

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



Estudio de caso: Relación conflictiva madre-hijo como factor precipitante en el desarrollo del trastorno de ansiedad especificada con ataques sintomáticos limitados, en una paciente de 54 años del Centro de Asistencia Social (CAS)
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Dulce María de León Güigüi

Guatemala, julio 2017

Estudio de caso: Relación conflictiva madre-hijo como factor precipitante en el desarrollo del trastorno de ansiedad especificada con ataques sintomáticos limitados, en una paciente de 54 años del Centro de Asistencia Social (CAS)

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Dulce María de León Güigüi

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

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

Guatemala, julio 2017

Autoridades Universidad Panamericana

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

Autoridades de la Facultad de Ciencias Sociales

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	M.Sc. Ana Lucrecia Muñoz de la Cruz
Coordinadora 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**

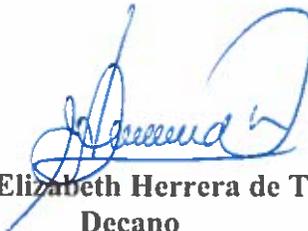
ASUNTO: Dulce María de León Güigüi

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: julio 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: *Dulce María de León Güigüi* 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, mayo dos mil diecisiete.

*En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **Estudio de caso: Relación conflictiva madre-hijo como factor precipitante en el desarrollo del trastorno de ansiedad especificada con ataques sintomáticos limitados, en una paciente de 54 años del Centro de Asistencia Social (CAS), Presentada por el (la) estudiante: Dulce María de León Güigüi, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.***



Licda. Mirna Paola Gaitán Láinez
Asesora

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

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Estudio de caso: Relación conflictiva madre-hijo como factor precipitante en el desarrollo del trastorno de ansiedad especificada con ataques sintomáticos limitados, en una paciente de 54 años del Centro de Asistencia Social (CAS)”. Presentada por el (la) estudiante Dulce María de León Güigüi, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licda. María Fernanda Ramírez
Revisora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala julio 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: Relación conflictiva madre-hijo como factor precipitante en el desarrollo del trastorno de ansiedad especificada con ataques sintomáticos limitados, en una paciente de 54 años del Centro de Asistencia Social (CAS)", presentado por Dulce María de León Güigüi, 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.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	1
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	2
1.5 Programas establecidos	4
1.6 Visión	4
1.7 Misión	4
1.8 Justificación de la Investigación	4
Capítulo 2	6
Marco Teórico	6
2.1 Trastorno de ansiedad especificada con ataques sintomáticos limitados	6
2.2 Relación conflictiva madre-hijo	8
2.3 Carencia de límites interpersonales	14
2.4 Duelos no resueltos	16
2.5 Escasa autoestima	19
Capítulo 3	21
Marco Metodológico	21
3.1 Planteamiento del problema	21
3.2 Pregunta de investigación	22
3.3 Objetivos	22
3.3.1 Objetivos General	22
3.3.2 Objetivos Específicos	23
3.4 Alcances y límites	23

3.5	Método	24
	Capítulo 4	26
	Presentación de Resultados	26
4.1	Sistematización de Estudios de Caso	26
4.2	Análisis de Resultados	34
	Conclusiones	38
	Recomendaciones	39
	Referencias	40
	Anexos	44

Listado de imágenes

Imagen1 Organigrama Centro de Asistencia Social (CAS)	3
Imagen 2 Genograma	29

Listado de cuadros

Cuadro 1 Pruebas e instrumentos aplicados	31
---	----

Resumen

Como parte de la Práctica Profesional Dirigida del quinto año de Psicología Clínica y Consejería Social de Universidad Panamericana campus Naranjo, se realizó un estudio de caso en el Centro de Asistencia Social (CAS), en los meses de marzo a noviembre. Por lo tanto el presente trabajo describe el informe de hallazgos e investigación del caso anteriormente mencionado.

En el capítulo 1, Marco de Referencia se menciona información relacionada al centro donde se realizó el estudio de caso. Incluye los antecedentes, descripción, ubicación y organización del centro. Además abarca los programas que tiene establecidos, la visión y la misión del mismo. Finalmente aborda la justificación de la investigación dando pautas de la necesidad de realizar el presente estudio.

El Marco Teórico, capítulo 2 presenta información teórica sobre el trastorno de ansiedad no especificado con ataques sintomáticos limitados, además de mostrar la influencia que tiene la relación conflictiva madre-hijo en el desarrollo y prevalencia del trastorno y cómo toda la sintomatología en conjunto puede enfermar al cuerpo. Además se incluye cómo la carencia de límites interpersonales, los duelos no resueltos y la escasa autoestima pueden influir en el desarrollo del trastorno de ansiedad.

El capítulo 3, Marco Metodológico hace referencia al planteamiento del problema, pregunta de investigación, objetivo general y objetivos específicos, los alcances y límites del caso de estudio y finalmente la metodología que se utilizó en el estudio cualitativo, desde la elección del paciente en el centro de práctica hasta la conclusión del proceso terapéutico.

Finalmente dentro del capítulo 4, Presentación de Resultados se brinda detalladamente el informe clínico del paciente, además del análisis de cada una de las variables de estudio. De igual forma se exponen los hallazgos que se establecieron en el caso de estudio, los cuales generaron una serie de conclusiones y recomendaciones.

Introducción

La sociedad guatemalteca actual, se compone de un gran porcentaje de mujeres que han tomado la batuta en diversas áreas de la vida, incluyendo el área laboral donde actualmente son agentes activos sin olvidar el área más importante y determinante para el desarrollo, la familia. Son muchas las mujeres que quedan a cargo de una familia monoparental, siendo ellas las responsables de la educación, alimentación y provisión de recursos básicos a los hijos, e indiscutiblemente de la corrección y crianza de los mismos.

Pero, ¿qué sucede cuando este contexto se sale de control? y los hijos empiezan a tener libertinaje, cuando las normas en casa no son respetadas y no existe una jerarquía familiar establecida; definitivamente estas variables pueden detonar en alguna patología, como depresión, trastornos psicosomáticos pero específicamente trastornos de ansiedad, dentro de los que resalta el trastorno de ansiedad especificada con ataques sintomáticos limitados.

Esta patología tiene predominancia en dinámicas familiares alteradas y la posibilidad de padecerla aumenta notablemente en el sexo femenino, demostrando que la mujer que es sostén familiar puede llegar a experimentarla. De igual forma, todas las emociones producidas a causa de la dinámica familiar disfuncional que no son expresadas, debido a la dificultad de comprensión de las mismas y por no saber qué hacer con ellas, pueden ser exteriorizadas por medio de enfermedades físicas que incapacitan en las diferentes áreas del ser humano como lo son: la familia, el trabajo y las relaciones sociales.

Asimismo, existen diversos factores personales que pueden intensificar la ansiedad existente, tal como se menciona en este caso de estudio a una paciente de 54 años, siendo las variables predominantes: la carencia de límites interpersonales que dificultaban el establecimiento de roles y jerarquía familiar, los duelos no resueltos que ocasionaban sentimientos de angustia, miedo, preocupación y la escasa autoestima, donde la desvalorización de sí misma dificultaba la toma de decisiones, que afectaban de manera secundaria la prevalencia y desarrollo del trastorno de ansiedad especificada con ataques sintomáticos limitados.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

El Centro de Asistencia Social, surge como una proyección social en donde Universidad Panamericana se compromete en el desarrollo de la salud integral de la población Guatemalteca, con el fin de procurar un impacto estructural, a través de un servicio social responsable, de alto nivel.

Este servicio social responsable tiene como base la práctica profesional de los estudiantes de la Facultad de Humanidades, Escuela de Ciencias Psicológicas, en la que pueden brindar apoyo emocional y asistencia psicológica a niños, adolescentes y adultos. Siendo CAS una oportunidad para contribuir con personas que no cuentan con los recursos económicos para obtener el servicio y mejorar su salud integral.

El Centro de Asistencia Social (CAS), cumple con la finalidad de incrementar los valores académicos en la formación de los estudiantes, tales como: supervisión directa y personalizada para el desarrollo de las diversas etapas que la misma carrera requiere, con el objetivo de dar seguimiento puntual, oportuno y adecuado a los casos que son atendidos por los estudiantes de la carrera de psicología clínica. Como parte de la formación, refuerza la práctica de principios y valores profesionales, contribuyendo a la sociedad guatemalteca de manera eficiente.

1.2 Descripción

El Centro de Asistencia Social, es parte de la Universidad Panamericana, el centro cuenta con ocho cubículos para atención a pacientes. La asignación de los mismos se realizó de manera semanal, por lo que cada terapeuta practicante tuvo la experiencia de atender en cada uno de ellos. Cada cubículo estaba equipado con un escritorio, tres sillas (dos para pacientes y una para

el practicante), se contaba con material como engrapadora, sacabocados, regla, tabla de apuntes, archivero de escritorio, porta lápices, lapicero, borrador, sacapuntas y pañuelos.

Además de los cubículos respectivos, se contaba con una sala de espera y recepción para el ingreso de los pacientes; también la sala de juntas que contaba con una mesa y sillas para las reuniones de consultas de caso.

De igual forma se contaba con área de juegos donde estaba material para ser utilizado con pacientes como juguetes, títeres, trocitos, carritos, muñecas, marcadores, pliegos de papel, temperas, pinceles, alfombras, rompecabezas, libros de colorear, entre otros juguetes.

1.3 Ubicación

El Centro de Asistencia Social (CAS) está ubicado en la 7ª Avenida 3-17 zona 9 Edificio Buonafina 3er. Nivel en la ciudad de Guatemala.

