviesa un proceso de desarrollo o ciclo vital determinado por etapas debido a acontecimientos significativos de la vida, entre ellas se mencionan:

- Formación e integración: los acontecimientos vitales que constituyen y consolidan el proyecto de vida (matrimonio, embarazo).
- Extensión: comprende una gran variedad de cambios en la familia influidos por el crecimiento y desarrollo de los hijos.
- Contracción: la etapa del nido vacío.
- Disolución: el ajuste a la viudez, los roles y una reestructuración de la jerarquía familiar.

Álvarez (1994) citado en Valladares (2008) menciona que cuando se analiza el ciclo vital de la familia se deben tomar en cuenta las crisis que constituyen una amenaza y que son un riesgo para que ésta sufra, se desorganice, funcione mal, se destruya y desmoralice.

El nivel de estabilidad puede darse por:

- Incremento: la familia se expande cuando uno de los miembros regresa al grupo familiar que no corresponde con el desarrollo y crecimiento normal de ésta.
- Desmembramiento: debido a divorcio, muerte, abandono o migración.

2.2.3 El papel de la familia durante la infancia

El ser humano necesita vivir en familia debido al carácter eminentemente psicológico que tiene la relación niño-adulto durante todo el proceso de crecimiento y desarrollo.

Los adultos que se ocupan del cuidado del niño y que constituyen su familia, garantizan que se produzcan los procesos psicológicos que intervienen en el desarrollo de la personalidad, así como en la identidad del yo, la socialización, la autonomía, entre otros.

Por lo tanto, la familia es un grupo en el cual se establecen dependencias y vínculos afectivos entre sus miembros y es aquí donde la persona adquiere sus primeras experiencias, valores y concepción del mundo; a partir de los padres de familia o cuidadores del niño.

Ovando (2006) refiere en su tesis que las funciones básicas de la familia son biológica, educativa, económica, social, protectora, reproductora, materna y paterna.

Según Ackerman (1996) citado en Valladares (2008), la familia debe cumplir las siguientes funciones:

- Satisfacer las necesidades afectivas de sus miembros.
- Satisfacer las necesidades físicas o de subsistencia.
- Establecer patrones positivos de relaciones interpersonales.
- Permitir el desarrollo individual de cada uno de sus miembros.
- Promover el proceso de socialización.
- Estimular el aprendizaje y la creatividad de sus miembros.
- Promover un sistema de valores e ideología.

Por lo tanto, se debe procurar una ayuda mutua y el bien común para los miembros que integran la familia, permitiendo el equilibrio afectivo que encauce el desarrollo de las emociones y la estructura del pensamiento, entre otros. De esta manera, la familia cumple la función de fomentar la inteligencia emocional a través de la influencia de la relación entre ambos padres e hijos y la de éstos con sus respectivos padres.

“Así, una familia es potencialmente más funcional, en la medida que exista un equilibrio en el cumplimiento de sus funciones, y a su vez disponga de recursos adaptativos para enfrentar los cambios” (Valladares, 2008, p. 9).

2.2.4 La desintegración familiar

Es común que un hogar atraviese por una serie de altibajos y que éstos resten vitalidad al grupo familiar. Aunque la mayoría de las crisis pueden ser superadas, hay algunas que terminan en ruptura definitiva.

La desintegración familiar se manifiesta con la ruptura de los lazos principales que unen el núcleo familiar, lo que provoca un desajuste en los roles y desarrollo de sus integrantes, dando como resultado la insatisfacción de las necesidades primarias de éstos.

Galarza y Solano (2010) hacen mención de la desintegración familiar desde el punto de vista psicológico como “la distorsión o mal funcionamiento de los roles asignados, creando una situación inadecuada, una atmósfera de insatisfacción, angustia, depresión, malestar en general y, por tanto, poca comunicación entre sus miembros” (p. 30).

Hoy en día, a nivel general, los factores más comunes que contribuyen a la división son los aspectos económico, afectivo, social, cultural y religioso, sin embargo, también surgen otros aspectos específicos:

- La pérdida de objetivos comunes que son sustituidos por objetivos de satisfacción personal.
- El distanciamiento físico y psíquico entre los conyugues y hacia los hijos, surgiendo como consecuencia un apego inseguro y la búsqueda de afecto por parte de figuras ajenas.
- La falta de comunicación, pues bloquea la relación afectiva interactuante del grupo familiar.
- La inmadurez, la cual se verá reflejada en los miembros a nivel escolar, laboral y social.

Siguiendo con Galarza y Solano (2010), afirman que los niños víctimas de la desintegración familiar se caracterizan por poseer baja autoestima, conductas de inseguridad y aislamiento, además de sufrir sentimientos de abandono y de inferioridad que los acompañarán en el futuro. También experimentan fuertes traumas psicológicos, puesto que no logran asimilar del todo el hecho de que sus padres no los volverán a atender como antes, no volverán a convivir de la misma manera y no les brindarán la confianza y apoyo necesario.

Por ende, la desintegración familiar representa uno de los fenómenos con mayor impacto en la salud mental del niño en cualquiera de las etapas de desarrollo.

2.2.5 El divorcio como forma de desintegración familiar

El divorcio es la disociación de la pareja marital que conlleva a la separación física y emocional de los miembros que conformaban la familia originalmente. Tal disolución es un evento

traumático para quienes lo viven, tanto para la pareja como para los hijos y por tanto puede producirse un trastorno emocional.

Papalia (2001) citado en Ovando (2006) refiere que, en comparación con los hijos de familias intactas, los hijos de familias monoparentales son más independientes, con más responsabilidades para las labores domésticas, más conflictos con los hermanos y menos unidad familiar.

Por su parte, Linares (2000) refiere que la familia del futuro paciente con distimia, proviene de una desarmonía conyugal, lo que ocasiona juegos de alianzas y coaliciones que corresponden con continuas rivalidades. Si uno de los hijos cae en el campo de la madre, lo más probable es que otro lo haga en el del padre. La competitividad y lealtad, castigo y recompensa, estarán presentes. El clima emocional es tenso y explosivo, con bandos o partidos, compartiendo con los aliados, pero con poca comunicación hacia los antagonistas.

Un análisis exploratorio llevado a cabo por Bengoechea (1992) citado en Maganto (2008) sobre los posibles efectos del divorcio en los hijos, concluyó que tanto el rendimiento escolar, como la conducta y los sentimientos depresivos, se ven alterados en la muestra de niños afectados por la separación parental y especialmente en el momento del proceso de separación.

2.3 Ruptura de vínculos afectivos en la infancia

Según Cavalcante (2011), la interrupción de los vínculos construidos por el niño puede tener un impacto en las relaciones sociales establecidas por él, tanto en el rendimiento escolar como en el estado de ánimo y puede tener reacciones agresivas o el aislamiento. Es común que el niño no acepte y fantasee con que la persona todavía se mantiene cerca de ella.

Una de las características principales del ser humano es que es un ser social, por tanto, necesita de vínculos sociales que le permitan relacionarse con el mundo exterior. Tales vínculos son importantes para el desarrollo social, personal y cognitivo, son necesarios a temprana edad y son un enlace con la figura materna o el cuidador principal.

Tanto Freud en la descripción de la etapa oral, como Erikson con Confianza Básica vs. Desconfianza, consideran tales períodos como parte fundamental para la formación del apego entre madre e hijo. De acuerdo con estas teorías, si en caso se da una insatisfacción en esta etapa, habría mayor probabilidad que el hijo no desarrolle un sentido de confianza en los demás y que por lo tanto en la edad adulta tienda a rechazar las relaciones cercanas o no sepa cómo responder a ellas.

Bowlby (1976) citado en Repetur y Quezada (2005) enfatizó que la formación de una relación cálida entre el niño y la madre es crucial para la supervivencia y desarrollo saludable del menor, tanto como lo es la provisión de comida, cuidado infantil, la estimulación y la disciplina.

2.3.1 Teoría del apego y formación del vínculo

Siguiendo a Bowlby (1976, 1983, 1988) citado en Repetur y Quezada (2005), se refiere a la disposición que tiene un niño o un adulto para buscar la proximidad y el contacto con un individuo, sobre todo bajo ciertas circunstancias percibidas como adversas. Esta disposición cambia lentamente con el tiempo y no se ve afectada por situaciones del momento. La conducta de apego, en cambio, se adopta de vez en cuando para obtener esa proximidad.

En 1983, Bowlby define la conducta de apego como “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Esto resulta sumamente obvio cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma, y se siente aliviada en el consuelo y los cuidados. En otros momentos, la conducta es menos manifiesta” (p. 40).

Finalmente, este mismo teórico propuso que los patrones de interacción con los padres son la matriz desde la cual los infantes construyen modelos de trabajo internos del sí mismo y de los otros en las relaciones vinculares.