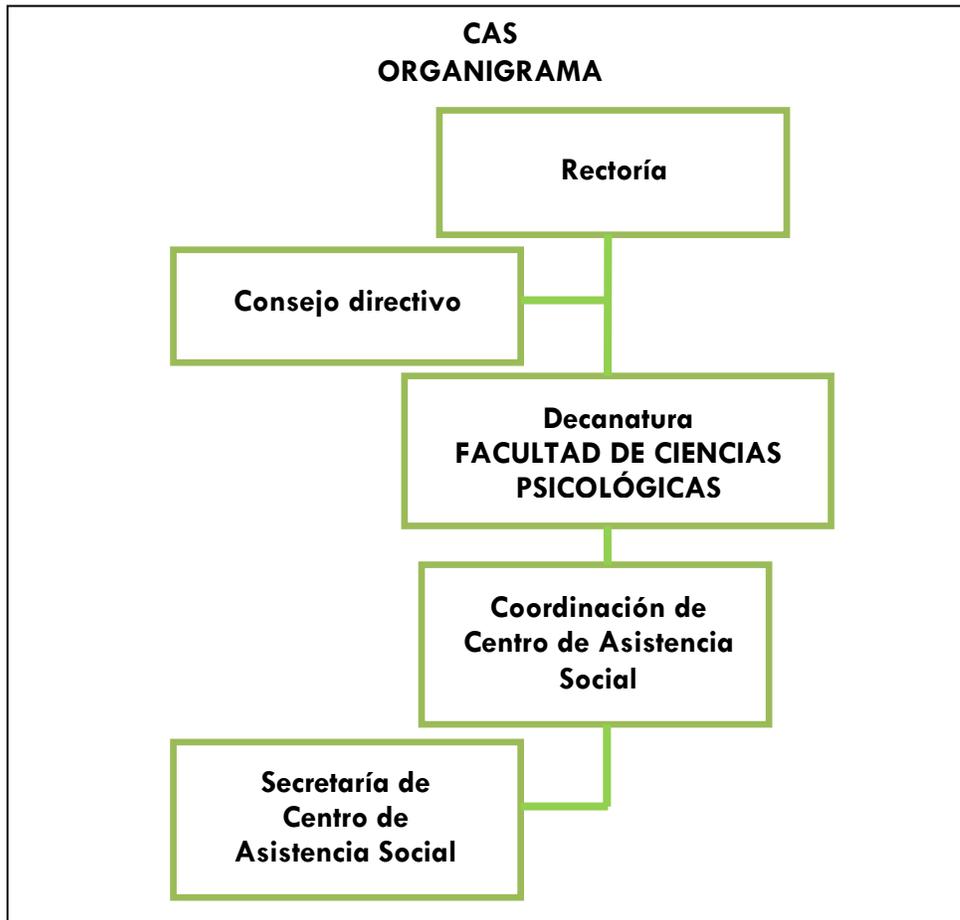
1.4 Organización

El Centro de Asistencia Social (CAS) forma parte de la Universidad Panamericana por lo que la persona con mayor autoridad dentro del mismo es el rector; luego se encuentra el consejo directivo, posteriormente está la decanatura de la Facultad de Humanidades, escuela de Ciencias psicológicas.

Luego encontramos la coordinación del centro, encargada de los procesos administrativos. Finalmente se cuenta con el apoyo de secretaría quienes se encargan de todos los procesos de ingreso y egreso de los pacientes y se encarga de velar por la distribución de insumos requeridos.

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

Imagen 1
Organigrama del Centro de Asistencia Social (CAS)



Fuente: Centro de Asistencia Social CAS, septiembre, 2016.

1.5 Programas establecidos

Por el momento no se cuenta con ningún programa particular, adicional a la atención psicológica.

1.6 Visión

Como visión el CAS propone ser: “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

La misión del CAS es: “Brindar asistencia social en la esfera emocional, ofreciendo la 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

La presente investigación de estudio de caso se elaboró como uno de los requisitos de egreso, del pensum de psicología clínica de la Facultad de Humanidades, Escuela de Ciencias Psicológicas, de Universidad Panamericana, ofreciendo un aporte de ayuda especialmente a futuros profesionales y personas interesadas en el tema.

El objetivo principal es poder dar una visión más amplia de los factores precipitantes que ocasionaron la ansiedad en la paciente del caso de estudio. Las demandas familiares en la actualidad han aumentado, ya que ahora la mujer ha tomado un rol activo en la contribución de ingresos al hogar, teniendo que contribuir económicamente sin descuidar las obligaciones del

mismo. Además, esta dinámica se acrecienta cuando la familia es monoparental y depende únicamente de la madre para proveer todos los recursos para los hijos.

De igual forma, dentro del hogar la madre debe cumplir con las necesidades emocionales, educativas y sociales de los hijos, que por ser cada hijo diferente, tienen necesidades distintas. Por lo que cuando la relación y convivencia con alguno de ellos se vuelve conflictiva afecta de manera directa la estabilidad de la madre, demandando más tiempo y atención de la que ella puede darle. Lo que puede transformarse en constantes riñas, discusiones y hasta agresiones físicas que provocan en la madre síntomas como dificultad para conciliar el sueño, angustia, miedo, irritabilidad, dolor de espalda y cefalea, los cuales son característicos del trastorno de ansiedad.

Es de vital importancia entender las relaciones familiares, especialmente los conflictos que pueden aparecer entre padres e hijos y todo lo que conlleva una dinámica distorsionada, para no creer que lo normal o esperable de una familia es que existan constantes peleas y desacuerdos familiares. Además la importancia que tiene resolver los conflictos emocionales que el ser humano arrastra del pasado, para ser una persona sana emocionalmente.

Esta investigación refleja la relación conflictiva madre-hijo como factor precipitante en el trastorno de ansiedad especificada con síntomas limitados en una paciente de 54 años, del Centro de Asistencia Social CAS.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Trastorno de ansiedad especificada con ataques sintomáticos limitados

Rojas (2014), define la ansiedad como “una emoción de alarma que da lugar a una hiperactivación fisiológica, donde todo se vive con miedos y temores y malos presagios” (p. 26). Por lo cual se podría resaltar que la ansiedad es un miedo anticipatorio ante una posible amenaza, en muchas ocasiones inexistente o existente solo en la mente del individuo.

Así mismo, Rojas (2014), muestra cuatro componentes esenciales que provocan una respuesta ansiosa, como son las respuestas físicas, respuestas de conducta, respuestas cognitivas y respuestas asertivas. Dando una gama amplia de signos y síntomas de referencia para generar un diagnóstico.

Es importante mencionar que en diversas ocasiones la ansiedad puede utilizarse para un progreso personal, ya que en ciertas situaciones puede ayudar a la persona a dar lo mejor de sí mismo y a superar cualquier vertiente negativa de la forma de ser; sin embargo, el límite se da cuando sobrepasa los propios recursos para afrontar las situaciones que son percibidas como amenazantes, de tal forma que surge la ansiedad negativa, donde no sólo existe bloqueo, malestar psicológico y físico, sino que estas pueden mezclarse con ideas y pensamientos irracionales que tienen como consecuencia esos sentimientos excesivos de temor.

Halgin y Kauss (2009) refieren “las personas con trastornos de ansiedad están incapacitadas por sentimientos de ansiedad crónicos e intensos; sentimientos tan fuertes que son incapaces de funcionar en forma cotidiana” (p. 163).

En Guatemala, el Instituto Nacional de Estadística (2014), realizó una investigación sobre las atenciones ambulatorias por trastornos de ansiedad a nivel hospitalario del sector privado, indicando una cantidad de 2135 pacientes atendidos, lo cual demuestra una evidente necesidad por tratar estas problemáticas a nivel nacional.

En 2000, Rubio refiere “como resumen de lo ocurrido en los últimos veinte años, puede considerarse que las dos clasificaciones más extendidas (DSM y CIE), han coincidido en la expansión de estos trastornos y en la dicotomización de los trastornos secundarios a la crisis de angustia frente a la ansiedad generalizada” (parr. 40).

Reyes (2001), refiere que existen diversos factores que participan en el origen de los trastornos de ansiedad siendo estos factores biológicos como la predisposición genética; factores psicosociales como problemas de relaciones interpersonales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y cambios apremiantes de vida; factores traumáticos como accidentes graves y factores psicodinámicos como las defensas sin éxito ante una amenaza.

Kessler y Costa citado en Reyes (2001) afirman

Los trastornos de ansiedad ocupan el primer lugar en la prevalencia de las enfermedades mentales con un 17%, y el riesgo de tenerlos en cualquier momento de la vida aumenta a un 25%, siendo más frecuentes en mujeres que en hombres en una proporción de 2:1. Del 5 al 12% de los pacientes atendidos en atención primaria y entre 25 a 40% de los pacientes hospitalizados tienen algún tipo de trastorno de ansiedad (p. 33).

El trastorno de ansiedad especificada con ataques sintomáticos limitados, es una patología caracterizada por la ansiedad, sin embargo por no cumplir los criterios de algún tipo de ansiedad específico, es categorizada en el apartado “Otros trastornos de ansiedad especificados” donde se da a conocer el motivo específico por el que no se considera otra codificación. En este caso los síntomas son limitados y no aparecen en la intensidad descrita en el manual para ser diagnosticado como otro trastorno. Sin embargo si causa un deterioro significativo en el área social y familiar de quien lo padece.

Además la sintomatología considerada que son: dolores de espalda, cefaleas constantes, problemas de insomnio e irritabilidad, se da por episodios, dependiendo de la magnitud y aparición de los factores que aumentan la ansiedad.

Para el correcto tratamiento es importante ofrecer a estos pacientes psicoeducación sobre el trastorno, generalmente los pacientes se benefician cuando se da una explicación de los síntomas y los factores que podrían modificarlos. Además es necesario proveerle al paciente de técnicas de relajación que puedan aplicarse tanto en clínica como en la rutina diaria.

La psicoterapia está enfocada a transformar esas ideas irracionales producidas en el paciente para que eso ayude al cambio de la conducta, por lo cual es necesario la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en resolución de problemas y autoregistros que permitan al paciente detectar los momentos de mayor ansiedad y la forma efectiva de controlarla.

2.2 Relación conflictiva madre-hijo

Cuando se habla de dinámica familiar se refiere al funcionamiento, la relación de los miembros y el rol o guion de vida que cada uno adopta. Cuando esta convivencia comienza a tornarse conflictiva, la relación se vuelve menos amena y agradable; ante esa situación es acá donde pueden desarrollarse ciertas patologías como depresión, ansiedad, trastornos psicossomáticos, entre otros.

Meglas (2003), indica que un 97% de los padres y un 94% de los hijos han considerado la importancia de mantener buenas relaciones familiares, notablemente por encima de otros valores considerados como deseables. Sin embargo, no plantean elementos que verifiquen que estos aspectos cognitivos se lleven a la práctica.

Generalmente la sociedad demanda que dentro de un círculo familiar, las relaciones se den en plena armonía y unidad, esto a causa de la visión que se tiene de familia como base sobre la cual se asientan elementos que propician el equilibrio y desarrollo social e individual; sin embargo, esto no se cumple en un alto porcentaje de la población.

Meglas (2003) afirma

La familia actual plantea una relación entre padres e hijos más cercana de la que nunca ha existido, algo que, esencialmente, se vive como enriquecedor y muy positivo. Sin embargo, por otro lado, existen ciertas contrapartidas que provocan que ese modelo de relación se perciba desde la insatisfacción y confusión de los padres. Es así porque la mayor confianza se establece ligada a una pérdida de autoridad que les resta capacidad para establecer las normas que marquen el comportamiento en el seno de la familia, algo que les sitúa en una situación de cierta debilidad frente a sus hijos (p. 12).

Los vínculos de la relación madre-hijo tienden a deteriorarse sobre todo en la llegada de la pubertad; no sólo por el continuo quebrantamiento de las reglas en el hogar sino por la necesidad de independencia en los adolescentes. Por esto, es que en esa etapa puede desarrollarse una relación conflictiva madre-hijo, donde el hijo quiera imponer las reglas de una forma relajada que permita cumplir con las necesidades interpersonales que la sociedad le demanda; mientras la madre intenta imponer las reglas que rigen el hogar de acuerdo a los principios y valores que tiene como base.

En 2006, Oliva sostiene “La concepción Storm and Stress, que presenta a los adolescentes como indisciplinados, conflictivos y enfrentados a los valores de los adultos, continúa teniendo vigencia en la actualidad entre la población general, como lo demuestran algunos trabajos centrados en el estudio de las ideas y estereotipos sobre la adolescencia” (p. 2).

La sociedad actual demanda a los jóvenes cada vez más libertad, que empieza a tornarse como libertinaje. Esto con la idea de ser independientes y vivir la vida de la forma más permisiva posible, lo cual puede generar confusión en los padres ya que desconocen la carga fisiológica que interviene en ese momento.

Steinberg (2007) citado en Papalia (2009) sostiene “La toma de riesgos parece resultar de la interacción de dos redes cerebrales: 1) una red socioemocional que es sensible a estímulos sociales y emocionales, como la influencia de los pares, y 2) una red de control cognoscitivo que regula las respuestas a los estímulos. La red socioemocional incrementa su actividad en la pubertad, mientras que la red de control cognoscitivo madura de manera más gradual hacia la adultez temprana. Esos hallazgos pueden ayudar a explicar la tendencia de los adolescentes a mostrar arrebatos emocionales y conductas de riesgo y por qué la toma de riesgos suele ocurrir en grupos” (p. 360).

Por lo tanto es comprensible el por qué los adolescentes actúan de formas que pueden ser desgastantes para los padres, como la exposición a riesgos de forma desmedida y descargas emocionales instantáneas. Debido a esto los padres deben prestar especial atención a todo el entorno social del adolescente.

Steinberg (2001) citado en Oliva (2002) indica que de acuerdo a los conflictos familiares, se destacan estudios que muestran que aunque en la adolescencia temprana suelen aparecer dificultades en las relaciones entre padres e hijos, estas permanecen estrechas y afectuosas.

Con esto es notorio que las relaciones conflictivas pueden afectar el funcionamiento familiar de diversas formas, pero difícilmente cambiará todos los lazos emocionales que unifican el sistema, lo cual representa un buen pronóstico para el proceso psicológico, ya que esta unidad sirve de base para el trabajo terapéutico.

Satir (según citado en Valdés, 2007) afirma “Se considera la transacción como elemento clave de análisis. La transacción implica interdependencia, causalidad mutua y recíproca entre las partes del sistema familiar al comunicarse” (p. 35).

La transacción tiene los elementos claves para una convivencia sana entre cada miembro de la familia, la falta de alguno de estos elementos genera de forma directa diversas incomodidades en las madres, lo que ocasiona una serie de síntomas y signos asociados a ansiedad. Cabe resaltar que esta sintomatología varía de acuerdo a los conflictos familiares desarrollados en cierto período de tiempo; teniendo momentos de tranquilidad a causa del buen comportamiento del hijo. Una de las causas principales de esta relación conflictiva, se enfoca en la falta de comunicación por ambas partes y la carencia de asertividad en la comunicación.

Esta problemática puede complicarse si no existe la figura paterna, ya que de acuerdo a observaciones y análisis, es notable que en una familia donde la única figura de autoridad es la madre, existe más posibilidad de libertinaje, que en familias integrales compuestas por ambos padres.

Sánchez (1998), realizó un estudio que tenía como objetivo buscar asociación entre ansiedad y la dinámica familiar alterada, por lo cual luego de realizar una batería de pruebas y clasificarlos por sexo, estado civil, tamaño familiar, subsistema familiar entre otros, obtuvo como resultado indicadores de asociación entre: ansiedad-sexo femenino, tamaño familiar y dinámica familiar alterada. Finalmente las conclusiones fueron que existe correlación entre la dinámica familiar alterada y la ansiedad, además la probabilidad aumenta en pacientes de sexo femenino.

Cuando los roles, jerarquía y funciones familiares no están definidas, la dinámica familiar alterada puede llegar a ser un factor que cause ansiedad. Además en familias monoparentales donde la madre es el sostén de la casa, situación que en la actualidad va en aumento, la probabilidad de padecer esta patología se maximiza.

2.2.1 Relación conflictiva madre-hijo y síntomas psicósomáticos

Rivas (2001) sostiene “El estrés familiar se manifiesta como depresión, ansiedad, enfermedades psicósomáticas, consumo de drogas, accidentes, suicidio, y otras violencias como los síndromes del niño maltratado, de la mujer golpeada y, últimamente, de los padres golpeados” (p. 2).

Una dinámica familiar alterada puede conllevar problemas físicos o emocionales, pero en algunas situaciones estos estados emocionales son reprimidos con la intención de evitar el aumento de conflicto, por lo cual las emociones y sentimientos buscan una salida que generalmente termina siendo una enfermedad física. Por tal razón padecen una gama de signos y síntomas físicos que aumentan o menguan según el estado emocional en que se encuentre la persona.

Rivero, Martínez e Iraurgi (2011) citados en Espinal (2013) realizaron un estudio en España titulado “El papel funcionamiento de la comunicación familiar en los síntomas psicósomáticos” con el objetivo específico de ver el papel de la cohesión, adaptabilidad y satisfacción en la relación de la comunicación de síntomas psicósomáticos. Con lo cual pudieron ver que a menor liderazgo y roles poco específicos hay más síntomas psicósomáticos; además identificaron que estos síntomas físicos fueron menores en familias donde es permitido el intercambio de pensamientos, sentimientos e ideas” (p. 13).

Lo cual dio pauta a la necesidad de verificar el contexto y la forma de convivencia en el entorno familiar, para rectificar que la dolencia sea o no consecuencia de un problema en el sistema nuclear. Con lo cual nace la inquietud de otros profesionales para realizar investigaciones de acuerdo al tema.

En 2013, Espinal realizaron un estudio que pretendía establecer una relación entre las enfermedades psicósomáticas y la dinámica familiar. Para ello se necesitó de 402 pacientes de servicios médicos de las enfermedades psicósomáticas en sus seis dimensiones: cardiológicas, respiratorias, dermatológicas, gastrointestinales, osteomusculares y neurológicas. Los resultados mostraron que la mayor parte de pacientes que son parte de una dinámica familiar disfuncional,

padecen alguna enfermedad psicosomática, mientras quienes tienen una dinámica familiar funcional tienen mucha menor incidencia en enfermedades psicosomáticas.

Lo que nos lleva a pensar el efecto dañino que produce para la salud física la represión de las emociones. Además esta carga emocional aumenta cuando la familia es monoparental y sólo una persona debe lidiar con los límites y disciplina de los hijos.

A continuación se explicarán los síntomas psicosomáticos que se desean resaltar. Martel (1998) refiere “La espalda representa el sostén y el soporte de la vida. Es el lugar que me protege si me siento impotente frente a una persona o una situación (doy la espalda) en caso de necesidad. Si mi peso es excesivo, si carezco de “respaldo” o si no me siento bastante “respaldado” (afectivamente, monetariamente, etc.), mi espalda reaccionará en consecuencia y ciertos dolores (agujetas) pueden manifestarse (p. 210).

Cuando la relación con los hijos está dañada, existen sentimientos de falta de apoyo o un respaldo ante las decisiones que se tomen para el bienestar familiar. Por lo tanto esa carencia que no es exteriorizada por medio de emociones, es reflejada en dolores constantes de espalda que difícilmente son aliviados con algún tipo de medicamento.

Martel (1998) sostiene “La cabeza es mi centro de comunicación, está vinculada a mi individualidad. Frecuentemente se llama el “centro de mando”. Por ella pasan todas mis emociones y todas mis comunicaciones, por vía de mis cinco sentidos. Si vivo dificultades o enfermedades de la cabeza, debo preguntarme si vivo un conflicto referente a mis pensamientos y mi vida espiritual o mi crecimiento personal” (p. 129).

Además al estar en constantes riñas con los hijos, existe cierta rumiación en pensamientos, referente a lo que el padre debería o no hacer, a que forma de corrección podría ser la adecuada y si esa corrección funcionará o no. Finalmente esta problemática familiar puede menguar el crecimiento personal por ocupar la mayor parte del tiempo en atención a los hijos, lo cual puede ocasionar también cefaleas constantes.

2.3 Carencia de límites interpersonales

Los límites se describen como extremos a los que es permitido llegar en la vida cotidiana y que no pueden sobrepasarse. Psicológicamente representa la medida de moderación, que ayuda a mantener equilibrada alguna conducta.