Ainsworth (1979) citado en Repetur y Quezada (2005), a través de un experimento llamado la situación extraña, ayudó a perfeccionar el concepto de apego determinando distintas formas de vinculación.

Vínculo seguro: Ante la ausencia de la madre, el niño permite tranquilizarse por un extraño, pero la reclama. A su retorno, el menor busca el consuelo de su madre, sintiéndose reconfortado y luego continúa jugando. Confía en la madre.

Ambivalente/resistente: Ante la ausencia de la madre, el niño llora y no permite ser consolado por un extraño. A su retorno, el menor busca a su madre, agarrándose fuertemente a ella, pero sin permitirle consolarlo. No retoma el juego, ni confía en que la madre se quede, por lo que existe una hipervigilancia emocional.

Evitativo: Ante la ausencia de la madre, el niño no evoca emociones. A su retorno, el menor se acerca a la madre, pero no busca un contacto físico, manteniendo distancia. No retoma el juego y vigila la presencia de la madre.

Desorientado/desorganizado: Ante la ausencia de la madre, el niño manifiesta conductas evitativas y ansiosas. A su retorno, el menor muestra comportamientos contradictorios, movimientos y expresiones mal dirigidas, incompletas, interrumpidas, movimientos asimétricos, estereotipias, temor hacia la madre e indicios de desorganización psíquica y emocional (según Main y Solomon, 1986 citado en Urizar, 2012).

2.3.2 Importancia del vínculo seguro

Bowlby y Ainsworth pensaban que la naturaleza de los vínculos tempranos tendía a influir significativamente en la vida, con patrones de conducta y desarrollo posterior de rasgos característicos de personalidad.

Ainsworth (1979) citado en Repetur y Quezada (2005) creía que, si los vínculos primarios eran inseguros, probablemente surgiría alguna dificultad en la expresión y el control de impulsos. Actualmente, los teóricos del desarrollo plantean que “la forma en que un infante organiza su conducta hacia su madre o su cuidador principal afecta la manera en que organiza su comportamiento hacia los otros y hacia su ambiente” (Repetur y Quezada, 2005, p.7).

Diversos estudios de Fonagy (1994) citado en Repetur y Quezada (2005) han reportado que los niños con vínculo seguro tienen ventajas en el comportamiento social, en la regulación del afecto, en la resistencia a tareas desafiantes, en la orientación hacia recursos sociales y recursos cognitivos.

Por lo tanto, el vínculo seguro es un componente importante para el equilibrio psicológico. En sujetos adultos, este tipo de vínculo, se ha asociado a un mejor manejo de las emociones negativas, a un mayor conocimiento sobre estas emociones, a la capacidad de buscar soporte y consuelo en las figuras de apego cuando lo necesitan.

2.3.3 Vínculo ambivalente/resistente y psicopatología

Las relaciones distorsionadas de apego temprano pueden ser generadores de un proceso patológico, por lo tanto, el vínculo inseguro es un factor de riesgo para la psicopatología posterior, con el contexto de una compleja interacción entre variables biológicas y ambientales.

En 1993, Rosenstein asoció la inseguridad del vínculo con mayores niveles de depresión, ansiedad, resentimiento, neurosis y problemas con el consumo de alcohol. Enfocado a sus estudios se predicen la relación del vínculo resistente con los trastornos afectivos y rasgos de personalidad de evitación del contacto interpersonal, dependencia, patrones de déficit interpersonales y sociales y ánimo bajo.

Por otra parte, Scott (2003) citado en Repetur y Quezada (2005) encontró que adolescentes con un patrón de vínculo ambivalente poseían niveles más elevados de ansiedad, depresión y trastornos del pensamiento. Sugirió que estos sujetos poseen un exceso de preocupación respecto del objeto de apego, buscando activar las respuestas de cuidado a través de la exageración emocional.

2.4 Limitaciones sociales y económicas durante la infancia

El apoyo de la familia en la formación del individuo es determinante, ya que da seguridad y bienestar. Sin embargo, al no estar bien constituida surgirán problemas de diferente índole, entre ellas dificultades sociales y económicas.

Maganto (2008) refiere que el nivel socioeconómico es una de las variables más estudiadas como desencadenante de efectos nocivos del post divorcio. La repercusión se expande desde el aislamiento social, a la falta de adaptación a la nueva situación de nivel inferior de vida, a la repercusión en el cambio de hogar, escuela, entre otras.

La desintegración familiar y las formas que conllevan a esta ruptura como el divorcio, por lo general, admiten trámites para la presentación de un convenio regulador en relación a la custodia de los hijos, vivienda, pensión alimentaria y bienes, entre otros. Ello en caso de que las condiciones en que se produjo el divorcio permitan esclarecer tal resolución, en caso contrario, el Juzgado de Familia dictará provisionalmente un convenio regulador, priorizando la protección y cuidado de los menores.

No obstante, cuando el divorcio se da ante otras circunstancias adversas, como la separación de los padres por abandono de uno de los progenitores, las medidas pueden cambiar. El impacto del divorcio debe ser considerado con las variables expuestas a continuación.

2.4.1 Limitaciones sociales

La familia es un agente socializador por su influencia en la actuación con la sociedad, es aquí en donde se desarrollan las capacidades y habilidades que permitirán al niño hacer frente a situaciones adversas, tanto externas como internas. Según teorías, la socialización en los primeros dos años influirá sobre las posteriores conductas sociales más complejas.

La repercusión que conlleva la ausencia de uno de los miembros clave, provoca que la resiliencia del niño se vea afectada ante el esfuerzo de readaptación. Además, el hecho de no existir una persona sustituta para desempeñar tal rol, conducirá a interacciones confusas.

Maganto (2008) afirma que “una historia evolutiva marcada por abandonos, experiencias traumáticas, problemas relacionales, escolares o de cualquier otro tipo, incrementa el riesgo de patología al enfrentar una situación de separación parental. Especialmente la edad y el sexo, como veremos posteriormente, marcan diferencias en el modo de reaccionar ante este evento, pero puede afirmarse que a menor edad el problema es mayor en el momento de la ruptura, pero no es tan claro que lo sea a largo plazo” (p.9).

En el caso de una familia monoparental, secundario a divorcio, por lo general la madre es quien obtiene la patria potestad de los niños y quien además tiene necesidad de trabajar para mantener cubiertas las necesidades básicas de los hijos. Tal situación provoca que el niño se afecte por las jornadas en que la madre se encuentra laborando, adicional a la carga que ya tiene debido a la ausencia del otro progenitor.

Lo anterior puede conducir a otras situaciones tales como que el niño dependa de cuidados adicionales ya sea con otros familiares o en alguna guardería, que la relación con la madre sea distante y la falta de identificación con el modelo de la figura paterna y materna.

Otros problemas que se asocian a las limitaciones sociales, es que al ingresar al ambiente escolar el niño sea descalificado por los mismos compañeros de clase siendo objeto de burlas y riñas ante

el hecho de conocer la ausencia de uno de los progenitores. Este tipo de relación provoca que el niño se comporte de manera agresiva o apática y finalmente se aleje y se sienta desprotegido.

Al llegar los hijos a la adolescencia, es probable que estos mismos problemas se intensifiquen, ahorrillándolos a prácticas delictivas, prostitución, drogadicción o alcoholismo. Se convierten en personas vulnerables ante la influencia de los pares y con una identidad débil.

2.4.2 Limitaciones económicas

Para Buendía (1998, citado en Maganto, 2008) la calidad de las relaciones familiares, padres-hijos, y el cambio de condiciones económicas afecta a la estabilidad emocional de los hijos tras el divorcio.

En el caso de divorcio, primeramente, se parte del hecho que los gastos familiares se han dividido a partir del convenio otorgado. No obstante, el cumplimiento de éste frecuentemente es incierto. El aporte económico a la familia es devengado a partir del sueldo del progenitor o los progenitores que laboran, por lo menos en lo que se refiere a la cobertura de necesidades básicas y condiciones de vida adecuadas.

En Guatemala, las relaciones entre cónyuges y entre padres e hijos están reglamentadas. A este respecto, en el Código Civil se menciona al derecho de pensión alimenticia: “La mujer no culpable del divorcio tiene derecho a pensión alimenticia siempre que observe buena conducta y no contraiga nuevo matrimonio. El hombre no culpable tiene el mismo derecho, sólo cuando está imposibilitado para trabajar y no contraiga nuevo matrimonio” (Art. 169).

La situación económica que caracteriza a la mayoría de las mujeres después del divorcio obliga a un gran número de ellas a laborar en caso de no haberlo hecho con anterioridad, de modo que desarrollan una actividad económica para tener un ingreso o para complementar el que reciben como pensión.