La Escuela de Paz Oriente indica que “poseer inteligencia emocional, valores y criterio adecuado para transmitirlos, reforzar autoestima independencia y fortaleza, son aspectos importantes en todo adulto que tiene la misión de educar y formar a alguna persona, pues en ellos está el fundamento para saber manejar los límites” (parr. 8).

Existen ocasiones donde los seres humanos carecen de límites en el área interpersonal, por lo que se involucran más allá de esos límites; tomando actitudes como preocupación, angustia e ideas irracionales sobre el cuidado de personas cercanas. Esto provoca que tenga la necesidad de proteger a otras personas del entorno descuidando totalmente todo lo relacionado al autocuidado.

En 2009, Gómez indica “Un límite es aquello que permite determinar con claridad dónde empieza una cosa y dónde termina otra. Referido a las personas, el límite es lo que marca claramente lo que uno es y lo que uno no es. En las relaciones interpersonales, esto tiene una importancia fundamental, ya que las fricciones surgen precisamente cuando los límites no están definidos” (p. 1).

Cloud y Townsend (2000), mencionan cuatro tipos de personas con problemas de límites. La primera es la persona complaciente, dicen sí a lo malo; la segunda son los evasores, dicen no a lo bueno; la tercera son los indolentes, sordos a las necesidades ajenas; los cuartos son los controladores, no respetan los límites ajenos.

Entre los elementos importantes para establecer relaciones interpersonales sanas están la comunicación que permitirá ser honestos, aplicar negociaciones, ser empáticos y resolver conflictos; y el autoconocimiento permitiendo ser auténticos, realistas, asertivos y con límites emocionales.

Gómez (2009) establece

Los únicos a quienes podemos poner límites es a nosotros mismos. Ponernos límites significa estar en contacto con lo valioso de nosotros mismos, con lo que nos gusta y con lo que no nos gusta, con lo que queremos y con lo que no queremos, con lo que nos beneficia y con lo que nos perjudica. Cuando tenemos claro esto, la línea que delimita lo que yo soy y lo que no soy estará mucho más definida. Desde ese contacto con nosotros mismos, no estaremos rechazando al otro cuando intente trasgredir nuestros límites, sino que estaremos preservando nuestra integridad. Podremos así detectar las relaciones tóxicas, y nos resultará más fácil poder salir de ellas (p. 1).

También es importante tener ciertas destrezas o habilidades para establecer límites, entre los que se encuentran la adecuación de emociones, el respeto mutuo, la autenticidad, el afecto físico y emocional, la validación y apoyo y sobre todo un sentido de identidad que nos permita no abarcar más de lo que nos corresponde en la vida de otros.

Cloud y Townsend (2000), mencionan que las personas controladoras se preocupan más por otros excediendo los límites interpersonales y descuidándose a sí mismo y lo comparan con una persona cuyo jardín es hermoso a causa del buen cuidado que le da, sin embargo el vecino tiene un jardín descuidado, sucio y con olor desagradable; por lo que el primer vecino se dedica a cuidar el jardín que está descuidado y lo arregla hasta ver que el propio era ahora el descuidado y sucio. Eso pasa con las personas controladoras, están sumergidas en arreglar controlar y arreglarles la vida a otros que descuidan la propia y pueden terminar destruyéndose a sí mismas. Los límites interpersonales, no solo son evidenciados en las relaciones sociales, ya que uno de sus principales focos de atención se da en la familia. Minuchin citado en Pillcorema (2013) afirma “las familias descontroladas son familias en las que uno de sus miembros presenta

síntomas al ejercer el control, los problemas se presentan en uno o varios entre determinados campos: la organización jerárquica de la familia, la puesta en práctica de las funciones ejecutivas dentro del sistema parental y la proximidad entre los miembros de la familia, el tipo de problemas de control varía según el estudio de desarrollo de los miembros de la familia, la comunicación dentro de esta dinámica familiar es caótica y por lo tanto sus límites son difusos” (p. 27).

Minuchin (1982) citado en Pillcorema (2013) afirma

La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento. Algunas familias se vuelcan hacia sí mismas para desarrollar su propio microcosmos, con un incremento consecuente de comunicación y de preocupación entre los miembros de la familia. La diferenciación del sistema familiar se hace difusa. Otras familias se desarrollan con límites muy rígidos. La comunicación entre los subsistemas es difícil. Estos dos extremos de funcionamiento de límites son designados como aglutinamiento y desligamiento (p. 38).

El invadir el espacio personal de otros miembros de la familia puede traer como consecuencia una serie de síntomas ansiosos, que incrementará la lucha continua por la autonomía de los demás miembros que se ven amenazados por la conducta de esta persona.

2.4 Duelos no resueltos

“El duelo es una reacción de pérdida de un ser amado o una abstracción equivalente. El término “duelo” viene del latín *dolus* (dolor) y es la respuesta emotiva natural a la pérdida de alguien o de algo. Se manifiesta en el proceso de reacciones personales que siguen a una separación o a cualquier tipo de pérdida” (Díaz, 2012, p. 13).

Worden (2004) sostiene “La gente busca asistencia sanitaria tanto física como mental y no necesariamente sabe que detrás de su estado quizás hay un duelo subyacente. Muchas enfermedades psiquiátricas son la expresión de un duelo patológico, dichas enfermedades

incluyen en muchos casos estados de ansiedad, depresión, histeria e incluso más de un tipo de trastorno de personalidad” (p. 4).

Posterior a la pérdida pueden aparecer síntomas de ansiedad, como: dificultad para concentrarse, irritabilidad, alteraciones del sueño, impaciencia, fatigabilidad, tensión muscular y sensación de tener la mente en blanco. Estos síntomas varían de acuerdo al grado de cercanía que se tiene con la persona fallecida, acá nos centraremos en dos: la pérdida de los padres y la pérdida de la pareja.

García (2012) afirma

La pérdida de un padre o de la persona que funja el rol de progenitor, representa un duelo complejo, sobre todo en la infancia y adolescencia. Cuando esto se produce, el niño u adolescente fracasa a la hora de elaborar el duelo satisfactoriamente, se presentan síntomas de ansiedad, depresión o de incapacidad para establecer relaciones íntimas durante la vida adulta (p. 75).

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, una pérdida durante la niñez o adolescencia de figuras de autoridad alcanzan las secuelas hasta la vida adulta, por los síntomas ansiosos presentes continuamente y por la dificultad para establecer relaciones significativas a causa del miedo que genera el pensar no solo que pueda ocurrirle lo mismo a sus hijos, sino que ahora pueda ocurrirle otra pérdida significativa a la persona, la pérdida de la pareja.

En 2012, García comenta “La pérdida de la pareja representa un duelo en el que se incluyen muchas pérdidas; un cónyuge o un compañero estable no es sólo un marido o una mujer legal ante la sociedad, sino un confidente, un amigo, un apoyo emocional y económico. En las relaciones de pareja, el otro es una figura fundamental que contribuye a la construcción del propio sentido de identidad y al bienestar personal. Por tanto, con la muerte del cónyuge, muere parte de un sistema de vida, no sólo externo sino también interno” (p. 70).

Tizón y Sforza (2008) citado en García (2012) indica que el duelo golpea la vida afectiva de la persona y el mundo de las relaciones. Antes se podía pensar en términos de nosotros; ahora la persona que se ha quedado sola debe comenzar a pensar en términos de yo.

Tizón (2004) citado por García (2012), sostiene “La relación entre los procesos de duelo y psicopatología es estrecha. Sus interacciones y retroacciones corren, al menos por una doble vía. Por un lado, los duelos acumulados y/o insuficientemente elaborados (a un nivel más conductual, los acontecimientos vitales estresantes) favorecen el desequilibrio mental, la psicopatología. Por otro, los trastornos psicopatológicos establecidos suelen suponer dificultades, a menudo específicas, en la elaboración del trabajo del duelo” (p. 50).

Díaz, Losantos y Pastor manifiestan “La vivencia del duelo está muy ligada a lo corporal. La crisis vital que implica el duelo lo convierte en un proceso de larga duración, sometiendo al cuerpo a un estrés continuado y, por lo tanto, teniendo un reflejo a nivel físico. Las siguientes son algunas de las sensaciones físicas más habituales en el proceso de duelo: vacío en el estómago, opresión en el pecho, sensación de despersonalización, debilidad muscular; falta de energía, diversas quejas somáticas, etc.” (p. 91).

Toda la sintomatología anteriormente descrita, puede aumentar si no se busca ayuda para la superación del duelo. Además estas sensaciones físicas pueden ser consecuencia de la dificultad para expresar las diversas emociones por las que se está atravesando, por lo tanto se exteriorizan por medio de estados físicos.

Finalmente podemos visualizar que los duelos no resueltos o no elaborados, a lo largo de la vida del individuo, pueden conllevar dificultades en cualquier contexto que se desarrolle, además de patologías que de no ser tratadas, pudiese agrandar ese círculo que no se ha cerrado de forma adecuada.

2.5 Escasa autoestima

Maslow citado en Valencia (2006) refiere

“La autoestima se refiere a la necesidad de respeto y confianza en sí mismo. La necesidad de la autoestima es básica, todos tenemos el deseo de ser aceptados y valorados por los demás. Satisfacer esta necesidad de autoestima hace que las personas se vuelvan más seguras de sí mismas. El no poder tener reconocimiento por los propios logros, puede llevar a sentirse inferior o un fracasado” (parr. 3).

De acuerdo a lo anteriormente mencionado, Martínez (2010), menciona que la autoestima se basa en tres componentes, el cognitivo que abarca el autoconcepto personal, ideas, creencias y opinión sobre sí mismo; el afectivo que hace un juicio sobre el valor de las cualidades personales y la respuesta afectiva a la percepción de uno mismo; la conductual que posterior a darse un valor se plasma en la decisión en intención de actuar.