La repercusión económica es experimentada directamente por el niño al tener restricciones en el desenvolvimiento personal, social y académico. En ocasiones se presentan limitaciones para la vestimenta, útiles escolares, cuotas mensuales de servicios, escuela, recreación, entre otros. Incluso puede resultar en la deserción escolar y la búsqueda de empleo a temprana edad para ayudar a la madre a cubrir dichas necesidades básicas.

2.5 Vínculos afectivos en la infancia y repercusiones en la vida matrimonial

Según Blatt (2003) citado en Repetur y Quezada (2005), la organización afectivo-cognitiva que se conoce como vínculo, provee continuidad en el funcionamiento interpersonal desde la infancia hasta la adultez.

En 1997, Montalvo afirmó que, para el individuo, la familia patriarcal puede considerarse necesaria dadas sus características evolutivas, ya que el ser humano requiere de protección durante la infancia y adolescencia y, en ocasiones, en el inicio de la juventud. En ese lapso se conformarán las instancias de su aparato psíquico: el super ego, el ego y el id.

Si por cualquier circunstancia la situación familiar sufre alguna alteración, como la falta de alguno de los progenitores o bien que la influencia de éstos sea negativa, el individuo sufrirá un trauma psíquico. Tal vez en su vida adulta pueda sobreponerse, pero mientras tanto la afección existirá y con serios problemas. Por ello, mientras más estable sea la vida familiar de una persona durante su etapa formativa, menos problemas psicológicos tendrá en la vida adulta.

No obstante, Papalia (2001) refiere que los hijos de familias monoparentales, se ven envueltos en mayores problemas y que en la edad adulta pueden sufrir problemas matrimoniales y paternidad conflictiva.

En adultos se ha estudiado la relación entre el tipo de vínculo y la satisfacción y calidad de las relaciones maritales y sexuales. Diversos estudios de Ortiz (2002) citado en Repetur y Quezada (2005), han constatado que las personas seguras muestran los mayores niveles de satisfacción e

implicación, mientras que los sujetos inseguros registran los mayores niveles de insatisfacción en las relaciones de pareja.

Por esta razón es que la teoría general de los sistemas, desarrollada por Bertalanffy (1991) citado en Valladares (2008), concibe a la familia como un sistema de relaciones, en el que se destaca la influencia de la funcionalidad familiar en el desarrollo individual y el carácter dinámico de la causalidad de ciertos trastornos mentales en el futuro.

Como se ha mencionado, la formación de vínculos inseguros provoca una alteración posterior de las relaciones sociales que dependerán del tipo de vínculo distorsionado que se adquiera.

En el caso de pacientes con distimia, Linares (2000) ha evidenciado que proceden de una familia definida por una conyugalidad disarmónica, que utiliza a los hijos como aliados para intentar resolver los conflictos.

Por lo que, a través de esta triangulación, el futuro paciente distímico experimenta una ansiedad ligada al conflicto de lealtades que, al decidirse por la alianza con uno de los progenitores, se asocia pronto a la pérdida de la relación con el otro. Dicha pérdida provoca tristeza, que será evocada más adelante cuando la vida genere nuevas pérdidas relacionales significativas, traducándose en el conglomerado de síntomas ansioso-depresivos, típicamente neuróticos que caracterizan a la distimia.

El clima emocional (Linares, 2000), mostrará el contraste entre una apariencia de calidez solidaria y un fondo de gran frialdad e hipercrítica. Por tanto, se da por sentado el fracaso del paciente, dada su incapacidad, su insignificancia y sus escasos recursos.

La ruptura de los lazos de apego, ya sea por muerte o por separación, producirá en los adultos una secuencia previsible de agitada preocupación por la persona perdida, profunda tristeza y, finalmente, el principio del desapego emocional y la vuelta a la vida normal. (Hazan y Shaver, 1994).

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

Para la Organización Mundial de la Salud (1976) “la familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros, brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella”.

El primer sistema social en el que el ser humano se ve involucrado es en el de la familia. La familia es un grupo de personas emparentadas que comparten lazos afectivos y está conformada, por lo general, por los padres e hijos, refiriéndose específicamente a la tipología nuclear, aunque ello no excluye a que otros miembros la integren, siendo entonces de tipo consanguíneo.

La importancia de la familia surge a partir de que es ella quien provee a los individuos de cuidados básicos, instalando las bases primordiales para el crecimiento y desarrollo físico, psicológico y social del individuo.

Sin embargo, cuando ocurre un quebrantamiento de tal estructura, se habla de desintegración familiar la cual surge a partir de la separación de uno de sus miembros. Esto conlleva al fracaso en las relaciones intrafamiliares y afecta a cada uno de sus miembros. Tal ruptura puede llegar a ser la causa de un desequilibrio psicológico, capaz de detonar trastornos afectivos, como el trastorno depresivo persistente.

3.1.1 Problemática del caso de estudio

Dentro de los pacientes atendidos en el Centro de Asistencia Social (CAS), se escogió el presente caso de estudio, identificado como O.L., paciente de sexo masculino, de 49 años de edad, quien se presentó con actitud amable, cordial y de cooperación, aunque reiteradamente preocupado y quejumbroso.

Se le observó cansado y somnoliento, además de mantener una conducta motora de enlentecimiento y quietud, con postura encogida. No se percibió congruencia entre las preocupaciones que manifestaba y el afecto. Manifestó humor irritable y hasta cierto punto afecto plano al narrar los acontecimientos que le habían llevado a tal problemática. No obstante, presentó un estado de ánimo pesimista y de culpa, además de manifestar desesperanza.

Con base en el análisis de la historia clínica y la interpretación de resultados de las pruebas psicodiagnósticas, fue posible observar y estudiar el caso de una manera integral. Los antecedentes que surgieron a partir de la primera infancia fueron desintegración familiar con la consiguiente ruptura de vínculos afectivos, limitaciones sociales y económicas. Además, se consideró la información relevante que para ese entonces aquejaba al paciente dentro del ámbito personal, social y laboral, como también las repercusiones en la vida matrimonial.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cómo influyó la desintegración familiar durante la infancia en el desarrollo del trastorno depresivo persistente en un paciente de 49 años atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)?

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo General

Establecer la influencia de la desintegración familiar durante la infancia en el desarrollo del trastorno depresivo persistente en un paciente de 49 años atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS).

3.3.2 Objetivos Específicos

- Determinar la influencia que tuvo la desintegración familiar en la edad temprana del caso en estudio.
- Identificar el impacto que tuvo la ruptura de vínculos afectivos en la infancia del paciente de estudio.
- Describir la incidencia socioeconómica por la que atravesó el paciente de estudio durante la infancia.
- Establecer la relación entre los conflictos matrimoniales y los conflictos surgidos en la dinámica familiar durante la infancia en el paciente de estudio.

3.4 Alcances y límites

3.4.1 Alcances

Los alcances obtenidos en el caso de estudio surgieron a partir de la primera sesión, al lograr un rapport adecuado y manifestar la necesidad de buscar ayuda profesional, con el deseo de cambio por sí mismo.

Asistió a todas las sesiones desde el inicio del proceso psicoterapéutico, fue puntual y llevó el material de apoyo con el que se intervino en cada sesión (manual proporcionado).

Mostró interés por el diagnóstico y el tratamiento, involucrándose y apegándose a él. Fue posible observar en primera instancia una leve mejora en el estado de ánimo con la disminución paulatina de pensamientos negativos y la transformación por pensamientos positivos a través de técnicas cognitivas conductuales que se llevaron a cabo semanalmente a través de un manual con tal enfoque.

Además, se alternaron técnicas gestálticas y de PNL, las cuales favorecieron la expresión de emociones reprimidas y la disminución de mecanismos de defensa, los cuales le permitieron adentrarse aún más al proceso de sanación emocional.

A pesar de no haber involucrado a las hijas en el proceso, al no mencionarles que acudía a terapia, ellas percibieron los cambios positivos y se lo hicieron ver, lo cual fue beneficioso incluso para fortalecer el vínculo padre-hijas.

3.4.2 Límites

Las limitaciones más frecuentes que presentó el caso de estudio fueron la racionalización rumiante e ineficaz al continuar manifestando quejas, a pesar de evidenciar cambios conductuales que antes le eran imposible llevar a cabo.

A pesar de que el tratamiento más eficaz es la combinación de farmacoterapia y psicoterapia, el paciente se rehusó a recibir tratamiento farmacológico. Optó por lograr por sí mismo la superación de la problemática, de tal manera que se sugirió el abordaje psicoterapéutico como tratamiento primordial. No obstante, se observó su organismo presentó dificultades para mejorar el estado de ánimo.

3.4.3 Temporalidad

El proceso psicológico se llevó a cabo durante cinco meses continuos, en 16 sesiones de una hora cada semana.