Bonet (1997) citado en Martínez (2010), indica que la autoestima engloba seis elementos denominados las seis “A” que son: aprecio, aceptación, afecto, autoconsciencia, atención y apertura. El psicólogo Williams James (1842-1910) fue el primer investigador que analizó el fenómeno de la autoestima, pretendiendo “entenderse a sí mismo”. También es importante mencionar que la carencia de estos elementos podrían tener como consecuencia una autoestima baja, donde el amor por sí mismo mengua y por ende todas las demás conductas que conlleva el autocuidado.

En 2004, Canto y Castro compararon la depresión, autoestima y ansiedad obteniendo como resultado que a mayor nivel de autoestima, menor es la depresión; a mayor nivel de ansiedad, hay más probabilidad de depresión y principalmente que a menor autoestima, es mayor el nivel de ansiedad.

Por lo tanto la baja autoestima puede aumentar los niveles de ansiedad notablemente. Entre las causas se puede encontrar el no creerse capaz para afrontar una situación o no sentirse merecedor de la atención recibida, lo que produce irritabilidad, agresividad, dificultades para conciliar el sueño, entre otros.

En 2011, Mejía y Pastrana sostienen “En la baja autoestima, las necesidades del sujeto tanto físicas como emocionales no han sido satisfechas en forma adecuada, es decir, sus “Dimensiones del Desarrollo” físicas, afecto-emocional-social, intelectual ó cognitivas han quedado insatisfechas. Ni las características intrínsecas ni las extrínsecas han estimulado un adecuado valor para tu propio desarrollo como persona y no ha aprendido a valorarse, por lo que se sentirá inadecuado, inadaptado, incapaz, inseguro, indefenso y sin valor” (p. 4).

Además Martínez (2008), establece que la autoestima cuando es baja o existe una carencia de alta autoestima, se resiente la salud, por la falta de confianza existente en sí mismo disminuye para abordar retos de la vida. De igual forma el hecho de no ver el valor propio que cada individuo tiene, trae como consecuencia olvidarse de la salud física y emocional propia, para brindar ayuda incesante a quien lo necesite y por consiguiente padecer diferentes problemas como enfermedades físicas y mentales. Esto genera un desgaste en cada una de las áreas de la vida del paciente, que no puede ser reducido hasta que la persona acepte que tiene un problema, que desea un cambio y que está dispuesta a hacer lo que esté en sus manos para conseguirlo.

En 2011, Mejía y Pastrana afirman “Tener una autoestima positiva favorece el sentido de la propia identidad, constituye su marco de referencia, desde el cual interpreta la realidad externa y las propias experiencias, influye en su rendimiento personal, aumenta sus expectativas, su motivación, contribuyendo así a su salud y equilibrio psíquico” (p. 4).

De tal forma que el abordaje de la autoestima permitirá ser consciente de la realidad y aunque no sea la ideal, permitirá aceptarla. Así mismo, con un nivel de autoestima alto, se estará en condiciones de realizar cambios para mejorar las áreas familiar, laboral e interpersonal del individuo.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

Una problemática que aqueja al ser humano actualmente es la ansiedad, que surge como un mecanismo de respuesta anticipatoria ante alguna amenaza, implicando específicamente aspectos cognitivos, fisiológicos y conductuales del individuo. Desde una perspectiva global, alrededor del 19% de la población mundial padece algún trastorno de ansiedad (National Comorbidity Survey-R, 2005); esto permite deducir que una de cada cuatro personas tiene o tuvo éste trastorno. Además el género más afectado es el femenino, mostrando que por cada hombre con este trastorno existen dos mujeres diagnosticadas. Existen elementos individuales de la persona y especialmente aspectos interpersonales que detonan la ansiedad, pudiendo ser estos los principales causales de este trastorno.

Otro problema latente, es la relación directa existente entre ansiedad y dinámica familiar alterada. La familia depende de factores como los sentimientos de cada individuo sobre sí mismo, el medio que utilizan para transmitir ideas a los demás, las reglas que rigen la vida familiar y el enlace con la sociedad. (Satir, 1988). Cuando alguno de estos elementos sufre alguna alteración, los miembros de la familia pueden responder con síntomas ansiosos, que de no ser tratados de forma correcta podrían desembocar en un trastorno de ansiedad.

3.1.1 Problemática del caso de estudio

Dentro de los pacientes referidos por el Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana, a quienes se les brindó apoyo psicológico correspondiente al marco del proceso terapéutico, se seleccionó al sujeto de estudio, quien es una mujer de 54 años, que inicialmente presentó signos y síntomas como cefaleas, dolor de espalda, preocupación, dificultad para conciliar el sueño y desconfianza.

A nivel cognitivo, los pensamientos constantes se manifestaban como ideaciones catastróficas anticipatorias como temor a que sus hijos sufrieran algún altercado o que alguno falleciera, miedo a que su hijo menor pudiera integrar grupos delictivos o adquiriera alguna adicción. Estas ideas irracionales se convertían en conductas desgastantes para la paciente, como el constante monitoreo de sus hijos, en especial el menor de ellos.

Al inicio del proceso de evaluación psicológica, se inició con la recolección de información por medio de entrevista, seguido de la evaluación por medio de pruebas, se determinó que el factor precipitante de la ansiedad era la relación conflictiva madre-hijo, donde era evidente la falta de jerarquía, comunicación y límites dentro del hogar, generando en la paciente la sintomatología anteriormente descrita, además de desatención hacía sí misma.

Razón por la cual se hizo necesario realizar un estudio de la relación conflictiva madre-hijo, como factor precipitante en el desarrollo del trastorno de ansiedad especificada con ataques sintomáticos limitados, cómo una contribución a la investigación psicológica.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cómo influyó la relación conflictiva madre-hijo, en el desarrollo del trastorno de ansiedad especificada con ataques sintomáticos limitados, en una paciente de 54 años del Centro de Asistencia Social (CAS)?

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo General

Determinar la incidencia de la relación conflictiva madre-hijo, en el desarrollo del trastorno de ansiedad especificada con ataques sintomáticos limitados, en una paciente de 54 años del Centro de Asistencia Social (CAS).

3.3.2 Objetivos Específicos

- Establecer cómo la relación conflictiva madre-hijo contribuyó al desarrollo del trastorno en el caso de estudio.
- Identificar cómo la carencia de límites interpersonales afectó a la paciente de estudio.
- Analizar cómo los duelos no resueltos impactaron en la paciente del caso de estudio.
- Determinar cómo la escasa autoestima incidió en el caso de estudio.

3.4 Alcances y límites

3.4.1 Alcances

En los alcances obtenidos en el caso de estudio de la Práctica Profesional Dirigida, se encuentran la reducción de niveles de ansiedad, mejoramiento en la comunicación entre la paciente y el hijo menor y el establecimiento de límites interpersonales, luego de completar el proceso terapéutico con más de veinte sesiones de psicoterapia, cuya forma de trabajo se basó en la escuela cognitivo conductual; sin embargo para una mayor efectividad del proceso se utilizaron técnicas de la terapia gestalt y del análisis transaccional. Estos elementos favorecieron los cambios positivos en la paciente que abarcan tanto aspectos personales, como aumento de la valía personal y familiares como habilidades de afrontamiento y utilización de la asertividad.

De igual forma se pusieron en práctica ejercicios que propiciaron refuerzos positivos en la toma de decisiones y solución de problemas en la paciente, dejando evidencia de la funcionalidad de las técnicas psicológicas.

3.4.2 Límites

Entre los límites que se observaron es importante mencionar el tiempo que representaba para la paciente llegar al Centro de Asistencia Social, por lo que en algunas ocasiones se retrasó en la llegada, lo cual traía como consecuencia el optimizar el tiempo para lograr cumplir los objetivos propuestos en cada sesión.

Así mismo, la paciente se ausentaba en ocasiones a causa del empleo que ejercía, indicando haber faltado a la sesión por cansancio.

3.4.3 Temporalidad

La ejecución del proceso psicoterapéutico se llevó a cabo durante ocho meses consecutivos, dicho proceso se conformó de 29 sesiones; cada sesión con una durabilidad de 50 minutos, una vez a la semana. En dos sesiones se contó con la presencia de los hijos.

3.5 Método

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

La investigación cualitativa se basó en el estudio de caso, en el cual la paciente de 54 años de edad quién se identificó con las siglas R.M., fue asignada por el Centro de Asistencia Social, refiriendo preocupación por conductas del hijo menor, presentando signos y síntomas de ansiedad que producían deterioro en las áreas laboral, familiar y social.

El proceso terapéutico se desarrolló en tres fases: inicialmente la recopilación de la información de la paciente, del entorno, la problemática, factores precipitantes y demás información que pudiese ser útil para la formulación del diagnóstico. La segunda fase fue la de aplicación de una batería de pruebas para descartar o validar los posibles diagnósticos, una vez obtenido el diagnóstico principal se procedió a la fase final, que fue la ejecución del plan terapéutico personalizado de acuerdo a las necesidades específicas de la paciente.

La batería de pruebas proyectivas constaba de: test de la figura humana, test de la persona bajo la lluvia, test del árbol y test de la familia, donde se visualizó factores estresantes del contexto de la paciente.

Las pruebas psicométricas utilizadas fueron: test de personalidad CAQ, escala de depresión de Hamilton y escala de ansiedad de Hamilton, donde se observó tendencia a la ansiedad, sentimientos de intranquilidad y culpabilidad, desconfianza en las demás personas, síntomas depresivos ligeros y un cuadro de ansiedad de moderada severidad. La ejecución del plan terapéutico con la paciente, se realizó por medio de técnicas cognitivo conductuales, acompañadas de técnicas gestálticas y análisis transaccional. Además se utilizó la biblioterapia como recurso de técnicas alternativas.

Entre las técnicas cognitivas y conductuales específicas para el manejo de ansiedad, se aplicó el entrenamiento de habilidades para afrontar situaciones, reestructuración cognitiva, técnicas de solución de problemas y representación de papeles.