3.5 Método

La presente investigación se llevó a cabo mediante el método cualitativo que pretende comprender y profundizar los fenómenos investigados, explorándolos desde la perspectiva de los sujetos investigados en un ambiente natural y en relación con el contexto. El tipo de muestra es el estudio de un caso, el cual fue seleccionado dentro de los pacientes atendidos en el Centro de Asistencia Social (CAS), lugar en donde se realizó la práctica profesional dirigida del quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social.

Para dar inicio a tal investigación, se recabó información del paciente a través de la observación y la entrevista. Se destacó el motivo de consulta, la sintomatología que presentaba desde hacía dos años, refirió desmotivación, pasividad, poca proactividad en el trabajo, sentimientos de desesperanza, además del recuerdo de divorcio cinco años atrás y una serie de eventos consecuentes a ello.

Sin embargo, también surgieron datos relevantes en los antecedentes familiares que remontaban a la edad de dos años de edad, con un historial de secuestro por parte de la madre quien hacía seis meses había abandonado el hogar por infidelidad.

Luego se llevó a cabo el proceso evaluativo, en el que se recabaron datos de índole psicológico, con la aplicación de pruebas proyectivas del árbol y la persona bajo la lluvia, además de pruebas psicométricas como el inventario de depresión de Beck y la escala de desesperanza de Beck. El análisis y la interpretación reflejaron una leve perturbación del estado de ánimo, además de un alto riesgo de cometer suicidio, pues existía una correlación significativa, manifestando tristeza

continua, desesperanza respecto al futuro, culpa, autocrítica, falta de energía y sentimientos de fracaso.

Finalmente, se contrastaron los datos con la literatura, dentro de ello, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM 5) con el fin de llegar a un diagnóstico acertado y así elaborar un plan de tratamiento que abordara no solamente la sintomatología que le aquejaba, sino también que fuera capaz de abarcar el origen del trastorno, el cual se remontaba a la infancia.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización del estudio de caso

I. Datos generales

Nombre:	O.L.
Sexo:	Masculino
Fecha de nacimiento:	25 de agosto de 1967
Edad:	49 años
Estado civil:	Soltero
Escolaridad:	Universitaria
Profesión:	Administración de Empresas (pensum cerrado) / Organizador de eventos
Ocupación:	Venta de membresías (lunes a viernes) Montaje de eventos/mesero (fines de semana)

II. Motivo de consulta

Paciente refirió: “Desde hace dos años me siento desmotivado, pasivo, poco proactivo en mi trabajo, siento que nada ha salido como hubiese deseado, creo que tengo una crisis existencial, tengo problemas económicos y ahora viven mis hijas conmigo después que mi exesposa me las quitó y las puso en mi contra desde que nos separamos, hace cinco años. Siento que no salgo de una cuando ya viene otro problema” (sic.)

III. Historia del problema actual

Hace cinco años O.L. se divorció luego de que la esposa le fuera infiel por un período de seis meses. Las condiciones del divorcio se dieron de una manera conflictiva, lo que provocó que la esposa lo sacara de la casa y ella se quedara con las hijas, quienes en aquel entonces tenían 15 y 12 años. A partir de entonces no pudo comunicarse con ellas ya que la exesposa y la familia materna las alejaron e influyeron de manera negativa respecto a él, además de haberles infundido pensamientos feministas y liberales, lo cual le molestó.

Al encontrarse solo, alquiló un apartamento pequeño, el cual le fue difícil equipar y empezar sin tener nada. No obstante, tres meses después, sufrió un accidente en moto que le causó politraumatismos y lo obligó a permanecer en cama, por lo que el hermano mediano se hizo cargo de él por cinco meses. Luego de lograr independizarse físicamente, y a pesar de contar con una inestabilidad económica, decidió salir de la casa del hermano y acudir a solicitar ayuda al hermano mayor. Sin embargo, éste no lo recibió con agrado, entonces optó por regresar a vivir solo nuevamente.

A los dos meses siguientes, al ir conduciendo el camión de la empresa donde trabajaba, lo asaltaron y lo llevaron a la orilla de un barranco para intentar matarlo con un arma de fuego, pero ésta se trabó, por lo que lo lanzaron a una cuesta. Como consecuencia, consultó con un psiquiatra quien le diagnosticó trastorno de estrés postraumático y depresión. Fue tratado con antidepresivos y, aunque logró superar el TEPT, no sintió mejoría en cuanto a la depresión, por lo que decidió suspender el tratamiento luego de un año.

Dos años después la exesposa, en un arranque de ira, le dijo que era tiempo de hacerse cargo de las hijas y las mandó a vivir con él. Para ese tiempo, el paciente empezaba a estabilizarse en todos los ámbitos de la vida, pero tuvo que hacer cambios de manera abrupta, reorganizando el espacio de la vivienda, las finanzas e incluso el tiempo para compartir con ellas, pues dependían emocionalmente de él.

Esto le molestó y le hizo pensar y preguntarse constantemente dónde quedaba él, cuándo le tocaría ser feliz o disfrutar de la vida sin tener que preocuparse todo el tiempo por la economía o por otros problemas, ya que cada vez que sentía empezar a avanzar, ocurría algún evento o situación que le hacía detenerse en la vida. Incluso atribuyó dichos pensamientos a una posible crisis existencial, debido a la edad y al ver hacia atrás sin haber alcanzado lo que hubiese deseado.

Además de los pensamientos de fracaso, refirió un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés generalizada, sobre todo en el área laboral, disminución en la concentración en las labores y sentimientos de desesperanza, mencionando ya no esperar ni temerle a nada.

También refirió preocupación por despido debido al bajo rendimiento que estaba teniendo. Esto no le permitía generar ingresos y producto de la crisis económica por la que estaba atravesando, le llevó a robar dinero de la empresa desde hacía un año, pero aun así no logró resolver las deudas ni devolver el dinero. Esto le atormentaba pues pensaba que en algún momento los jefes se darían cuenta y tomarían las correspondientes medidas.

IV. Historia Clínica

O.L. fue el hijo menor de una familia nuclear de tres hijos. Se desconoce la historia prenatal y del nacimiento, ya que la madre nunca le relató datos al respecto. A nivel general, el desarrollo psicomotor fue normal, acorde a cada etapa del desarrollo y el lenguaje se desarrolló de manera secuencial en las distintas etapas, sin ninguna complicación.

En cuanto a los acontecimientos relevantes en la infancia, O.L. recordó que, al año y medio de edad, los padres se separaron y junto a los hermanos mayores quedaron al cuidado del padre, quien les infundió temor respecto a la madre, les decía que ella deseaba llevárselos.

A los dos años de edad fue raptado por la madre y llevado a vivir a la casa de los abuelos maternos. Allí permaneció enclaustrado y encerrado por varios años, por lo que, al no permitirle

salir, no tuvo pares con quien relacionarse. A los cinco años ingresó al colegio con ilusión, empezó a entablar amistades, aunque únicamente podía hacerlo allí. A los seis años, volvió a ver a los hermanos, pero se enojó contra ellos al escuchar los insultos que le hicieron a la madre.

Referente al desenvolvimiento escolar, en la primaria y básicos mantuvo un buen promedio en el rendimiento académico. Tuvo buena adaptación, a pesar de que los niños se burlaban de él porque tenía recursos económicos limitados. Esta situación le hacía sentirse inferior. Recordó haber tenido constantes problemas referentes al pago de las mensualidades, por lo que culpaba al padre, quien pagaba la cuota mínima.

A los 12 años, decidió rebelarse contra el padre ante la actitud de miseria que tenía con él y no con los hermanos, con quienes se comparaba constantemente, por lo que la relación siempre fue distante y de envidia hacia ellos al verlos económicamente estables. Su deseo era independizarse y no verse en la necesidad de pedirle dinero ni regalos, así le haría ver que no lo necesitaba. No fue sino hasta los 16 años que le pidió una moto y al tenerla empezó a salir con amigos, a beber alcohol y a fumar, además de tener la primera novia.

A los 18 años falleció la madre en un accidente aéreo, por esta razón el padre lo llevó a vivir a casa de los hermanos. Mantuvo una rebeldía pasiva contra él, por condicionarlo en todo y no tener otra opción más que aceptar vivir bajo las normas impuestas.

En esa misma época, estudió una carrera universitaria que no le gustaba (Administración de Empresas), pues el padre no le permitió estudiar ingeniería y decidió costearle solamente la carrera de administración. Cerró pensum pero no tuvo deseos de graduarse. Hace dos años estudió organización de eventos en el INTECAP para tener un recurso adicional de trabajo.

Laboró en diversos lugares, por períodos de uno a dos años, sin dar mayor detalle. Desde hace cuatro años, empezó a trabajar de lunes a viernes en una empresa que vende membresías. Actualmente, es encargado de realizar diversas labores, entre ellas atraer a nuevos clientes. No obstante, ha manifestado desánimo, poca energía y falta de concentración y no ha desempeñado con efectividad las actividades que le corresponden desde hace más de nueve meses.