Adicional a las técnicas cognitivas conductuales, se utilizaron para reducir los niveles de ansiedad técnicas de relajación, ejercicios de mándalas y la silla vacía como técnica gestáltica. Para el establecimiento de límites se realizó una carta como ejercicio para “soltar” a las personas que estaban estancando su avance. En cuanto a la relación conflictiva del hijo se utilizó el análisis transaccional, específicamente con el triángulo de Karpman que permite adoptar nuevos guiones de vida. Finalmente para la valía personal se realizaron ejercicios de auto observación con el objetivo de empoderar a la paciente. Se realizaron las recomendaciones correspondientes a R.M. y se abordó con los hijos el rol activo y apoyo que debían tener en el proceso terapéutico de la paciente.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización del estudio de caso

I. Datos generales

Nombre:	R.M.
Sexo:	Femenino
Fecha de nacimiento:	26 de septiembre del 1961
Edad:	54 años
Estado Civil:	Viuda
Escolaridad:	Tercero primaria
Profesión:	Manicurista y pedicurista
Lugar de trabajo:	A domicilio
Religión:	Evangélica
Dirección:	Boca del monte
Fecha de inicio del proceso terapéutico:	16 de marzo del 2016

II. Motivo de consulta

La usuaria refirió:

“Mi hijo pequeño es berrinchudo, rebelde, no hace caso, entra a la hora que quiere y me tiene cansada esa situación”. (sic)

él desobedecía a menudo las reglas impuestas en casa; no limpiaba el cuarto, no ayudaba en las obligaciones del hogar, no aportaba económicamente pero abusaba de los recursos, no respetaba horarios impuestos por la madre y tenía un bajo rendimiento académico, por cumplir con actividades sociales. Todo esto provocó que la usuaria manifestara síntomas de ansiedad, tales como dificultades para conciliar el sueño y haya sentido tristeza e irritabilidad.

Además R.M. cuando veía que los hijos no habían llegado a la hora que le habían indicado, comenzaba a sentirse preocupada y a llamarlos para averiguar si estaban bien; ella consideraba que esto inició a causa de la muerte del esposo, quien había fallecido aproximadamente 12 años antes.

El esposo era alcohólico y en ocasiones no regresaba a casa por semanas e incluso meses; razón por la que ella no lo buscó luego de verlo ebrio por última vez, 40 días después, ella se enteró que el esposo había fallecido y que justo estaban realizando una ceremonia por conmemoración a la muerte, situación que causó molestia en ella porque nadie le avisó del suceso. Ambas situaciones provocaron que la usuaria en ocasiones no tuviera el deseo de ir a laborar.

IV. Historia clínica

La usuaria refirió que el embarazo de la madre no fue deseado ni planificado. Además el padre biológico no se responsabilizó de ella y la abandonó, razón por la que R.M. tenía únicamente el apellido de la madre.

Indicó que la madre murió cuando ella era un bebé, por motivos que desconocía, por lo cual ella quedó a cargo de una tía, que pocos años después falleció a causa de cáncer. Debido a esto, quedó a cargo de una familia con la cual no existía vínculo sanguíneo.

R.M. no recordó el nombre de la institución donde estudió, pero indicó que hasta los 18 años de edad tuvo la oportunidad de estudiar primero, segundo y tercero primaria, cursando solamente esos tres grados. Además refirió que el no haber tenido la oportunidad de estudiar menguó las oportunidades laborales.

La usuaria refirió dificultad para entablar conversaciones y confiar en otras personas. Indicó tener pocas amistades, porque había sido muy selectiva, también acudía a actividades sociales que tuviesen relación con la iglesia a la que asistía, de lo contrario escasas veces salía por motivos de recreación.

En la adolescencia sufrió de discriminación por parte de las señoritas de la casa donde ella vivía a causa del fallecimiento de la progenitora y la cuidadora primaria. Razón por la que a los 14 años, decidió salir de la casa de la familia que la albergaba, iniciando a laborar para no depender de otras personas.

Además, inició su vida laboral como ayudante de cocina en una prestigiosa institución, lugar donde laboró por 18 años. Posteriormente trabajó en casas como empleada doméstica, luego se dedicó por un tiempo a trabajar en un salón donde aprendió a hacer manicura y pedicura, actividad con la que sostenía a la familia.

Ella mencionó que en momentos de recreación familiar veían películas, leían la Biblia y asistían a la iglesia.

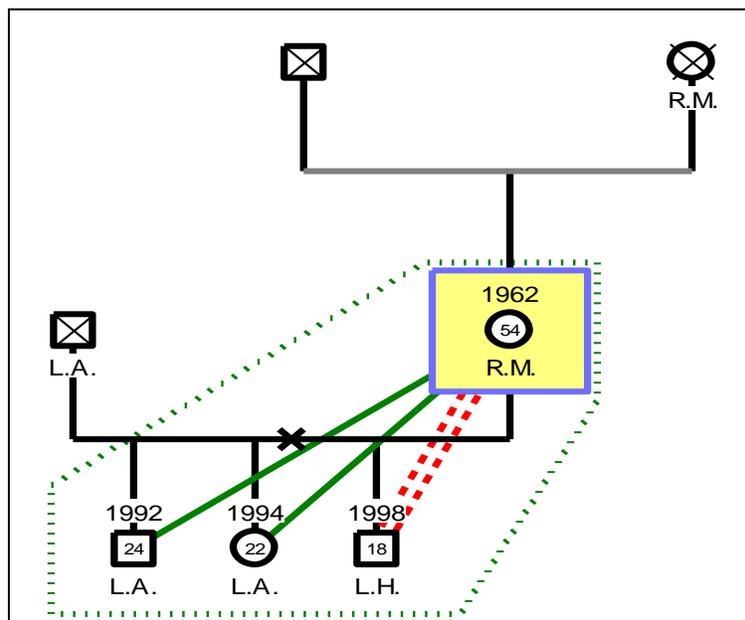
La usuaria expresó que tuvo un único novio que se convirtió en su esposo y falleció hace aproximadamente 12 años, a causa del alcoholismo crónico que padecía. Situación que refirió la usuaria como perturbadora, porque como se mencionó anteriormente ella se enteró 40 días después de la muerte.

Frecuentemente tenía dolor de espalda, cefaleas constantes y temblor en el parpado inferior a causa del estrés vivido en el círculo familiar, especialmente el producido por la problemática con el hijo menor.

Finalmente refirió no tener ningún antecedente familiar relacionado con problemas mentales por no conocer a ningún familiar biológico.

V. Historia familiar

Imagen 2
Genograma



Fuente: Elaboración propia, abril, 2016.

Estructura familiar

El núcleo familiar estaba integrado por R.M. de 54 años, el hijo mayor de 24 años, la hija de 22 años y el hijo menor de 18. La usuaria indicó no tener discusiones con los hijos mayores, porque ellos eran responsables en las obligaciones del hogar, trabajaban, estudiaban y respetaban las normas impuestas por ella dentro del hogar; sin embargo, con el hijo menor refirió tener

frecuentes problemas a causa de la irresponsabilidad en los estudios, trabajo, obligaciones del hogar y horarios.

Tenía una posición social de clase media baja. La usuaria y los dos hijos mayores aportaban económicamente al hogar, el hijo menor en ocasiones aportó para cubrir los gastos tanto de alimentación como de servicios básicos.

Antecedentes familiares

La usuaria indicó no tener información acerca de su familia, ya que el padre biológico nunca se hizo cargo de ella y la madre biológica falleció cuando ella era un bebé. Posteriormente quedó a cargo de una tía, la cual murió a los pocos años a causa de cáncer y quedó nuevamente a cargo de una familia que no tenía ningún vínculo sanguíneo con ella por lo que no sabía dato alguno sobre la madre u otros familiares.

VI. Examen del estado mental

Usuaria de complexión física ectomórfica, tez morena, cabello largo, rizado y de color negro. Atuendo convencional. Fue amable, reservada, temerosa y preocupada. Mantuvo una postura relajada y no sostuvo el contacto visual. Saludó de forma neutral. De igual forma relató su malestar de manera inconstante.

Orientada en tiempo, espacio, persona y situación. El nivel de conciencia alerta y lúcida. El proceso de pensamiento circunstancial y perseverativo; el contenido del pensamiento fue sobre preocupaciones.

Lenguaje disminuido y vago con timbre de voz grave, volumen de voz bajo y ritmo lento. Memoria remota, reciente e inmediata en buenas condiciones. Facilidad para el buen razonamiento y juicio práctico. La usuaria no realizó movimientos repetitivos, excesivos o involuntarios.

Comprendía los problemas psicológicos que le aquejaban, además de indicar síntomas y signos como dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, dolores de espalda, preocupación, miedo y cefaleas. Indicó factores que estaban afectando directamente el estado emocional que prevalecía. En cuanto al estado de ánimo y afecto, los gestos y expresiones faciales, así como el lenguaje verbal denotaron estados de ansiedad, miedo y tristeza que concordó con lo que se discutió. Se condujo con propiedad.

VII. Resultados de las pruebas

Cuadro No. 1
Pruebas e instrumentos aplicados

PRUEBAS E INSTRUMENTOS APLICADOS	FECHA DE APLICACIÓN
Test del árbol (Koch, Karl)	06/04/2016
Escala de ansiedad de Hamilton	27/04/2016
Escala de depresión de Hamilton	04/05/2016
Test de la figura humana (Machover, Karen)	22/06/2016
Test de la persona bajo la lluvia (Querol, Silvia)	29/06/2016
Test de la familia (Corman, Louis)	26/06/2016
Test de personalidad CAQ	13/07/2016

Fuente: Elaboración propia, agosto, 2016.

Resultados cualitativos

Test del árbol

La usuaria proyectó inseguridad, incertidumbre, falta de apoyo o estabilidad, sentimientos de debilidad, dificultad en el contacto y conflictos con el ambiente. Se pudo evidenciar impulsividad, irritabilidad y nerviosismo. Además mostró ser reservada, orgullosa e inmersa en actividades espirituales.

Test de la figura humana

La usuaria proyectó sentimientos de inadecuación e inferioridad, actitud de ataque, introversión, evasión de las relaciones interpersonales para vivirlas en forma conflictiva y encerramiento frente al mundo por concentrarse en su propia realidad interna. Sentía que estaba realizando esfuerzos en la vida y a veces que la meta era inalcanzable. Los instintos morales estaban ejerciendo fuerte dominio, deseo de contacto de relaciones, inestabilidad y miedo a la realidad.

Test de la persona bajo la lluvia

La usuaria proyectó un criterio ajustado a la realidad, control de sí misma, tendencia a la reflexión, equilibrio entre tendencias de introversión y extroversión y una posible buena representación de su esquema corporal. Mostró estar dispuesta a enfrentar al mundo a pesar de considerarlo hostil, sentía falta de defensas, preocupación por críticas y opiniones de otros. Finalmente se sentía con posibilidades de defenderse frente a las presiones ambientales, proyectó ser adaptada, colaboradora, constante y armoniosa.

Test de la familia

La usuaria proyectó sentimientos de inferioridad, inseguridad, timidez o depresión. Percibía el ambiente como amenazante y se inhibía ante él. Se desvalorizaba a sí misma, presentaba signos de ansiedad y problemas emocionales. Mostró falta de jerarquía familiar, no querer oír las cosas del exterior, tener sentimientos de impulsividad y dificultad para conectarse con el mundo.

Test de personalidad CAQ

La usuaria tenía pensamientos de insatisfacción de la vida, evitaba situaciones con riesgos. Generalmente se encontraba tensa, ansiosa y con dificultades en el sueño. Se sentía preocupada, con sentimientos de intranquilidad y de culpabilidad. Evitaba contactos interpersonales de personas que no eran de su agrado, desconfianza en las demás personas. Sensata, no se implicó en algo ilegal ni en situaciones donde tuviera que romper normas. Tímida, perdiendo su aplomo y con sentimientos de inferioridad.

Resultados cuantitativos

Escala de ansiedad de Hamilton

El puntaje cuantitativo de la prueba fue de 24 puntos lo que indicó un cuadro de ansiedad de moderada severidad, lo cual sirvió como sustento para el diagnóstico.

Escala de depresión de Hamilton

El puntaje cuantitativo de la prueba fue de 8 puntos que indicó que la usuaria tenía síntomas depresivos ligeros, posiblemente ligados a un estado de tristeza poco frecuente.

VIII. Impresión diagnóstica

La usuaria expresó como problemática principal el conflicto con su hijo menor a causa de diferencias que habían tenido por el incumplimiento de las normas impuestas en el hogar. Esto había causado un estado de ansiedad alto que se confirmó con las pruebas psicométricas.

Además otra causa de ansiedad se daba cuando los hijos se retrasaban por lo que ella empezaba a llamarlos ya que sentía que no iban a regresar; esto fue causado por la muerte repentina del esposo. Sin embargo, no cumplía los criterios para un Trastorno de Ansiedad por Separación por lo cual se descartó. De igual forma se descartó Trastorno de Ansiedad Generalizada por no cumplir los criterios requeridos para su diagnóstico.

De acuerdo a la observación, entrevista clínica y pruebas psicométricas se llegó al diagnóstico de Otro trastorno de ansiedad especificado con ataques sintomáticos limitados, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-5, en su apartado “Trastornos de Ansiedad. Este diagnóstico se dio comórbido con Problemas de relación padres e hijos, contenido en su apartado “Otros problemas que pueden ser de objeto de atención clínica”, porque la relación madre-hijo afectó el curso, pronóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad.

IX. Evaluación según DSM-5

Otro trastorno de ansiedad especificado con ataques sintomáticos limitados 300.09 (F41.8)

Problemas de relación entre padres e hijos V61.20 (Z62.820)

X. Recomendaciones terapéuticas para el caso

- Iniciar un proceso terapéutico donde se puedan reducir los niveles de ansiedad y eliminar las ideas que lo causan.
- Promover la comunicación asertiva entre los miembros de la familia como base para una dinámica familiar saludable.

4.2 Análisis de resultados del estudio de caso

Trastorno de ansiedad y relación conflictiva madre-hijo

Sánchez (1998), realizó un estudio que tenía como objetivo buscar asociación entre ansiedad y la dinámica familiar alterada, por lo cual luego de realizar una batería de pruebas y clasificarlos por sexo, estado civil, tamaño familiar, subsistema familiar entre otros obtuvo como resultado indicadores de asociación entre de ansiedad-sexo femenino, tamaño familiar y dinámica familiar alterada. Finalmente las conclusiones fueron que existe correlación entre la dinámica familiar alterada y la ansiedad, además la probabilidad aumenta en pacientes de sexo femenino.

En la investigación realizada del caso de estudio sobre la relación conflictiva madre-hijo y el trastorno de ansiedad, se pudo comprobar la influencia directa que tiene esta relación siendo el factor que precipitó el trastorno de ansiedad especificada con ataques sintomáticos limitados. Desde el motivo de consulta fue evidente cómo la relación familiar con el hijo menor, que en ese momento se tornaba problemática, ya que su comportamiento era irrespetuoso y rebelde, lo cual afectaba el curso y pronóstico de la ansiedad. Tal situación estaba deteriorando la armonía familiar con los demás hijos, además el área social, laboral e interpersonal también se vieron afectadas de manera directa.

La usuaria presentaba síntomas y signos como preocupación, temor, miedo, pensamientos negativos, dolores de cabeza, dificultad para conciliar el sueño e irritabilidad. Toda esta sintomatología era característica del trastorno de ansiedad, sin embargo no cumplía los criterios para algún trastorno específico de esa categoría por lo tanto se asignó el diagnóstico de trastorno de ansiedad especificada con ataques sintomáticos limitados.

Síntomas psicósomáticos como consecuencia de la relación conflictiva madre-hijo

Rivas (2001) sostiene “El estrés familiar se manifiesta como depresión, ansiedad, enfermedades psicósomáticas, consumo de drogas, accidentes, suicidio, y otras violencias como los síndromes del niño maltratado, de la mujer golpeada y, últimamente, de los padres golpeados” (p. 2).

En 2013, Espinal realizó un estudio que pretendía establecer una relación entre las enfermedades psicósomáticas y la dinámica familiar. Para ello se necesitó de 402 pacientes de servicios médicos de las enfermedades psicósomáticas en sus seis dimensiones: cardiológicas, respiratorias, dermatológicas, gastrointestinales, osteomusculares y neurológicas. Los resultados mostraron que la mayor parte de pacientes que son parte de una dinámica familiar disfuncional, padecen alguna enfermedad psicósomática, mientras quienes tienen una dinámica familiar funcional tienen mucha menor incidencia en enfermedades psicósomáticas.

Es importante mencionar que los estados emocionales que no son expresados por evitar acrecentar el problema, por miedo o por no identificar la emoción en sí, buscará una forma de expresión de forma física, esto desemboca en síntomas somáticos que en ocasiones al acudir al médico no son solventadas, allí está la importancia de resolverlas desde el área psicológica.

R.M. presentó síntomas y signos físicos como dolor de espalda, cefaleas, dolores musculares, temblor de parpado inferior, desencadenadas por la falta de estrategias para solventar la problemática con el hijo menor. Esta sintomatología menguaba cuando había mejoras en la conducta del hijo e inició a disminuir de forma constante al iniciar la ejecución de plan terapéutico.

Repercusiones de la carencia de límites interpersonales

Minuchin citado en Pillcorema (2013) afirma “las familias descontroladas son familias en las que uno de sus miembros presenta síntomas al ejercer el control, los problemas se presentan entre determinados campos: la organización jerárquica de la familia, la puesta en práctica de las funciones ejecutivas dentro del sistema parental y la proximidad entre los miembros de la familia, el tipo de problemas de control varía según el estudio de desarrollo de los miembros de la familia, la comunicación dentro de esta dinámica familiar es caótica y por lo tanto sus límites son difusos” (p. 27).

La falta de límites que presentaba R.M., tenía como consecuencia querer abarcar áreas en la vida del hijo menor que ya no le correspondían, porque él ya tenía 18 años de edad. Por lo que ella cumplía con las obligaciones que el hijo no hacía por irresponsabilidad, como lavarle la ropa, ordenar el cuarto y aportar la cuota que el hijo debía dar como apoyo para la compra de los recursos del hogar. Además intentaba tener el control de todo lo que les sucedía a los hijos, lo cual creaba un desgaste físico, emocional y mental en la usuaria, que traía como consecuencia la ansiedad latente.

Impacto de duelos no resueltos

García (2012) afirma;

La pérdida de un padre o de la persona que funja el rol de progenitor, representa un duelo complejo, sobre todo en la infancia y adolescencia. Cuando esto se produce, el niño u adolescente fracasa a la hora de elaborar el duelo satisfactoriamente, se presentan síntomas de ansiedad, depresión o de incapacidad para establecer relaciones íntimas durante la vida adulta (p. 75).

El abandono del padre antes del nacimiento, muerte de la madre en los primeros años de vida, muerte de la tía quien fungía como cuidadora en la niñez y muerte del esposo en la edad adulta, trajo como consecuencia síntomas de ansiedad relacionados al sentimiento de abandono por las constantes pérdidas que ha tenido en su vida.

Ese sentimiento estaba siendo proyectado hacia los hijos de R.M., ya que ella sentía que algo podía sucederles en el transcurso de regreso del trabajo a casa, por lo que los llamaba constantemente para ver si estaban bien y seguir teniendo ella el control de todo presentando sintomatología de ansiedad como dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, miedo, entre otros.

Escasa autoestima

En 2004, Canto y Castro compararon la depresión, autoestima y ansiedad obteniendo como resultado que a mayor nivel de autoestima, menor es la depresión; a mayor nivel de ansiedad, hay más probabilidad de depresión y principalmente que a menor autoestima, es mayor el nivel de ansiedad.

La escasa autoestima se pudo evidenciar en el caso de estudio debido al continuo cuidado y protección de sus hijos, especialmente al menor, terminaba descuidándose a sí misma. Sufría un desgaste físico por hacer las tareas que el hijo no hacía, los estados emocionales predominantes eran negativos como frustración, desesperanza e irritabilidad.