Lo anterior le ha preocupado pues no obtiene las ganancias esperadas, razón que le llevó a robar, su preocupación por ende también acrecentó debido al temor de ser despedido. Refirió haber tomado más de cuatro mil quetzales para solventar deudas pasadas que surgieron a partir de que las hijas llegaron a vivir con él.

Adicionalmente al ingreso que recibe de la empresa que vende membresías, junto con una amiga se han encargado de montar eventos los fines de semana y para ganar un salario extra también ha trabajado de mesero en estos montajes de eventos. Sin embargo, refirió continuar con una economía limitada.

Por otro lado, indicó no realizar ningún tipo de actividad social o recreativa, justificando falta de recursos económicos.

En referencia a la vida marital, O.L. conoció a quien fue la esposa a los 22 años. Ella era madre soltera y seis años mayor que él. Refirió no haber sentido atracción por ella, pero por trabajar juntos y escuchar de manera continua los problemas de violación por los que había pasado, se conmovió e iniciaron una relación de noviazgo que duró año y medio. Mencionó haberse casado sin tener el deseo de hacerlo.

Durante los primeros tres años, la esposa tuvo tres abortos seguidos sin causa fisiológica. Por esta razón y por la inestabilidad emocional de la esposa y la dependencia hacia él, fueron referidos a terapia de pareja. Como resultado obtuvieron ayuda limitada, ya que ella constantemente recaía en crisis depresivas.

O.L. refirió que los tres abortos también le afectaron, pero no pudo tomarse el tiempo para permitirse sentir el dolor y la tristeza porque debía estar con la esposa para ayudarla a sentirse mejor. Mencionó que las épocas entre diciembre y junio, aún le hacían recordar dichas pérdidas. Luego de este tiempo, tuvieron dos hijas, con tres años de diferencia.

Tiempo después, la esposa empezó a asistir a la entidad Sobrevivientes y fue allí cuando O.L. notó cambios en el comportamiento y en la manera de pensar. Lo anterior la llevó a acusarlo de abuso psicológico y económico (según refirió, no hubo tal abuso). En 2010, durante los últimos seis meses de matrimonio, descubrió que la esposa le fue infiel. Cuando él la confrontó, ella se justificó diciéndole no amarlo y le ordenó irse de la casa.

Durante tres años aproximadamente, no tuvo mayor comunicación con las hijas debido al divorcio conflictivo. En el primer año de la separación, asistieron a terapia familiar, pero no fue de beneficio, ya que durante las sesiones continuaron los conflictos con peleas, gritos e insultos por parte de la exesposa e incluso, las hijas lo culparon por haberse ido.

Hace dos años entabló una relación amorosa con una mujer a la que calificó como dependiente. Por este motivo, él terminó la relación manifestando que no quería a alguien sentimental, que tuviera que ser abrazada cuando se sintiera mal, sino a alguien que estuviera allí cuando él necesitara. Finalmente agregó no ser una persona cariñosa ni con las hijas ni con nadie, ya que eso nunca le había gustado, por lo que nunca cambiaría, aunque alguien más se lo pidiera.

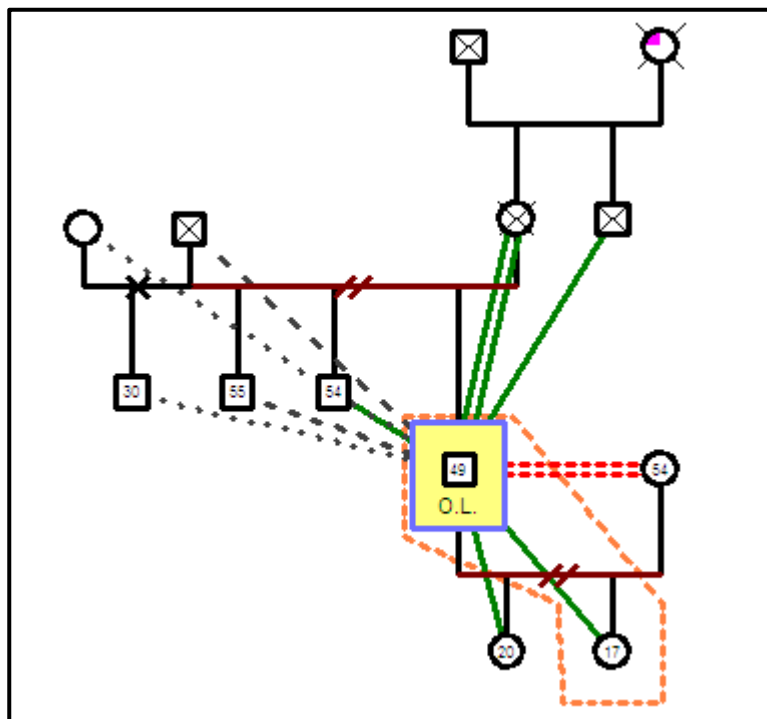
Por otra parte, mencionó haber tenido actos de masturbación incontrolados (sin mencionar desde cuándo), razón por la que se involucró en una organización de ayuda para problemas sexuales, desde hacía un año. Debido a que recayó, optó por buscar ayuda profesional en este centro desde hace un mes. Sin embargo, a pesar de que hasta en la cuarta sesión mencionó tal problemática, no deseaba un abordaje terapéutico referente a esa área.

Con relación a la historia médica, hace cinco años O.L. sufrió un accidente en moto que le provocó politraumatismos, con lesiones óseas en el cráneo, tórax, cadera y piernas, por lo que fue hospitalizado y operado. A partir de ello, tuvo que permanecer en cama por cinco meses, período en el que las hijas no se comunicaron con él. Refirió haber sido un tiempo de desánimo, impotencia y melancolía. El hermano mediano se hizo cargo de él.

En cuanto a los antecedentes de desórdenes mentales, hace cinco años fue diagnosticado por un psiquiatra con trastorno de estrés postraumático y depresión (no especificó qué tipo de depresión). Por este motivo fue tratado con Fluoxetina sin haberle sugerido terapia psicológica. Luego de un año, suspendió el tratamiento al no sentir mejoría en cuanto al estado de ánimo y no consultó con el médico acerca de otro tipo de tratamiento, ya que éste se fue del país.

V. Historia familiar

Imagen 2
Genograma



Fuente: Elaboración propia, junio 2016

Estructura familiar: Desde hace dos años, O.L. ha vivido con la hija pequeña de 17 años, quien se encuentra en el último año de diversificado.

La relación entre ambos ha sido armoniosa, aunque de escasa confianza y comunicación limitada. El grado de afecto también ha sido limitado, ya que nunca le ha gustado ser amoroso ni mostrar actos de afecto, como abrazos o besos. Además, recalcó que ella ha sido dependiente de él, lo cual le ha molestado sobremanera, porque le recordaba a la ex esposa. O.L. quisiera que fuera independiente y no necesitar de él para todo.

En cuanto a la hija mayor, de 20 años, después de haber vivido con él por casi dos años, decidió regresar a vivir con la madre desde hace cinco meses por razones de distancia hacia el lugar donde labora. Sin embargo, el paciente refirió que se han visto a diario pues ella también ha sido dependiente de él y la ha llevado y traído a la universidad de lunes a viernes. Por esta razón, el grado de armonía, confianza y comunicación ha mejorado.

Los roles, O.L. los estableció desde que las dos hijas llegaron a vivir con él, aclarándoles que él era el papá y ellas las hijas, por lo que no podían reclamarle nada y debían cumplir las normas del hogar. Les recalcó que no era como en la casa de la madre donde podían hacer lo que quisieran. Actualmente, aunque ya no está la hija mayor, los roles se han mantenido igual, él es quien trabaja y provee, además de velar por los quehaceres de la casa y la hija estudia y lo ayuda a mantener aseada la casa.

En cuanto a la problemática que el paciente ha estado atravesando, lo desconocen las hijas. Según refirió, ellas solamente se dieron cuenta que él dejó de acudir a la iglesia, lo cual les sorprendió.

Antecedentes familiares: Cuando O.L. tenía un año y medio, los padres se divorciaron debido a infidelidad por parte de la madre, por lo que, junto a los dos hermanos mayores, se quedaron a vivir con el padre. Vivía con el miedo que el padre les transmitió de que la madre deseaba llevárselos.

A los dos años de edad, la madre lo raptó y lo mantuvo encerrado en una habitación y luego lo llevó a casa de los abuelos maternos. Vivió encerrado durante la infancia, solamente salía al patio a jugar con los animales del abuelo y aprendió a cuidarlos ya que no tuvo amigos con quien relacionarse.

En los primeros años, el padre llegaba a la casa y pedía verlo, pero la madre se lo negaba. En ocasiones, el padre llegaba llorando en estado de ebriedad.

Durante seis años no vio a los hermanos, hasta que un día llegaron a insultar a la madre y desde entonces se enojó contra ellos y les tuvo resentimiento, además de envidia al ver que el padre les compraba cosas que a él no le daba. El padre lo limitó económicamente dando una pensión que cubría solamente el colegio y se quejaba constantemente de no tener más dinero. Esto provocó que se diera una relación conflictiva y distante entre ambos a partir de la infancia.

A los 18 años, la madre falleció en un accidente aéreo, refiriendo haber preferido que falleciera de esa manera y no ante una enfermedad de larga duración en la que él tuviera que cuidarla. Mencionó solamente haberse sentido solo luego de tal pérdida. El padre decidió llevarlo a vivir a la casa de los hermanos y no con él, puesto que se había vuelto a casar y formó otro hogar, en el que tuvo un hijo.

En la adultez, a pesar de que el paciente mencionó que ya había perdonado al padre, la relación continuó siendo distante hasta semanas antes que falleciera. El padre le pidió perdón por el comportamiento mezquino que tuvo hacia él, explicándole haberlo hecho para vengarse de la madre por serle infiel, abandonarlo y haberlo apartado de él. Por lo tanto, el paciente comprendió las razones y se compadeció de él. Cuando el padre falleció, refirió no haber tenido ninguna emoción, ya que no lo conoció como lo hicieron los hermanos.

Actualmente, la relación con el hermano mayor sigue siendo distante y con el hermano mediano ha sido de armonía desde que lo cuidó cuando se accidentó. Sin embargo, al enterarse de las preferencias homosexuales del hermano, se distanció de él, aunque aún hablan y está agradecido

por haberlo ayudado durante esa época. En cuanto al hermanastro, la relación ha sido distante e indiferente.

Además, refirió desconocer algún antecedente relacionado a problemas mentales. No obstante, recordó que la madre pasaba la mayor parte del tiempo llorando y encerrada en una habitación, cuando él era niño.

VI. Examen del estado mental

O.L. era un hombre de complexión endomórfica, tez morena, cabello oscuro y corto, a quien, por lo general, se le observaba cansado. La vestimenta era convencional con atuendo de motorista, chaleco anaranjado, chumpa impermeable, lentes plásticos y casco, de los cuales se despojaba de forma rutinaria cada vez al entrar a sesión, guardándolos en una mochila. Por lo general, se presentó con aspecto limpio y cuidado.

El nivel de conciencia era lúcido en la mayoría de sesiones y somnolencia en una de éstas. Mostraba una actitud amable, cordial y de cooperación, además de preocupación y quejumbroso, aunque en ocasiones con cierta arrogancia.

Se observó una conducta motora de enlentecimiento y quietud, con postura encogida de brazos y manos entrelazadas al permanecer sentado. Al ponerse de pie o caminar, el movimiento era repentino y brusco.

La expresión facial denotaba cierta tensión y ansiedad, a pesar de que intentaba controlar los gestos y cambios en el tono de voz, incluso, en cada sesión hacía bromas y se reía de manera ansiosa.

Presentó un nivel alto de atención y concentración dentro de las sesiones. Se encontró orientado en tiempo, espacio y persona. Con fluidez y espontaneidad en el lenguaje, con volumen alto y timbre fuerte de la voz y ritmo rápido. Manifestó comprensión tanto del lenguaje hablado como

del escrito. Denotó memoria remota, reciente e inmediata intactas y un razonamiento de juicio práctico y abstracto.

El proceso de pensamiento fue concreto, coherente, circunstancial y perseverativo. De contenido manifiesto en preocupaciones respecto al estado de ánimo y las actividades laborales, presentó ideas obsesivas y paranoides respecto a la ex esposa y la influencia sobre las hijas con respecto a él. Conforme avanzaron las sesiones, estas ideas fueron cesando.

Presentó un grado de introspección moderado porque, aunque era consciente de los factores que afectaban al curso de la problemática, no lo era con relación a aspectos propios de su persona, no deseando poner de su parte.

No se percibió congruencia entre las preocupaciones que manifestaba con el afecto, ya que denotaba un humor irritable y hasta cierto punto, afecto plano al narrar los acontecimientos que le habían llevado a la problemática. No obstante, el paciente presentó un estado de ánimo pesimista y en ocasiones de culpa, además de manifestar desesperanza, a través de su lenguaje verbal y no verbal.

VII. Resultados de las pruebas

Cuadro 1
Pruebas e instrumentos aplicados

PRUEBAS E INSTRUMENTOS APLICADOS	FECHA DE APLICACIÓN
Test del árbol	30/06/2016
Test de la persona bajo la lluvia	30/06/2016
Escala de desesperanza de Beck	07/07/2016
Escala de autovaloración de depresión de Zung	07/07/2016
Inventario de depresión de Beck	28/07/2016

Fuente: Elaboración propia, julio 2016.

Las pruebas de psicodiagnóstico que se llevaron a cabo consistieron en dos de tipo proyectivas, el test del árbol de Karl Koch y el test de la persona bajo la lluvia de Silvia Querol y María Cháves. Asimismo, se realizaron tres de tipo psicométricas, la escala de desesperanza de Beck, la escala de autovaloración de depresión de Zung y el inventario de depresión de Beck, esta última utilizada como un re test. A continuación, se detallan los resultados obtenidos.

Resultados de pruebas proyectivas (cualitativos):

Acorde a la interpretación de las pruebas proyectivas realizadas, O.L. evocó una fuerte representación del pasado, en relación a lo inconsciente y preconscious que queda sin resolver. Manifestó introversión, pesimismo, depresión, fatiga, desaliento e incluso cierta dependencia que refleja dificultad para terminar vínculos que lo llevaron a la inhibición, inmovilidad psicológica e impresionabilidad al contacto con la realidad y por ende a la falta de desarrollo.

Aunque ha deseado avanzar, se ha encontrado concentrado en acontecimientos del pasado, por lo que existe una acción bloqueada e inmovilidad que frena su crecimiento espiritual y psíquico. Además, manifestó desarraigo, fluctuación, falta de apoyo o de estabilidad, en la que ha percibido algo incompleto y tiene la sensación de que falta una solución.

Ha percibido amenazas en su contra y una fuerte presión sobre él por parte del medio, proyectando tendencias obsesivas y paranoides, con excesiva protección y defensa ante la preocupación por críticas y opiniones.

Manifestó ansiedad, indecisión e inseguridad, con deseo de superación del sentimiento de inferioridad. Sin embargo, mostró contradicción con una fuerza compensatoria del sentido de impotencia, denotando orgullo y mando, con cargas y descargas instantáneas que se manifiestan con fuertes tendencias instintivas de agresividad, obstinación e imposibilidad de controlar los impulsos. Además de poseer una personalidad rígida y fría, cubierta de aparente sociabilidad, pero que oculta sus propósitos para protegerse así mismo.

Resultados de pruebas psicométricas (cuantitativos):

Escala de desesperanza de Beck: Con base en la calificación, O.L. obtuvo un puntaje de 17, en el que evidenció un riesgo alto de cometer suicidio, para lo cual existe una correlación significativa con la desesperanza y los síntomas depresivos. Tal riesgo se encuentra entre un rango de 15 a 20 puntos.

Escala de autovaloración de depresión de Zung: Con base en los resultados cuantitativos de la prueba, O.L. sumó un total de 40 puntos, siendo este un rango normal entre 25 a 49.

Inventario de depresión de Beck: En la presente prueba, los datos cuantitativos obtenidos fueron de 16 puntos, indicando una leve perturbación del estado de ánimo, siendo este rango de 11 a 16.

Por tanto, O.L. manifestó alteración en áreas de efecto dominante y otras perturbaciones, en relación a la dificultad en la concentración y toma de decisiones, irritabilidad, desesperanza, estado de ánimo triste y deprimido. Un re test contrastó y valoró la sintomatología al evidenciar tristeza continua, desesperanza respecto al futuro, culpa, autocrítica, falta de energía y sentimientos de fracaso, decepción e incapacidad.

VIII. Impresión diagnóstica

Con base en el análisis de la historia clínica y la interpretación de los resultados de las pruebas psicodiagnósticas, se observó y estudió el presente caso de manera integral, de modo que se ha tomado en cuenta información relevante que actualmente aqueja al paciente dentro del ámbito personal, social y laboral, como los antecedentes que éste presenta, los cuales son de importancia clínica.

En referencia a estos últimos ámbitos, se hace mención de los diversos acontecimientos en los que se ha visto involucrado de manera directa y continua a lo largo de un período mayor de cinco años, en donde se detalla un matrimonio conflictivo, infidelidad por parte de la conyugue, además de un divorcio conflictivo y no resuelto hasta la fecha.