De igual forma, dejaba de comprar cosas de autocuidado por cubrir los gastos del hijo, los meses que él no aportaba ingresos a la casa. Además se sentía insegura de sí misma, lo cual menguaba las relaciones interpersonales y las actividades de recreación. Por lo tanto, fue necesario reforzar la autoestima, para que la usuaria llevara una vida plena y pudiera estar decidida a efectuar los cambios necesarios para mejorar de forma integral.

Conclusiones

La relación conflictiva madre-hijo influyó de manera directa en el desarrollo del trastorno de ansiedad con ataques sintomáticos limitados, siendo esta dinámica familiar alterada, el factor precipitante del trastorno ya que al mejorar la convivencia familiar, la ansiedad disminuyó notablemente.

La problemática familiar trajo como consecuencia, una serie de emociones que fueron difíciles de expresar e identificar, por lo cual esa carga fue externalizada por medio de somatizaciones como dolores de espalda y cefaleas, cuando la problemática menguaba las dolencias físicas disminuían.

La paciente de estudio fue afectada por la carencia de límites interpersonales, porque al querer involucrarse y hacer obligaciones que eran correspondientes al hijo menor, así como querer mantener el control de lo sucedido con los hijos, se descuidaba a sí misma, sufría un desgaste físico, emocional y mental y desplegaba una serie de síntomas y signos de ansiedad.

Se concluye que los duelos no resueltos impactaron notablemente en la vida de la paciente, causando angustia y preocupación por los hijos, afectando la relación familiar y contribuyendo al aumento de la ansiedad.

La escasa autoestima de la paciente incidió en la prevalencia del trastorno de ansiedad, ya que la inseguridad y falta de valía personal contribuían a que ella no notara el daño que se hacía a sí misma y menguaban la posibilidad de tomar decisiones que favorecieran a los hijos y a ella equitativamente.

Recomendaciones

Es importante que los miembros de la familia utilicen como vía principal para la resolución de conflictos, la comunicación asertiva, para poder solventar cualquier problemática que afecte al seno familiar sin necesidad de utilizar los extremos de agresividad o pasividad.

Se recomienda que todas las emociones y sentimientos no expresados con la intención de evitar incrementar una problemática familiar, puedan ser externalizados a través de fomentar la inteligencia emocional, para evitar algún tipo de enfermedad física que tenga como causa un estado emocional reprimido.

Es necesario establecer límites claros a sí mismo para evitar querer tener el control de todo lo sucedido en la familia e invadir el espacio personal de los demás integrantes. Además en el caso de los hijos es necesario que los límites puestos sean realistas y se cumplan a cabalidad para evitar cualquier tipo de rebeldía y libertinaje, además de hacerlos responsables tanto de sus privilegios como de sus obligaciones.

Se exhorta a resolver cualquier asunto inconcluso para cerrar ese ciclo y que los acontecimientos pasados de cualquier índole, especialmente los duelos no resueltos, no afecten al individuo en el presente, colocando una barrera al crecimiento integral de la persona.

Es fundamental motivar a las personas adultas a velar por la autoestima, ya que ellos también pueden tener inseguridades y un erróneo autoconcepto que los limita a tomar decisiones trascendentales para su vida, que en muchas ocasiones es el único paso necesario para la vida plena.

Referencias

Bibliográficas

Boyd, C., Boehi, D. y Rohm, R. (2003). *Hijos diferentes, necesidades diferentes*. (2ª. Edición). Miami, Florida: Editorial Unilit.

Halgin, R. y Krauss, S. (2009). *Psicología de la anormalidad*. (5ª. Edición). México D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editoriales, S.A.

Internet

Canto, H. y Castro, E. (2004). Enseñanza e investigación en psicología. *Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: Un estudio comparativo*. num 2(Vol. 9), 2-15. doi: 29290204

Cloud, H. y Townsend, J. (2006). *Límites*. [Versión Digital PDF]. (2da. Edición). Miami, Florida: Editorial Vida.

Díaz, E. (2012). *El duelo y su proceso para superarlo*. Tesina de Diplomado en Tanatología. Disponible en Asociación Mexicana de Tanatología, A. C. Recuperada 02.10.2016 de <http://www.tanatologiaamtac.com/descargas/tesinas/64%20El%20duelo%20y%20su%20proceso.pdf>

Díaz, P., Losantos, S. y Pastor, P. *Guía del duelo adulto para profesionales socio-sanitarios*. Recuperada 02.10.2016 de <http://www.fundacionmlc.org/uploads/media/default/0001/01/guia-de-duelo-adulto.pdf>

El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia. (n.d.) Recuperado 02.10.2016 de http://www.ignaciodarnaude.com/masalla_experienciaspostmortem/Neimeyer,Aprender%20de%20la%20Perdida,el%20duelo.pdf

Espinal, G. (2014). *Enfermedades psicosomáticas y su relación con la dinámica familiar de los pacientes del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale” salud, Huancayo, 2013*. Tesis de Maestría. Recuperada 02.10.2016 en http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/UPEU/265/1/Gladys_Tesis_maestria_2014.pdf

García, G. (2012). *El proceso de duelo en psicoterapia de tiempo limitado, evaluado mediante el método del tema central del conflicto relacional*. (Disertación Doctoral). Recuperada 03.10.2016 de <http://eprints.ucm.es/17783/1/T34105.pdf>

Gómez, J. (2009). *Poner límites... ¿a quién?*. Más conciencia. Recuperado 03.10.2016 de <http://www.masconciencia.com/cont/blog/PonerLimites.pdf>

Los límites en las relaciones humanas: un elemento básico para la vida y el buen convivir. (n.d.) Recuperado 03.10.2016 de http://www.por-una-escueladepaz.ioriente.edu.mx/ayuda/Los_limites_en_las_relaciones_humanas.pdf

Martel, J. (1998). *El gran diccionario de las dolencias y enfermedades*. Quebec, Canadá: Editions Quintessence. Recuperado 10.10.2016 de <http://dolcarevolucio.cat/a/a/rec/Causas%20emocionales%20de%20las%20enfermedades.pdf>

Martínez, O. (2011). *La autoestima*. Recuperado 03.10.2016 de <https://escuelatranspersonal.com/wp-content/uploads/2013/11/la-autoestima.pdf>

Meglas, E., Elzo, J., Rodríguez, E., Navarro, J., Meglas, I. y Méndez, S. (2003). *Comunicación y conflictos entre hijos y padres* [Versión Digital PDF]. Madrid, España: Editorial FAD

- Mejía, A., Pastrana, J. y Mejía, J. (2011). *La autoestima, factor fundamental para el desarrollo de la autonomía personal y profesional*. Recuperado 04.10.2016 de <http://www.cite2011.com/Comunicaciones/A+R/103.pdf>
- Oliva, A. (2006). Anuario de Psicología. *Relaciones familiares y desarrollo adolescente*, num 3(Vol. 37). Recuperada 04.10.2016 de http://www.raco.cat/index.php/anuario_psicologia/article/viewFile/61838/82584
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2009). *Desarrollo Humano*. (11ava. Edición). México: Editorial Mc Graw Hill. Recuperado 02.10.2016 de <https://iessb.files.wordpress.com/2015/03/175696292-desarrollo-humano-papalia.pdf>
- Pillcorema, B. (2013). *Tipos de familia estructural y la relación con sus límites*. Tesis de maestría. Recuperada 03.10.2016 de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4302/1/Tesis.pdf>
- Reyes, A. (2001). *Trastornos de ansiedad, guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. Recuperado 02.10.2016 de <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Rivas, A. (2001). *El estrés familiar*. Recuperado 03.10.2016 de <http://www.ice.udl.es/uou/noticies/estres.pdf>
- Rojas, E. (2014). *Cómo superar la ansiedad*. (1era. Edición). Barcelona, España: Editorial Planeta, S.A. Recuperado 04.10.2016 de http://static0.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/30/29106_Como_superar_la_ansiedad.pdf
- Rubio, G. (2000). Tratamiento de los trastornos de ansiedad a lo largo de la historia. *Origen del concepto moderno de los trastornos de ansiedad*, num 3(Vol.4). Recuperada 04.10.2016 de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/563/541>

Sánchez, J. (1998) *Relación entre ansiedad y dinámica familiar*. Elsevier. Recuperado 03.10.2016 de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-relacion-entre-ansiedad-dinamica-familiar-15004#affa>

Valdés, A. (2007). *Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familiar*. [Versión Digital PDF]. (1era. Edición). México, D.F.: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Valencia, C. (2007). *La autoestima según Abraham Maslow*. Recuperado 03.10.2016 de <http://www.laautoestima.com/abraham-maslow.htm>

Anexos

Anexo 1

Tabla de Variable

Nombre completo: **Dulce María de León Güigüi**

Título de la sistematización: **Estudio de caso: Relación conflictiva madre-hijo como factor precipitante en el desarrollo del trastorno de ansiedad especificada con ataques sintomáticos limitados, en una paciente de 54 años del 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
Agresiones y conflictos con el hijo menor.	Trastorno de ansiedad especificada con ataques sintomáticos limitados	Relación conflictiva madre-hijo.	¿Cómo influyó la relación conflictiva madre-hijo, en el desarrollo del trastorno de ansiedad especificada con ataques sintomáticos limitados, en una paciente de 54 años del Centro de Asistencia Social (CAS)?	Determinar la incidencia de la relación conflictiva madre-hijo, en el desarrollo del trastorno de ansiedad especificada con ataques sintomáticos limitados, en una paciente de 54 años del Centro de Asistencia Social (CAS).	Establecer como la relación conflictiva madre-hijo incidió en la paciente de estudio.
Preocupación irracional por el cuidado y seguridad de los hijos adultos.		Carencia de límites interpersonales.			Identificar cómo la carencia de límites interpersonales afectó a la paciente de estudio.
Érvida de ambos padres a edad temprana; fallecimiento inesperado del esposo.		Duelos no resueltos.			Analizar cómo los duelos no resueltos impactaron en la paciente del caso de estudio.
Falta de valoración y cuidado personal.		Escasa autoestima.			Determinar cómo la escasa autoestima incidió en el caso de estudio.