Seguidamente, tuvo dos sucesos traumáticos con exposición a la muerte, que detonaron un trastorno de estrés postraumático, además de depresión de manera comórbida, para lo cual fue asistido durante seis meses por un médico psiquiatra y tratado con antidepresivos por un año, refiriendo haber superado el trauma, pero sin percibir mejora en el estado de ánimo. Finalmente, hace dos años, surgieron cambios abruptos con la llegada de las hijas, por lo que se vio afectado económicamente, lo cual le llevó a tomar dinero de la empresa donde actualmente labora.

Debido a que las pruebas psicológicas fueron contundentes en la fuerte representación del pasado, destaca otro tipo de antecedentes que tuvieron lugar durante la infancia, los cuales quedaron sin resolver y que lograron encajar con relación a la dinámica de pareja y la actitud ante la vida que el paciente manifestaba.

Con relación a la sintomatología, O.L. reflejó una leve perturbación en el estado de ánimo la mayor parte del tiempo, manifestando poca energía, baja autoestima, falta de concentración y sentimientos de desesperanza que, según refería, lo han perdurado desde hace más de dos años de manera continua, causando malestar clínicamente significativo en áreas las del funcionamiento laboral y social.

Por lo tanto, se diagnosticó un trastorno depresivo persistente (distimia), al nunca haber manifestado algún episodio maníaco o hipomaníaco, ni alguna alteración de tipo psicótica. Se descartó un trastorno de depresión mayor, al no cumplir con todos los criterios, pues presentó una sintomatología menos grave y más sostenida en tiempo.

Finalmente, se hace alusión a un problema de fase de la vida, el cual se manifiesta como una actual crisis existencial, en la que O.L. se ha caracterizado por cuestionarse acerca del sentido de la vida y los logros no alcanzados, actuando así, de una manera recíproca con el diagnóstico antes mencionado.

IX. Diagnóstico según DSM- 5

300.4 (F34.1) Trastorno depresivo persistente (distimia). Con síndrome distímico puro, de gravedad moderada (168).

V62.89 (Z60.0) Problema de fase de la vida (724).

X. Recomendaciones terapéuticas para el caso

Con base en lo antes detallado, se recomendó la continuidad del proceso psicoterapéutico el tiempo suficiente, ya que de lo contrario existía la posibilidad que el paciente presentara un incremento en la gravedad del trastorno y esto podía predisponerlo a un riesgo cada vez mayor de nuevos episodios y de tiempos cada vez mayores de tratamiento farmacológico y deterioro de la vida cotidiana. De esta manera, se pretendió solidificar las bases de un tratamiento integral en el que se restaurara el funcionamiento personal, social y laboral.

El tratamiento que se consideró más eficaz es la combinación de farmacoterapia y psicoterapia. No obstante, debido a que el paciente se rehusó a recibir tratamiento médico y manifestó el deseo de lograr por sí mismo la superación de la problemática, se sugirió el abordaje psicoterapéutico como tratamiento inicial, sin dejar de considerar el tratamiento médico.

Además, se recomendó conforme avanzaron las sesiones, lograr involucrar a la familia, que en este caso eran las hijas, para dar un acompañamiento emocional y fortalecer la relación entre padre e hijas, lo cual fue de beneficio para el paciente.

4.2 Análisis de resultados del estudio de caso

La desintegración familiar durante la infancia, como factor influyente para el desarrollo del trastorno depresivo persistente:

Dentro de los factores de riesgo, el DSM-5 (2014) hace mención a los de tipo genético hereditario, sobre todo una mayor proporción de familiares de primer grado con dicho trastorno, y a los factores de riesgo en la infancia como eventos adversos, la pérdida de los padres y su separación.

“Las experiencias estresantes inician una serie de cambios neuroquímicos que pueden ser de significancia adaptativa. Cuando estas alteraciones son insuficientes para enfrentar las demandas ambientales, se incrementa la vulnerabilidad a la patología depresiva” (Griffiths, Ravindran, Merali y Anisman, 200, citado en Gallardo, et al., 2013, p. 219).

Con base en los datos recabados en la historia clínica, se evidenció la importancia de los antecedentes de desintegración familiar, siendo la separación de los padres y sus consecuencias, lo que ello conllevó a una experiencia estresante durante la infancia. Además, el paciente proyectó a través de las pruebas psicodiagnósticas, una fuerte representación del pasado que había quedado sin resolver, por lo que manifestó pesimismo, depresión, fatiga, desaliento y estancamiento psíquico. Denotó un estado crónico, el cual caracterizaba al trastorno depresivo persistente.

Influencia negativa de la desintegración familiar en la edad temprana:

Galarza y Solano (2010) afirman que los niños víctimas de la desintegración familiar se caracterizan por poseer baja autoestima, conductas de inseguridad y aislamiento, además de sufrir sentimientos de abandono y de inferioridad que los acompañarán en el futuro. También experimentan fuertes traumas psicológicos, puesto que no logran asimilar del todo el hecho de que sus padres no los volverán a atender como antes, no volverán a convivir de la misma manera y no les brindarán la confianza y apoyo que necesitan.

A través del estudio de caso, se comprobó que el paciente aún en la edad adulta manifestaba inseguridad e indecisión, con el deseo de superación del sentimiento de inferioridad y baja autoestima. Paciente con personalidad rígida y fría, la cual se fue instaurando y reforzando a

través de la infancia y adolescencia, así como el aparentar cierta sociabilidad, con el propósito de protegerse a sí mismo del medio que percibía como amenazante.

Impacto de la ruptura de vínculos en la infancia:

Según Cavalcante (2011), la interrupción de los vínculos construidos por el niño puede tener un impacto en las relaciones sociales establecidas por él, tanto en el rendimiento escolar como en el estado de ánimo, pudiendo tener reacciones agresivas o el aislamiento. Es común que el niño no acepte y fantasee con que la persona todavía se mantiene cerca de ella.

A través de la investigación del caso de estudio, se determinó que a temprana edad el paciente sufrió las rupturas vinculares con todos los miembros del núcleo familiar por un período aproximado de seis meses. Estas separaciones fueron de manera abrupta, fue aislado y le fue infundido temor y desconfianza. Además, vivió con el miedo que cada uno de los padres le transmitió respecto del otro progenitor, sobre todo contra la figura paterna, lo que provocó el distanciamiento emocional entre padre e hijo, incluyendo a los hermanos.

Incidencia socio económica a partir de la desintegración familiar:

Para Buendía (1998, citado en Maganto, 2008) la calidad de las relaciones familiares padres-hijos y el cambio de condiciones económicas, afecta a la estabilidad emocional de los hijos tras el divorcio.

Maganto (2008) refiere que el nivel socioeconómico es una de las variables más estudiadas como desencadenante de efectos nocivos del post divorcio. La repercusión se expande desde el aislamiento social, a la falta de adaptación a la nueva situación de nivel inferior de vida, a la repercusión en el cambio de hogar, escuela, entre otras.

A partir de la desintegración familiar durante la infancia, el paciente experimentó la limitante socioeconómica a través de la restricción del padre para cubrir las necesidades básicas, proveyendo únicamente para los estudios a pesar de poseer un trabajo estable y bien remunerado.

Sin embargo, el paciente constantemente recordaba comparar la situación económicamente inestable que vivían con la madre, con la situación estable del padre y los hermanos, identificando reacciones emocionales de enojo y envidia y generando en él una actitud rebelde y pasiva contra el padre durante la adolescencia. Creyó no necesitar de su padre, no obstante, continuó siendo dependiente económicamente hasta la edad adulta.

Relación entre los conflictos matrimoniales y los conflictos surgidos en la dinámica familiar durante la infancia:

En el caso de pacientes con distimia, Linares (2000) ha evidenciado que proceden de una familia definida por una conyugalidad disarmónica, que utiliza a los hijos como aliados para intentar resolver los conflictos. Por lo que, a través de esta triangulación, el futuro paciente distímico experimenta una ansiedad ligada al conflicto de lealtades que, al decidirse por la alianza con uno de los progenitores, se asocia pronto a la pérdida de la relación con el otro. Dicha pérdida provoca tristeza, que será evocada más adelante, cuando la vida genere nuevas pérdidas relacionales significativas, traducéndose en el conglomerado de síntomas ansioso-depresivos, típicamente neuróticos que caracterizan a la distimia.

Según la investigación del estudio de caso, el paciente procede de una familia monoparental, a consecuencia de la separación de los padres, la cual se dio en términos conflictivos. La disfuncionalidad familiar llevó a cada uno de los padres a formar alianzas con los hijos a su cargo, quienes al decidirse por tal lealtad, perdieron la relación de comunicación y confianza con el otro progenitor, generando relaciones distantes, conflictivas y de envidia entre sí, además de experimentarlo con tristeza.

La analogía que la alianza tuvo en la infancia con respecto al matrimonio que tuvo en la vida adulta, se contrastó con la disarmonía conyugal, en la que se jugaron nuevamente roles opuestos. No obstante, la triangulación de la que se habla en la distimia no fue posible llevarla a cabo, ya que la exesposa obtuvo la alianza de ambas hijas.

Por ende, el paciente evocó síntomas depresivos e incluso ideación paranoica de cómo las hijas fueron mal influenciadas, lo llevó a distanciarse de ellas por más de tres años y se le dificultó volver a crear lazos afectivos y de confianza con ellas aun cuando ellas fueron a vivir un tiempo a casa de él.

Finalmente, el hecho de que las hijas regresaron a vivir con la madre, nuevamente provocó en el paciente síntomas de tristeza, desánimo y soledad, probablemente al percibir de nuevo otra pérdida de relaciones afectivas en su bando.

Conclusiones

A través del presente caso de estudio, se estableció la influencia de los eventos adversos durante la infancia como uno de los factores de riesgo determinantes para el desarrollo del trastorno depresivo persistente. La separación de los padres y el alejamiento del núcleo familiar fueron percibidos como experiencias estresantes desde la primera infancia. Por tanto, aún en la edad adulta manifestó un estado de ánimo depresivo crónico y un estancamiento psíquico en relación a una fuerte representación de un pasado inconcluso.

Además, se determinó la influencia negativa que tuvo la desintegración familiar a partir de la edad temprana. Manifestó sentimientos de inferioridad y abandono, además de inseguridad, baja autoestima y una personalidad rígida y fría como mecanismos de defensa ante el medio que percibía como amenazante.

La ruptura de vínculos en la infancia tuvo un impacto negativo en las relaciones sociales, en las que desarrolló temor y desconfianza intrafamiliar, provocando así un distanciamiento emocional con cada uno de los miembros y un impacto en el estado de ánimo que conllevó a una personalidad agresiva pasiva y al aislamiento social.

La incidencia socioeconómica que surgió a partir de la separación de los padres, tuvo repercusiones en la estabilidad económica, en la estabilidad emocional y adaptación social del paciente con respecto a los hermanos y los pares en la escuela, con quienes se comparaba constantemente.

La relación entre los conflictos matrimoniales y los conflictos en la dinámica familiar durante la infancia, surgió a partir de la disfuncionalidad familiar y la triangulación de alianzas a causa de la disarmonía conyugal, la cual se evidenció en los roles de la niñez y en los de la vida adulta. Lo anterior evocó en el paciente síntomas depresivos además de ideación paranoide que conllevó al distanciamiento intrafamiliar, con la dificultad de volver a crear lazos afectivos.

Recomendaciones

La terapéutica familiar se recomienda ante los eventos adversos de separación y divorcio, debido a la experiencia que cada uno de los miembros percibe, las circunstancias en las que se produjo tal desintegración y sus consecuencias. Dicha intervención pretende que los miembros de la familia adquieran estrategias para afrontar la nueva estructura familiar, mejorar la interacción entre cada uno y prevenir patologías en el futuro.

Se requiere, además, que los hijos de familias disfuncionales reciban una terapia individual, con el objetivo de asimilar la etapa de transición de la separación de los padres y la readaptación a la nueva situación, así como reestablecer la estabilidad emocional de los infantes. Esta terapia también involucra a los padres para lograr llevar a cabo las sugerencias terapéuticas.

El promover las relaciones sociales e interfamiliares a través del fortalecimiento de vínculos afectivos dentro del contexto familiar, facilitará el desarrollo de habilidades sociales y la expresión de sentimientos y emociones.

Se recomienda que ambos padres compartan equitativamente la responsabilidad al estipular un ingreso económico mensual para que los hijos no se vean privados de las oportunidades que pudieron haber tenido antes de la separación, permitiendo cubrir las necesidades básicas de cada hijo y los imprevistos que puedan surgir.

Además, el fomentar la comunicación y convivencia estableciendo visitas semanales en el que supone tiempo de calidad, permitirá afianzar lazos afectivos entre padres e hijos y entre hermanos y será viable la comunicación en relaciones futuras.

Referencias

Bibliográficas

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5^a ed.). España: Editorial Médica Panamericana

Papalia, E., Wendkos, S. y Duskin, R. (2001). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. (11^a. ed.). México: McGrawHill

Internet

Baena, A., Sandoval, M., Urbina, C., Juárez, N. y Villaseñor, S. (2005). *Los trastornos del estado de ánimo*. Revista digital universitaria, num. 11 (Vol. 6). Recuperado 01.10.16 de http://bienvenida.unam.mx/revistas/RDU/ciencias_salud/los_trastornos_del_estado_de_animo.pdf

Cavalcante, A. (2011). *Rompimiento de vínculos familiares y su impacto en la infancia*. Recuperado 28.10.16 de <http://www.anacavalcante.net/2011/01/rompimiento-de-vinculos-familiares-e-seu-impacto-na-infancia/>

Cobo, J. (2005). *El concepto de depresión. Historia, definicion(es), nosología, clasificación*. Psiquiatría.com. Doi: /283/268

Galarza, J. y Solano, N. (2010). *Desintegración familiar asociada al bajo rendimiento escolar*. (Tesis de Licenciatura). Recuperado 04.10.16 de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2207/1/tps709.pdf>

- Gallardo, G., Jiménez, M., González, A. y Villaseñor, T. (2012). *La distimia en el contexto clínico*. Revista Colombiana de Psiquiatría, num. 2 (Vol. 42), pp. 212-218. Doi: S0034745013700088
- Linares, J. (1996). *Depresión mayor y distimia: bases relacionales y guías para la intervención*. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado 12.09.16 de <http://www.abrap.org/2DEPRESSIONMAYORYDISTIMIA.pdf>
- Maganto, C. (2008). *Consecuencias psicopatológicas del divorcio en los hijos*. Recuperado 04.10.16 de http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/40c.pdf
- Montalvo, M. (1997). *Cómo afecta a los hijos la desintegración familiar*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Veracruzana, México.
- Ovando, G. (2006). *Desintegración familiar y su incidencia en la adaptación en cuatro áreas de desarrollo del adolescente*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Mariano Gálvez, Guatemala.
- Primer desarrollo social y emocional. Los vínculos afectivos*. Recuperado 22.09.16 de https://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/santayana/temario_desa_social/tema2.pdf
- Repetur, K. y Quezada, A. (2005). *Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas*. Revista digital universitaria, num. 11 (Vol. 6). Recuperado 22.09.16 de <http://www.revista.unam.mx./vol.6/num11/art105/art105.htm>
- Sánchez, C. (2012). *Significado psicológico de familia, papá y mamá en adolescentes*. Psicología Iberoamericana, núm. 1(Vol. 20), pp. 18-28. Doi: 1339/133924623003

Soler, C. (2009). *Abordaje terapéutico de un trastorno del estado del ánimo*. (Trabajo de Integración Final para Licenciatura). Recuperado 01.10.16 de <https://dspace.palermo.edu:8443/dspace/bitstream/handle/10226/1242/Soler,%20Celica%20Natalia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Urizar, M. (2012). *Vínculo afectivo y sus trastornos*. Recuperado 05.10.16 de <http://www.avpap.org/documentos/bilbao2012/DesarrolloAfectivoAVPap.pdf>

Valladares, A. (2008). *La familia. Una mirada desde la Psicología*. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, num. 1 (Vol. 6). Doi:/402/3800

Anexos

Tabla de Variables

Nombre completo: Daniela María Gutiérrez Coxaj

Título de la sistematización: Estudio de caso: Desintegración familiar en la infancia como agente etiológico en el desarrollo del trastorno depresivo persistente en un paciente de 49 años, atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)

Carrera: Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social

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
Separación del núcleo familiar por infidelidad de la madre.	Trastorno depresivo persistente (distimia). Con síndrome distímico puro, de gravedad moderada.	Desintegración familiar en la infancia.	¿Cómo influyó la desintegración familiar durante la infancia en el desarrollo del trastorno depresivo persistente en un paciente de 49 años atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS)?	Establecer la influencia de la desintegración familiar durante la infancia en el desarrollo del trastorno depresivo persistente en un paciente de 49 años atendido en el Centro de Asistencia Social (CAS).	Determinar la influencia que tuvo la desintegración familiar en la edad temprana del caso en estudio.
Desvinculación con la figura paterna y los hermanos.		Ruptura de vínculos afectivos en la infancia.			Identificar el impacto que tuvo la ruptura de vínculos afectivos en la infancia del paciente de estudio.
Limitación social y económica.		Limitaciones sociales y económicas durante la infancia.			Describir la incidencia socio económica que surgió en la infancia del caso en estudio.
Repercusiones en la relación matrimonial que conllevaron al divorcio.		Vínculos afectivos en la infancia y repercusiones en la vida matrimonial.			Establecer la relación entre los conflictos matrimoniales y los conflictos surgidos en la dinámica familiar durante la infancia en el paciente de estudio.